

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

Autonomía del Profesional de enfermería en la Unidades de Cuidados Intensivos en el fenómeno del COVID 19 en Colombia.

**Estudiante
Carlos Harvey Jaimes Pabón**

**Asignatura
Metodología de la Investigación IV**

**Docente:
Edilma Suárez Castro
Enfermera
PhD en Ciencias Sociales y Humanas**

**Pontificia Universidad Javeriana
Instituto de Bioética
Bogotá
Julio, 2021**

Tabla de contenido

Introducción.....	7
Capítulo 1: Planteamiento del problema y ruta metodológica	10
1.1 Pregunta de investigación.....	14
1.2 Objetivos.....	14
1.2.1 Objetivo general	14
1.2.2 Objetivos específicos.....	14
1.3 Ruta Metodológica	15
1.3.1 Participantes y tipo de muestreo	16
1.3.3 Técnicas e instrumentos de investigación	17
1.3.3.1 Entrevista.....	17
1.3.5 Aspectos éticos de la investigación	18
Capítulo 2: Autonomía y autonomía profesional	19
2.1 Autonomía profesional	19
2.2 Autonomía de enfermería: Un debate pendiente	21
2.2.1 Ejercicio autónomo en la literatura internacional.....	24
2.2.2 Ejercicio autónomo en la literatura nacional	25
2.3 Autonomía en el profesional de enfermería	28
2.4 Toma de decisiones profesional de enfermería	31
2.5 Autonomía de profesionales en enfermería en situaciones límite: El caso de emergencias y desastres.....	37
2.6 Limitación del esfuerzo terapéutico en el fenómeno del Covid-19.....	41
Capítulo 3: Autonomía entre la ética de la responsabilidad y la ética del cuidado	44
3.1 Autonomía y ética de la responsabilidad.....	44
3.2 Autonomía y ética del cuidado	47
3.3 La autonomía en enfermería, el debate entre la ética del cuidado y la ética de la responsabilidad.....	52
Capítulo 4: Ejercicio autónomo del profesional en enfermería en diferentes Unidades de Cuidados Intensivos frente a la Covid-19 en Colombia.....	55
4.1 Compresión del ejercicio autónomo de enfermería	56
4.2 Experiencias y conocimientos de los profesionales de enfermería para el ejercicio autónomo durante la Covid-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos:	62
4.2.1 Terminación de la vida.....	62
4.2.2 Tratamiento empírico/Serendipia.....	64

4.2.3 Trabajo en equipo y buena practicas comunicativas	65
4.2.4 Nuevos lazos de comunicación en la relación pacientes-enfermeros-familiares.....	66
4.2.5 Miedo y estigmatización a la labor del enfermero	68
4.3 Tensiones y preocupaciones generadas frente a la autonomía y las limitaciones terapéuticas del profesional de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos.	70
4.3.1 Encarnizamiento terapéutico/Distanasia.....	71
4.3.2 Coacción jerárquica y la obstinación terapéutica	73
4.3 Constructos innovadores de la autonomía en los profesionales de enfermería	75
4.4.1 Conocimiento.....	76
4.4.2 Experiencia	77
4.4.3 Confianza.....	78
5. Consideraciones finales	81
Referencias bibliográficas	88
Anexo 1: Preguntas para entrevistas semiestructurada.....	95
Anexo 2: Consentimiento informado	96
<u>Anexo 3: Respuestas de los profesionales en enfermería que fueron entrevistados</u>	<u>98</u>

Índice de figuras

Figura 1: Intervención del profesional de enfermería frente a un desastre	38
Figura 2: Acciones del profesional de enfermería en el antes, durante y después un desastre	39
Figura 3: Recomendaciones éticas específicas para la toma de decisiones pacientes Covid-19	42
Figura 4: Labor del enfermero en las UCIs	62
Figura 5: Experiencias de enfermeros frente al manejo de pacientes Covid-19 en las UCIs	76
Figura 6: Tensiones frente a la limitación de esfuerzo terapéutico en las UCIs	75
Figura 7: Aspectos relacionados con la autonomía en los profesionales de enfermería	80

RESUMEN

La autonomía en la profesión de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos, se manifiesta como una condición que fortalece temas de cuidado y atención a pacientes críticos, sin embargo, este ejercicio de toma de decisiones, ha entrado en constante debate por la existencia de tensiones entorno a como se da esta autonomía, teniendo en cuenta la acción de los profesionales de enfermería, su relación con los otros profesionales de la salud, con el paciente y con sus familias. Por lo tanto, problematizar y cuestionar este ejercicio permite enunciar elementos orientadores que pueden beneficiar la puesta en práctica de métodos y procedimientos que permitan el ejercicio de la autonomía profesional en enfermería. El análisis de las voces y las percepciones de las personas que diariamente desarrollan las labores de enfermería pueden llegar a presentarse como cruciales para la comprensión del fenómeno estudiado, teniendo en cuenta coyunturas actuales, en donde este tipo de profesionales ha tenido una participación activa y se han puesto como primera línea para el manejo de la crisis hospitalaria provocada por el virus Covid-19.

Palabras Clave: Autonomía. Profesionales en enfermería. Atención centrada en la persona. Covid-19. Limitación del esfuerzo terapéutico

ABSTRACT

The element of autonomy in the nursing profession in Intensive Care Units, is manifested as a process that strengthens issues of care and attention to critical patients, however this decision-making exercise has entered into constant debate due to the existence of tensions and debates around how this autonomy occurs, taking into account the actions of the nurses themselves, their relationship with other health professionals and with the families of the patients themselves. Therefore, problematizing and questioning this exercise provides insight into the elements that can benefit the implementation of methods and procedures based on professional autonomy. The analysis of the voices and perceptions of the people who work in nursing tasks can be presented as crucial for the understanding of the phenomenon studied, taking into account current situations, where this type of professionals has had an active participation and has placed as the first line for the management of the hospital crisis caused by the Covid-19 virus.

Keywords: Autonomy. Nursing professionals. Person-centered care. COVID-19. Limitation of therapeutic effort

Introducción

El presente trabajo desarrolla un análisis sobre el ejercicio autónomo del profesional de enfermería que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos, frente a la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes COVID-19; permitiendo, por medio de entrevistas, que sean los propios profesionales en enfermería los que planten las particularidades y vicisitudes que se presentan en la prestación de su servicio de atención centrado en la persona. Esta caracterización evidencia el estado actual de los procesos que se puedan llegar a desprender del análisis sobre el ejercicio de autonomía de este grupo de profesionales, permitiendo al investigador, brindar una serie de análisis, reflexiones que justifican la necesidad de adentrarse en el tema planteado.

La autonomía en los profesionales de enfermería es planteada por Triviño & Barria (2016), como la posibilidad que tienen los enfermeros de tomar cierto grado de decisiones que pueden llegar a beneficiar el cuidado de las personas o pacientes a cargo, esta “libertad” debe estar mediada por prácticas coherentes con el ámbito de su profesión y por supuesto, deben beneficiar y poner en primer escenario al paciente. Las investigaciones referidas por el autor evidencian que la autonomía en los profesionales de enfermería, recae sobre prácticas relacionadas con su ejercicio profesional, en donde los años de experiencia y los conocimientos que se tienen, son cruciales para determinar el ejercicio autónomo.

Lo anteriormente expuesto hace parte de los análisis que hacen parte de la presente investigación, teniendo en cuenta los aportes teóricos y conceptuales que se plantearan en el marco teórico y por supuesto el análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a diferentes profesionales en enfermería; esta metodología cualitativa, permitirá robustecer la sección resultados y conclusiones, en las cuales se expondrá de manera explícita los elementos que sostienen y edifican la autonomía de los profesionales en enfermería.

El crecimiento de las cifras de personas contagiadas y afectadas drásticamente por la aparición del virus Covid-19, representa un punto de anclaje para determinar que tanto puede evidenciarse la autonomía en los procesos desarrollados por los profesionales en enfermería, es precisamente la relevancia que ocupa en la actualidad esta coyuntura, la que permitirá

demostrar el nivel de libertad y autonomía con el que operan los profesionales de enfermería en los centros hospitalarios, de donde se extraerá la información dada por los propios profesionales y la cual permitirá arrojar resultados y conclusiones fructíferas para el tema planteado.

La metodología utilizada en el presente trabajo se asentará sobre la investigación cualitativa-interpretativa, teniendo como referencia el de estudio de caso, partiendo de las propias definiciones e interpretaciones arrojadas por los propios profesionales en enfermería, esta situación brindara optimas herramientas para comprender las características que enmarcan el proceso de la autonomía en las labores desarrolladas por los propios enfermeros en la actualidad.

El presente trabajo se encuentra constituido por cinco capítulos, los cuales, abordan diferentes elementos que decantan en la consecución de los objetivos propuestos por la investigación. El primer capítulo apunta a desarrollar el planteamiento del problema y la ruta metodológica que tomara la investigación, allí se podrán encontrar los objetivos, la forma como se aborda el problema planteado, los elementos concernientes a la muestra y el desarrollo de las entrevistas que servirán como herramienta para evaluar la autonomía de los profesionales de enfermería en las UCI bajo el contexto de pandemia Covid-19.

En el segundo capítulo se expondrán los elementos teórico-conceptuales de la investigación, mediante el desarrollo del estado del arte a nivel internacional y nacional, en donde se presenta la forma como se evidencia la autonomía profesional y la autonomía profesional en enfermería en diferentes escenarios, teniendo en cuenta procesos investigativos que se relacionen en la actualidad y que puedan resultar beneficiosos para el objeto de estudio planteado; posteriormente, en el mismo capítulo, se plantearan una serie de categorías que se relacionan con el planteamiento del problema y que servirán como comprensión teórica de lo que se pretende analizar.

Seguidamente, en el tercer capítulo se centran los análisis sobre dos elementos que se posicionan como cruciales para entender el ejercicio de la autonomía profesional en

enfermería, los cuales son la ética de la responsabilidad y la ética del cuidado, estos se exponen bajo criterios y argumentos teóricos, principalmente señalados por Hans Jonas y Carol Gilligan, respectivamente.

En el cuarto capítulo se presentarán los análisis de las entrevistas desarrolladas, encontrando en ellas una serie de códigos o categorías que se repiten por los entrevistados y que ofrecen respuestas frente a los cuestionamientos presentados a lo largo del proyecto, estos serán contrastados y analizados bajo la perspectiva de los elementos teórico-conceptuales desarrollados en los capítulos anteriores.

Finalmente, en el quinto capítulo se plantearán una serie de conclusiones, las cuales tratarán de englobar las definiciones más robustas encontradas en los análisis teóricos y las entrevistas desarrolladas, alineándolas con cada uno de los objetivos propuestos en el presente trabajo investigativo.

Capítulo 1: Planteamiento del problema y ruta metodológica

La actual pandemia provocada por el coronavirus SARS-COV-2, también llamado COVID-19, ha conseguido transformar dinámicas de la vida tal y como la conocemos. En ese sentido, la población mundial ha tenido que cambiar sus hábitos de sociabilidad y las estructuras económicas, políticas y organizacionales de los países, han tenido que ocuparse de esta coyuntura con el fin de salvaguardar la salud y la vida de las personas infectadas. Así como han debido tomar medidas que permitan a las personas sobrevivir en escenarios marcados por medidas de distanciamiento social (Martí-Noguera, 2020).

La propagación del COVID-19 se desarrolla de manera acelerada pues como lo plantea Vivas (2020), la enfermedad puede transmitirse cuando una persona infectada tose, estornuda o habla, las gotas que se desprenden en este proceso pueden llegar a la boca o nariz de personas sanas, que terminaran siendo receptoras del virus, esto sin contar con el contacto de las manos con superficies contaminadas, lo cual permite también su rápida propagación, en ese sentido una de las primeras acciones encaminadas a frenar la tasa de contagios es el llamado distanciamiento físico, el cual consiste en mantener una distancia no menor a 2 metros de las demás personas.

Siguiendo a Valencia & Hoyos (2020), el advenimiento de la crisis generalizada provocada por la pandemia Covid-19, significa para los gobiernos y para la sociedad civil en general, incertidumbres, retos y miedos que se desprenden de la problemática que corresponde enfrentar un virus de tal magnitud. En este sentido, el mundo se ha visto en la obligación de ir generando múltiples pautas y métodos de tratamiento a la enfermedad, los cuales parten del aprendizaje en terreno de las principales características que va mostrando la evolución del propio virus, razón por la cual, diariamente se toman medidas preventivas y de aislamiento orientadas a presentar respuestas que puedan alivianar las tensiones generadas, en donde particularmente se tiene, medidas estrictas de confinamiento, generación de estrategias para la mitigación de los impactos en las diferentes actividades económicas, además del apoyo al desarrollo científico que permita la generación de vacunas en aras de inmunizar a la mayoría de la población.

El Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (en adelante SEMICYUC) (2020), plantea que el crecimiento exponencial del virus y su propagación en todos los rincones del mundo, puede poner en jaque a los sistemas de salud, generando posibles desbalances entre las necesidades clínicas y la disponibilidad real o efectiva de los recursos sanitarios, razón por la cual, se hace necesario que las decisiones tomadas frente al manejo del virus y de los pacientes se establezcan bajo parámetros de la llamada “medicina de catástrofe” en donde se sitúan principios de justicia distributiva y por ende se reasignan los recursos sanitarios de acuerdo al análisis del impacto producido en la población civil.

El manejo de los pacientes en los centros hospitalarios, ha generado todo tipo de afectaciones, sobre todo para el personal de la salud que se encuentra en primera línea y afronta de manera constante diferentes decisiones, las cuales pueden llegar a ocasionar estrés moral, condición que poco o nada es evaluada y tratada por los centros de salud. Lo único que se plantea, para este tipo de casos, es la toma de decisiones aplicando criterios de idoneidad que tengan en cuenta factores como edad de los pacientes, comorbilidades, estado de la enfermedad, compromiso de la enfermedad con otros órganos, entre otras (Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC, 2020).

En Colombia las asociaciones científicas convocadas por el Ministerio de Salud han revisado los protocolos elaborados por la OMS y por otros países europeos que se enfrentaron a la pandemia mucho antes que los países latinoamericanos. Como resultado se ha elaborado un protocolo que orienta la toma de decisiones clínicas frente a la enfermedad teniendo en cuenta características del paciente, como son: la edad, las comorbilidades, la posibilidad de supervivencia del paciente, la gravedad del cuadro clínico, los requerimientos prolongados del soporte, así como las condiciones logísticas e instrumentales bajo las cuales desarrollan su labor los profesionales de la salud.

En ese sentido las disposiciones relacionadas con el tratamiento efectivo de los pacientes, por parte del personal de enfermería, se encuentran mediadas por orientaciones clínicas que yacen en su formación académica, pero que de igual forma deben responder al

consenso colombiano frente al SARS-Cov2/COVID-19 para atención al paciente COVID-19, liderado por la Asociación Colombiana de Infectología -ACIN- con participación interdisciplinaria de profesionales de salud, que incluyó al personal de enfermería.

Frente a la coyuntura actual del COVID -19, las decisiones que se toman entorno al estado de los pacientes deben ser reevaluadas en cortos periodos de tiempo, a partir de las evidencias clínicas que puedan ser observadas, teniendo como referencia los patrones de infección, así como los índices de oferta y demanda de los recursos hospitalarios. Además, las decisiones se toman de acuerdo a la evolución clínicos del paciente y a las diversas variaciones del virus en las personas que han sido infectadas (González Jaramillo, *et al.*, 2020).

Es preciso señalar que bajo los escenarios relacionados con el manejo del COVID-19, la autonomía del paciente frente a su tratamiento se ha visto reducida exponencialmente, y las decisiones han pasado a manos del equipo de salud, bajo la orientación de protocolos como el desarrollado por la Organización Mundial de la Salud -OMS-. Frente a las situaciones éticas originadas por la atención a los pacientes durante la pandemia, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha elaborado el documento titulado “*Recomendaciones generales para la toma de decisiones éticas en los servicios de salud durante la pandemia covid- 19*”, en donde se plantea que ante la enfermedad que hasta ahora se está conociendo, las decisiones que se tomen deben plantearse por un equipo de salud¹, y la prioridad debe ser disminuir el daño que pueda recaer sobre el paciente, además que toda decisión debe ser informada a los familiares de la persona enferma.

La pandemia ha planteado una tensión entre el interés colectivo de proteger la salud de la población y el interés individual de las personas, en donde por ejemplo se puede reflexionar sobre la capacidad económica y hospitalaria que tienen algunos pacientes en cuanto al acceso a los servicios clínicos sobre otros; en estos casos debe ponderar los derechos e intereses en conflicto, en especial, cuando se ha llegado a un momento en que se deben decidir sobre la vida y la muerte de las personas. Es aquí donde puede evidenciarse los

¹ El equipo de salud está conformado por: Médico, enfermero, auxiliar de enfermería y fisioterapeuta.

elementos que destacan la formación académica y ética del equipo de salud, en particular de los profesionales en enfermería, aún más en lo relacionado a los procesos de toma de decisiones principalmente por la limitación del esfuerzo terapéutico en el contexto de pandemia (Santana Cabrera, 2010; Martín González, & Sánchez Palacios, 2010). Esto ha generado en la sociedad algún tipo de impacto emocional, más aún cuando las cifras de contagios y muertes, provocadas por la pandemia, crecen exponencialmente día tras día y la toma de decisiones en cuanto a por ejemplo, la limitación del esfuerzo terapéutico se hace más constante; teniendo en cuenta que tales prácticas provienen de las personas que se formaron para conservar la vida por encima de todo, los cuales juraron utilizar todos sus conocimientos y los medios actuales para mantener la vida sin importar bajo qué condiciones debía ser.

Los profesionales de enfermería, son gestores de múltiples intervenciones de cuidado al final de la vida de los pacientes, procuran una mayor calidad de vida para las personas que están viviendo este proceso de fin de vida y junto con el resto del equipo, se esfuerzan en aliviar los síntomas, facilitando los procesos de adaptación que deberán vivir los pacientes y familia, contribuyendo a la comunicación paciente-familia-equipo. Además, su participación permite planificar los cuidados desde la individualidad, la continuidad y el contenido multidisciplinar; así mismo se enfocan en el manejo farmacológico con el fin de prolongar la salud y la vida de las personas, incluso ante patologías que no tienen ninguna esperanza de vida. Los esfuerzos terapéuticos más frecuentes son el uso de analgésicos, los cuidados en la nutrición, la ventilación mecánica y el apoyo brindado al paciente y a su familia (Santana Cabrera, 2010).

De este modo, los profesionales de enfermería desarrollan su práctica mediante la atención a los pacientes de la forma antes descrita, teniendo en cuenta los factores que inciden sobre las condiciones de los enfermos y la toma de decisiones para salvaguardar la vida e integridad de los mismos. En el caso de la enfermería colombiana, la toma de decisiones se encuentra respaldada por disposiciones consignadas en la Ley 911 de 2004, en donde además se señala la importancia de la autorregulación y el desarrollo de autonomía. Esto con el fin de contribuir a mejorar la calidad de la prestación del servicio de salud, y que se acompaña

de orientaciones dispuestas por los Tribunales Departamentales Éticos de Enfermería, a partir del estudio de los casos analizados originados en quejas que le han sido presentadas.

Por lo tanto, el ejercicio autónomo de los profesionales de enfermería que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos y que atienden pacientes con diagnóstico de COVID-19, es el centro de la discusión en el presente trabajo de investigación. Es por ello que las preguntas de investigación que se busca responder son las siguientes.

- ¿Qué elementos se deben tener en cuenta para hablar de la autonomía del profesional de enfermería, en un contexto determinado?
- ¿Qué dilemas o problemas éticos se han presentado a los profesionales de la enfermería, frente al manejo actual del paciente COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intensivos?
- ¿Cómo vive el profesional de enfermería la suspensión y retiro del soporte ventilatorio en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) del paciente COVID-19?

1.1 Pregunta de investigación

Es necesario, analizar las pautas y las principales características que del ejercicio de la autonomía en los profesionales de enfermería en el contexto de la actual emergencia de salud por el COVID-19. Es por ello que surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo los profesionales de enfermería en las unidades de cuidados intensivos ejercen su autonomía frente a la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes con diagnóstico de COVID-19?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Comprender el ejercicio de la autonomía en el profesional de enfermería frente a la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes COVID-19 que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos.

1.2.2 Objetivos específicos

- Comprender que se entiende por el ejercicio autónomo de enfermería.

- Conocer las experiencias y conocimientos de los profesionales de enfermería en el ejercicio autónomo durante el COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Describir las tensiones o preocupaciones generadas frente a la autonomía y las limitaciones terapéuticas del profesional de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos

1.3 Ruta Metodológica

El presente trabajo se desarrolló mediante una metodología de investigación cualitativa-interpretativa y el estudio de caso de la autonomía en el ejercicio profesional en enfermería en la unidad de cuidados intensivos en relación con la limitación con el esfuerzo terapéutico a pacientes con diagnóstico de COVID-19. La interpretación de este fenómeno por los mismos profesionales que se encuentran en este espacio de trabajo, brindara herramientas para comprender las características que enmarcan este proceso en la actualidad.

De acuerdo con lo que proponen Denzin y Lincoln (1998), la investigación cualitativa permite a los escenarios investigativos la participación de todas las personas en los propios procesos de la investigación, desarrollando practicas participativas y democráticas en donde se tienen en cuenta las percepciones de los involucrados en los procesos de construcción del conocimiento, con lo cual , la investigación cualitativa propone recopilar las percepciones, puntos de vista, opiniones y significados que los individuos construyen alrededor del problema de investigación, y eso es en esencia, lo que se busca para efectos del presente trabajo investigativo: Analizar la experiencia de profesionales de enfermería sobre el ejercicio autónomo frente a la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes COVID-19, que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos, en aras de establecer la importancia de la formación clínica en la toma de decisiones por parte del profesional de enfermería en relación con el bienestar del paciente contagiado por COVID-19.

Por su parte Martínez (2015) señala que la investigación interpretativa permite establecer percepciones basadas en la lectura que se presenta en los resultados de las fuentes tanto documentales como orales; esta interpretación establece un dialogo entre los que se

piensa como investigador y los análisis que otros expertos puedan ofrecer sobre el tema y que hayan desarrollado entorno a los objetivos planteados por la investigación.

En ese sentido desde las herramientas que ofrece investigación cualitativa, se permiten vislumbrar las opiniones, perspectivas, puntos de vista, experiencias y significados que son parte del constructo procedimental desarrollado por los sujetos que hacen parte del problema planteado.

1.3.1 Participantes y tipo de muestreo

La muestra, intencionada de casos por criterios y por conveniencia se destacó por incluir profesionales de enfermería que trabajen en Unidades de Cuidados Intensivos y que tengan por lo menos un año de experiencia desempeñando labores en la UCI. De este modo, esta muestra se conformó con un total de 8 enfermeros profesionales que desempeñan su labor en diferentes lugares de Colombia, distribuidos de la siguiente forma: una enfermera profesional que labora en una clínica privada en la ciudad de Cúcuta, una enfermera profesional que labora en una clínica privada en la ciudad de Bucaramanga, una enfermera profesional que labora en un hospital público en la ciudad de Villavicencio, tres enfermeras profesionales que laboran en hospitales públicos y privados en la ciudad de Bogotá, dos enfermeros profesionales que laboran en hospitales públicos y privados en la ciudad de Bogotá.

La muestra total para el desarrollo de las entrevistas a profundidad que aportan al presente trabajo está determinada por los aportes que cada uno de los entrevistados otorguen a la investigación, en este sentido los análisis de las respuestas presentadas delimitaran el número entrevistados, buscando que el relato de los mismos cumpla con las expectativas presentadas en los objetivos. Frente al tipo de muestro, vale anotar que se desarrolló el proceso conocido como Bola de nieve, en donde se identifican los casos de interés a partir de personas que conocen casos que nutren la información recolectada, por lo tanto, existe una detección de conocimiento que se presenta mediante el análisis y la recolección de fuentes directas e indirectas de información que aportan al objeto de estudio (Baltar y Gorjup, 2012).

Los profesionales que se entrevistaron cuentan con una experiencia en el trabajo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en diferentes centros hospitalarios del país.

1.3.3 Técnicas e instrumentos de investigación

1.3.3.1 Entrevista

Al contar con la población y muestra seleccionada se implementó una entrevista semiestructurada, la cual consiste, según Taylor y Bodgan (1990, citados por Robles 2011), en un modelo de dialogo entre iguales, lo que permite el encuentro entre el investigador y la población seleccionada, la cual tiene la capacidad de brindar la información necesaria para el desarrollo del proyecto.

En este proceso, plantea Robles (2011) el entrevistador es un agente que se presenta como analista y explorador que puede seleccionar por medio de los mismos interrogantes, la información que mejor convenga para los intereses que se están buscando en el proyecto investigativo. En este momento el papel del entrevistador es imperativo, pues el desarrollo y ambiente ejecutado por él, permitirá al entrevistado sentirse tranquilo y con la posibilidad de contestar de una forma libre, las preguntas formuladas.

De esta manera es prudente señalar que la entrevista a profundidad debe ceñirse bajo una perspectiva de respeto, intimidad, complicidad y confianza, el llevar el dialogo a este punto, el entrevistador debe contar con un carácter personal y cercano con las personas entrevistadas, lo cual permitirá a la investigación obtener con más detalle y profundidad la información relevante para el desarrollo del proyecto formulado.

Estas personas fueron contactadas por medio de las redes sociales, correos electrónicos y llamadas telefónicas, en donde se explicó el proceso investigativo adelantado hasta el momento y la necesidad de la inclusión de sus opiniones y percepciones frente a temas relacionados con: **i.** Autonomía del profesional en enfermería **ii.** Labor de la enfermera (o) en la Unidad de Cuidados Intensivos, **iii.** Saberes, protocolos y limitaciones terapéuticas relacionados con la labor del enfermero en las UCI ante casos de Covid-19. Posteriormente,

se envió por correo electrónico el consentimiento informado para el desarrollo de las entrevistas, el cual fue leído, aprobado, firmado y reenviado por cada uno de los entrevistados.

En un segundo momento se citó, de forma individual, a cada uno de los profesionales de la salud que fueron entrevistados por medio de la plataforma tecnológica Teams, sugiriendo una flexibilidad en cuanto a la hora y fecha, en razón de tener el tiempo suficiente para desarrollar un dialogo mucho más amplio y completo entre el entrevistador y los entrevistados. Antes de empezar la entrevista se volvió a socializar el enfoque y carácter de la investigación, aclarando dudas y preguntas que se presentaran. Cada una de estas entrevistas fue grabada para luego desarrollar un ejercicio completo de sistematización, transcripción y análisis de las respuestas obtenidas. En los anexos de la presente investigación se presentan las preguntas de la entrevista, orientadas a cumplir los objetivos del presente trabajo.

1.3.5 Aspectos éticos de la investigación

Tanto la información recolectada en las entrevistas desarrolladas, como la información personal relacionada por cada uno de los entrevistados fueron tratadas de forma anónima, razón por la cual no se incluyeron nombres ni de personas particulares, ni de las instituciones a las que estos profesionales de la salud pertenecen. Por lo tanto, la motivación principal en las entrevistas desarrolladas fue sistematizar y analizar la información encontrada en aras de fortalecer el conocimiento que orienta la presente investigación, razón por la cual, la información o las opiniones dadas por los entrevistados y que no se orienten al propósito de la investigación fue obviada y no se tuvo en cuenta. De este modo, los hallazgos encontrados se orientaron exclusivamente a cumplir con los objetivos del presente trabajo. En los anexos del presente trabajo, se incluye el formato de consentimiento informado que cada uno de los entrevistados tuvo que diligenciar, aprobar y firmar para el desarrollo de la entrevista.

Capítulo 2: Autonomía y autonomía profesional

2.1 Autonomía profesional

La formación de profesionales en las universidades, fomenta la instrucción de herramientas propias de cada ciencia en aras del cumplimiento eficaz de las tareas asignadas en el ejercicio práctico de la aplicación del conocimiento, en ese sentido cada una de las ciencias a las que hoy se inscriben las personas para ejercer una determinada profesión, cuentan con determinados parámetros que trazan fundamentos, obligaciones, responsabilidades y decisiones que señalan el camino que se debe tomar en un momento determinado. En este orden de ideas y previo a establecer como se presentan estos principios en la formación de los profesionales en enfermería, se hace necesario revisar las características generales que orientan el ejercicio de la autonomía desde la perspectiva de las diferentes profesiones.

Sobre este tema Parsons (1967 citado en Panaia 2008) apunta que los profesionales cuentan con un espacio privilegiado en la escala social, no solamente por el conocimiento que cada uno de ellos ostenta sino además por la posibilidad que tienen para por desarrollar su práctica profesional con una fuerte carga de autonomía, pues pese a que existen otros individuos que orienten su trabajo, la especialización del conocimiento a la que se orienta su profesión les brinda independencia parcial o total para el desarrollo de su actividad práctica.

Michelina y Casalegno (2008) afirman que además del conocimiento necesario para ejercer una determinada ciencia, el profesional necesita construir una identidad basada en rasgos tales como: la autonomía, la responsabilidad, la ética, la erradicación del egoísmo y el establecimiento de un sentido moral. La formación de estos principios en los profesionales permite que su labor se desarrolle de una manera integral, permitiendo que el conocimiento aprehendido se oriente a la generación de ambientes laborales en donde se establezca el cumplimiento total de las responsabilidades adquiridas como profesionales, sea la profesión que sea, lo que a su vez ofrece a la sociedad la satisfacción de sus necesidades, por ejemplo en lo referente a la atención médica, la formación académica, la atención de servicios públicos, etc.. Según los autores, la autonomía profesional hace parte de la formación ética y

moral de los individuos que piensan ejercer una determinada ciencia, razón por la cual es necesario que el conocimiento aprendido en las instituciones educativas, no solo se encargue de la instrumentalización de los individuos, sino que además formule principios en lo concerniente al *ethos* de la profesión y la toma de decisiones, cumpliendo con lo estipulado por organizaciones que agrupan su profesión y respetando el capital humano con el que se labora (Michelina y Casalegno, 2008).

Precisamente Panaia (2008), señala que una de las deficiencias que yace en el desarrollo de la autonomía profesional es la falta de interés de los individuos, por agruparse en organizaciones que formulen orientaciones frente a la práctica profesional, según la autora, son estos grupos de interés, los que regulan, bajo sus propias dinámicas, los principios y alcances de cada una de las profesiones, desarrollando manuales, decálogos y normatividades que se presentan como capital intelectual frente a la toma de decisiones, entendiendo que la autonomía profesional no se basa en hacer lo que se plazca, sino más bien tener claro lo que debe hacerse o no frente a un determinado suceso, respetando los principios establecidos por la profesión y cumpliendo con la responsabilidad asignada.

Justamente sobre este principio Urteaga (2008) resalta la relación existente entre la autonomía profesional y la agrupación de los profesionales en organizaciones que orienten su propia función como gremio, estableciendo una separación de otras dependencias u organizaciones, tales como el Estado, es decir, que no existe otro ente que regule y legitime la función de las profesiones, si no lo hacen ellas mismas, pues la formación de estos individuos les permite establecer con una mayor certeza los alcances y limitaciones que se pueden llegar a presentar en su propia labor, lo cual además de estipular principios, legitima su práctica y fundamenta una relación justa entre lo que se sabe y lo que se debe hacer en un determinado caso.

En este orden de ideas la autonomía profesional requiere de la integración del conocimiento presente en cada uno de los individuos que desarrolla su labor en una determinada ciencia, cuando esta premisa no se implementa, los profesionales se enfrentan a un desconocimiento de su propia labor, lo que conlleva a problemáticas en lo concerniente a

la toma de decisiones. La participación de cada uno de los profesionales en la formulación de principios éticos y morales en su actividad laboral, genera una cierta apropiación de su profesión, estableciendo interacciones en aras de formular acciones encaminadas a la reflexión plural e intersubjetiva de sus propias funciones. (Urteaga, 2008). Por ende, la autonomía profesional no puede darse, si los individuos no se incorporan a la práctica, la teoría y éticamente a la construcción de principios que orienten su actividad profesional.

Albergui et al. (2014) citado por Wilches y Wilches (2016), califican el cuidado en el campo de la enfermería como una conducta que involucra la generación de acciones que beneficien a la población atendida y aporta en la solución de problemas tanto físicos como psicosociales, por ende, la relación paciente y enfermero es punta de lanza para determinar los comportamientos positivos y el fortalecimiento de la calidad de vida de los pacientes. Los autores plantean que el óptimo desarrollo de prácticas basadas en el cuidado, permiten establecer un plan de atención personalizado que beneficie a cada uno de los pacientes, Vaca (2014) citado en Wilches y Wilches (2016) establece que el cuidado no solo se da en términos de acciones instrumentalizadas en la operación médica, sino que este tiene más relación con el carácter con el que se aborde al paciente, en términos de gestos, palabras, contacto ameno, afectividad, empatía, entre otros elementos que fortalezcan la calidad de vida de las personas.

2.2 Autonomía de enfermería: Un debate pendiente

La autonomía se presenta como una categoría que debe convertirse en verbo en el desarrollo de la labor de enfermería, por lo tanto y siguiendo la definición de la Real Academia Española, citada en Guerrero y Cid (2015), la autonomía es “la condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie”, por lo que se manifiesta como el proceso por el cual los profesionales en enfermería pueden llegar a tomar decisiones y ejecutar procedimientos clínicos sin la supervisión de otro profesional, en este caso, el profesional médico.

La evolución de la enfermería como profesión, se presenta como un camino de encuentros con desafíos y retos propios de una disciplina ceñida a otras ciencias “hegemónicas” como la medicina y todas sus vertientes. Justamente sobre este fenómeno Guerrero y Cid (2015) plantean los cuestionamientos que reciben los profesionales en

enfermería de acuerdo a otras profesiones que suelen orientar los sistemas de salud en el mundo, lo anterior es observable tanto en el campo académico como en el profesional.

Frente a esta situación Tapp et al. (2005) presenta un proyecto investigativo desarrollado en las regiones más grandes de Canadá, en donde se analiza la satisfacción de los enfermeros frente a la implementación de la autonomía en su labor profesional. Según lo plantean los autores, la población de enfermeros intervenidos en esta investigación describen la autonomía en el marco de su contribución al plan de cuidado de los pacientes, coordinando su trabajo con los profesionales médicos en aras de fortalecer los procesos de cuidado de los pacientes. Este antecedente permite observar la necesidad de desarrollar análisis académicos que nutran la discusión sobre esta problemática, entendiendo que son los propios enfermeros los que deben ocuparse de resolver estas discusiones.

La formación de los profesionales de la enfermería, sustentada en principios como los presentados en el Código Internacional de Ética en Enfermería, señalan deberes tales como, promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, entendiendo de esta manera que el *ethos* del profesional en enfermería se orienta ante todo al cuidado de los pacientes, lo cual es reforzado como lo mencionan Valdez et al. (2017), los 8 principios éticos de los profesionales en enfermería: beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad.

De este modo es necesario que los planteamientos que en este trabajo se desarrollen, lo hagan desde las necesidades que desde el campo formativo y académico de los profesionales en enfermería puedan presentarse y los cuales, en determinados momentos pueden obviarse, como por ejemplo el papel de la autonomía en la toma de decisiones de los profesionales en enfermería. Seguir estas orientaciones, al igual que las disposiciones legislativas de los países fomentan la generación de tensiones e interrogantes que serán objeto del presente estudio.

De este modo es preciso aterrizar la discusión al papel de los enfermeros en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), justamente sobre esta tensión, Beltrán (2009)

describe que la vivencia que tienen los profesionales de enfermería en estos lugares, les permite adquirir experiencia en relación a la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de los pacientes, fomentando de esta manera la ejecución de medidas frente al diagnóstico y tratamiento de la atención centrada en el paciente, basados en la autonomía y en la autodeterminación, lo anterior entendido bajo el contexto de la limitación del esfuerzo terapéutico en las UCI que puedan presentarse con mayor regularidad en el marco de la pandemia mundial del COVID-19.

En este punto, se debe entender que la limitación del esfuerzo terapéutico es una práctica bastante habitual que muchos profesionales de la salud deben enfrentar en las unidades de urgencias (Santana Cabrera, 2010; Martín González, & Sánchez Palacios, 2010). Los médicos entienden que establecer un límite del esfuerzo terapéutico lo que se traduce a un límite de la intervención extraordinaria a aquellos pacientes de los cuales se tienen certeza de las no posibilidades de recuperación (Paredes, 2012). Este proceso se refiere a limitar las técnicas de soporte vital como la intubación endotraqueal, la ventilación mecánica invasiva, el aporte de medicamentos vasoactivos, suministrar antibióticos de última generación, entre otros (Kisorio, 2016). Se supone que esta limitación no es abandonar al paciente sino más bien “se da prioridad a que se encuentre junto a su familia en los momentos finales de la vida, que cuente con confort y alivio del sufrimiento” (Figuroa, 2012).

Es un hecho que el profesional de enfermería, dentro de su mismo rol laboral, es quien está más próximo al dolor y al sufrimiento. Esto genera sentimientos de miedo, impotencia, soledad y de excesiva identificación con el sufrimiento del paciente, en el marco y contexto de la realización propias de sus funciones. Además, el profesional de enfermería, al igual que el profesional médico, tienen el compromiso moral y social de cuidar con calidad humana, científica, técnica y ética a las personas sanas y enfermas, ofreciendo cuidado y ayudando a las personas a sobrellevar las limitaciones con dignidad. Es un compromiso social que exige al profesional de enfermería capacitación, sensibilidad ética, humanismo y capacidad de razonamiento moral para la adecuada toma de decisiones éticas, ante dilemas éticos que puedan presentarse dentro de su práctica profesional (Cantos, 2008)

Por tal razón, la presente investigación se orienta a identificar las tensiones generadas en relación a la formación ética de los profesionales de la enfermería y el manejo adecuado de enfermedades que atenten directamente contra el bienestar del paciente. Así mismo la contrariedad y la respuesta que puede suscitar desde la decisión autónoma del profesional al asumir la determinación y deseo del final de la vida de un paciente y lo que representa para sí mismo, sus convicciones y creencias la ejecución de esta decisión.

2.2.1 Ejercicio autónomo en la literatura internacional

La revisión bibliográfica referente a los principios éticos y los procesos de autonomía y toma de decisiones por parte del profesional de enfermería a nivel internacional, denota una preocupación constante por el establecimiento de principios organizacionales, que involucren la participación activa de los profesionales de enfermería en la ejecución de planes y proyectos que tengan en cuenta su participación en los diferentes escenarios en donde se necesite.

Sin embargo, a pesar de que existe una intencionalidad en este sentido, lo cierto es que, en algunos países de la región, como lo afirman Febré et al. (2018), no existen indicadores que señalen una comprensión sobre la gestión del cuidado presente entre el profesional de enfermería y el paciente. Anotan los autores, que, si bien existen practicas relevantes a la seguridad y buen estado de los pacientes atendidos por los profesionales en enfermería, desde la validación o evidencia científica, aún hay mucho espacio que se debe abarcar. Por lo cual se hace necesario generar prácticas que desarrollen estos planteamientos, desde una práctica técnica del proceso de cuidado ético y la toma de decisiones por parte de los profesionales.

En este sentido, es evidente el llamado que se hace desde la bibliografía revisada a las Escuelas, Facultades, Técnicos y todos aquellos espacios académicos en donde pueda plantearse la necesidad de crear escenarios de discusión sobre el papel del enfermero en la toma de decisiones que se orienten a generar resultados positivos en el trato con los usuarios que tiene a cargo.

Del mismo modo Letelier y Velandia (2010), citados en Luengo et al, (2017) señalan una distinción que es relevante para el abordaje conceptual del presente trabajo, los autores señalan la diferencia que puede apreciarse entre las categorías de “profesionalización” y “profesionalismo”, según el autor las prácticas de los enfermeros deben transitar del primero al segundo; el análisis se plantea desde la profesionalización vista como el abordaje de temáticas relacionadas con su operación práctica, dejando por fuera la construcción de carácter y sentido de propiedad que otorga el enfoque del profesionalismo. En este sentido la formación en el campo de la enfermería vislumbra diferentes escuelas, las cuales tienen su génesis con el lugar en el mundo donde se aborde dicha temática.

Luengo et al, (2017), evidencian como por ejemplo en países asiáticos existen altos estándares en la profesionalización de los enfermeros, mientras bajos resultados a la hora de hablar de una identidad profesional, es decir, bajos índices de profesionalismo.

De este modo la generación de premisas conceptuales en cuanto a las prácticas de cuidado, autonomía y toma de decisiones por parte de los profesionales en enfermería, marcan una directa relación entre los niveles de profesionalismo que ellos mismos puedan crear y las dinámicas de ejecución que puedan llevar a cabo en su práctica diaria. En ese sentido no puede hablarse de autonomía y toma de decisiones por parte del personal enfermero, si no existe un involucramiento de los profesionales en ese sentido. Alternando de este modo las dinámicas y orientaciones conceptuales con las practicas reales que dinamizan y acompañan al enfermero/a.

2.2.2 Ejercicio autónomo en la literatura nacional

La práctica de la profesión en enfermería en Colombia marca una postura relacionada con el cumplimiento técnico de sus funciones, como eje principal a la hora de afrontar su rol dentro de los escenarios clínicos en donde desenvuelven sus funciones, para tal caso los profesionales en enfermería en nuestro país, se ciñen incuestionablemente a la sistematización de los procedimientos que se realizan al paciente, tal parece que el enfermero/a en nuestro país, se orienta a un proceder meramente técnico de sus funciones.

Como en líneas anteriores se había planteado, en el caso de la enfermería colombiana, la toma de decisiones se encuentra respaldada por la Ley 911 de 2004, la cual permite una mejor comprensión de las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia:

ARTÍCULO 3o. El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno.

ARTÍCULO 6o. El profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería.

ARTÍCULO 9o. Es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica. La violación de este artículo constituye falta grave.

PARÁGRAFO: En los casos en que la ley o las normas de las instituciones permitan procedimientos que vulneren el respeto a la vida, la dignidad y derechos de los seres humanos, el profesional de enfermería podrá hacer uso de la objeción de conciencia, sin que por esto se le pueda menoscabar sus derechos o imponérsele sanciones. (Ley 911 de 2004).

En ese sentido la autonomía de pacientes y personal de salud, se presentan como una constante interacción de opiniones y decisiones que facultan a las dos partes para orientar los procesos clínicos, sin embargo, con facilidad pueden encontrarse casos en donde el profesional enfermero, muestre cierta displicencia al tomar dichas decisiones.

Por su parte, García et al. (2016), señalan que la práctica de la enfermería en Colombia se ha enfocado en desarrollar tareas técnicas, como el seguimiento de pasos metódicos de sus funciones, sin importar las condiciones que hacen diferente a uno de otro paciente. Esta situación lo aleja de su verdadera función, como lo es la práctica integral del cuidado de las personas a su cargo.

Según Fernández et al. (2016), la sistematización de la información mediante el diligenciamiento de notas, direccionan el papel de la profesión de la enfermería en Colombia, la cual, plantea un registro que evidencia el seguimiento individual y colectivo de los procedimientos en ejecución y evaluación del recorrido integral sobre las acciones desarrolladas en el paciente. En este sentido los autores señalan la importancia que la fundamentación curricular y los parámetros establecidos en las facultades de las instituciones educativas, le dan al desarrollo de una documentación que evidencia el trabajo ejecutado con cada uno de los pacientes. Por lo tanto, la autonomía y participación del enfermero/a en relación a los pacientes con los que trata diariamente se decanta en el desarrollo de una óptima sistematización de los protocolos médicos efectuados a la población atendida.

A pesar de que el registro y la sistematización de los procedimientos realizados a los pacientes sean una prioridad para los profesionales en enfermería en nuestro país, Bautista et al, (2016), plantean que el nivel de aplicabilidad en los últimos años de estas prácticas han demostrado un mal proceder en la realización de protocolos de registros de la labor efectuado por los profesionales en enfermería, en este sentido, se han encontrado el inadecuado diligenciamiento de registros clínicos, en donde se destacan letras ilegibles y la omisión de algunos datos solicitados en los formatos.

De este modo y según el marco legal de Colombia, la ley 911 de 2004 en el capítulo V, establece la importancia de la realización de estos registros y que su erróneo diligenciamiento responsabiliza directamente al profesional en enfermería, pues según dicha ley, estos registros son la única herramienta fundamental para establecer los cuidados y procedimientos a los que fueron sometidos los pacientes. Por tal razón la labor del enfermero/a en Colombia, está arraigada a orientaciones legales y curriculares en las que sus

funciones radican en el nivel de información que puedan sistematizar sobre un paciente, instrumentalizando su labor a un factor meramente técnico y en donde los procedimientos sobre el cuidado, la toma de decisiones y la responsabilidad conjunta se encuentran fuera de ser el objeto de la profesión en enfermería en nuestro país.

Por tal razón la ética, la bioética, el cuidado, la toma de decisiones y la autonomía del profesional en enfermería en Colombia operan de una forma estrictamente técnica, por lo tanto, se delimita la operación del enfermero/a al registro de notas que se hacen ver como una prioridad vital para el proceder sobre el paciente, convirtiéndose en la principal herramienta para que el profesional de la salud formular acciones que conlleven a la recuperación de los pacientes. En ese sentido es necesario plantear si la labor del profesional en enfermería, tal y como se presenta en nuestro país, es la que ellos como profesionales esperan y están dispuestos a cumplir, o si más bien lo que ellos piensan en relación a su labor y sus componentes éticos y de autonomía se encuentran recogidos de una manera óptima en el desarrollo de dichos registros.

2.3 Autonomía en el profesional de enfermería

La labor de la profesión en enfermería se ha señalado como un importante eje de articulación entre los pacientes y los médicos en los centros de atención hospitalario, son ellos quienes determinan que los procedimientos a los que son sometidos la población atendida, no atenten contra su integridad personal y sean bien recibidos por los pacientes.

Según Ramírez (2016) la enfermería radica en el dominio de habilidades del cuidado de las personas y por ende su actuar debe centrarse a capacidades de responsabilidades y profesionales, para asegurar el desarrollo eficaz de planes y proyectos que en primera medida beneficien al paciente y en segunda, en un “proceso de enfermería” reconozcan las capacidades profesionales que puedan ofrecer a la población atendida. Señala el autor que, a mediados del año 1980, la profesión de la enfermería sufre un nuevo proceso de reflexión sobre su práctica misma y se plantearon por ende objetivos propios para el cumplimiento de su labor, por ende, su campo de acción se independiza de las mediciones médicas.

En ese mismo sentido Lagoueyte (2015) la enfermería se manifiesta como una disciplina que se caracteriza por el cuidado de las personas, sin embargo se manifiesta en diferentes campos de acción, en donde mediante acciones reparadoras, el enfermero/a nutre en términos prácticos el establecimiento de entornos seguros y gestión de los pacientes, del mismo modo, fomenta la investigación y su participación activa en escenarios de construcción de políticas de salud, que mayoritariamente beneficien a la población atendida.

El desarrollo de la labor del profesional en enfermería históricamente ha estado ligado al cuidado domestico por parte de profesionales o no que atiendan de manera efectiva las dolencias de alguna persona, Guerrero y Cid (2015) plantean, que este recorrido por los canales de la practica en enfermería, parte una primera etapa doméstica, en donde el conocimiento estaba centrado en la experiencia propia y practicas naturales para el cuidado de los enfermos (edad antigua). Posteriormente, la practica en enfermería se centró en concepciones cristianas y religiosas (edad media), hasta decantar en una actividad académica, en donde se caracterizó y se teorizo la profesión en enfermería (edad moderna).

En ese sentido la profesión del enfermero está atravesada por los contextos históricos que alternen su evolución. Partiendo de lo anterior se identifica la labor del enfermero como una profesión inacabada y centrada en los requerimientos que la sociedad proclame. Sin embargo, los autores, plantean que, en términos de autonomía, la labor del enfermero parece haberse quedado estancada en los procesos acaecidos en la edad media, en donde la sumisión, docilidad y carencia de cuestionamientos eran propios de la practica en enfermería, donde debía seguirse al pie de la letra las órdenes dadas por el personal médico.

Sobre esta temática señalan Hine et al, (2017), que este carácter de docilidad en la profesión de la enfermería va a llegar incluso a la década de 1930, en donde, con la proliferación de los hospitales, los profesionales en enfermería crecieron exponencialmente, sin embargo existían prácticas de feminización de la labor y el patriarcado propio de la época, se mezcló con elementos propios de la burocracia, que instauraron practicas lejanas a la independencia y la autonomía por parte de los enfermeros/as.

Guerrero y Cid (2015) señalan que es hasta la segunda mitad del siglo XX, cuando se da un momento histórico para la práctica en enfermería, en términos de autonomía y liderazgo, pues es en esta época cuando se engendra un fenómeno basado en la búsqueda de conocimiento y practicas propias de la labor, estructurando de esta manera, principios relacionados con la construcción de un carácter de la profesión en enfermería, instaurando a su vez una disciplina académica con un propio cuerpo de conocimientos.

Según el Consejo Internacional de Enfermeras, esta labor tiene su *ethos*, en principios de cuidado, autonomía y colaboración, con lo cual se deja muy en claro que el desarrollo de la práctica profesional del enfermero está relacionado directamente, con factores de promoción de la salud y prevención de la enfermedad basados principalmente en la investigación y la participación en la construcción de políticas de salud y gestión de los pacientes.

En Chile, Triviño & Barria (2016), muestran un ejemplo de la aplicación en el quehacer autónomo de la enfermería, a partir de la creación de la Ley 19.352 del año 1997, en donde se establecieron tres principios que nutren la autonomía en la práctica profesional, la gestión del cuidado, la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, todo ello alternado con la administración positiva de recursos en asistencia para el paciente. Estas prácticas deben efectuarse bajo compromiso e identidad profesional de la labor en enfermería, es decir, que es el mismo enfermero el que tiene que romper con las barreras de lo impositivo y empoderarse de su labor como prestador de salud.

Según lo plantea Torns (2013), las disposiciones que hoy se desarrollan en torno al cuidado y por ende a la formación de profesionales en escenarios educativos, sanitarios, sociales y personales, se inscriben a una política capitalista, que amparado bajo el modelo patriarcal, no logran posicionar un método adecuado para suplir las necesidades referentes a los cuidados de la población, en donde claramente se evidencia un sinnúmero de afectaciones a las comunidades, las cuales, en un alto grado son consecuencias de las precarias condiciones que el sistema político de bienestar ofrece a la población. Por ende, el descuido irresponsable de los estados para la generación de políticas de cuidado en diferentes

escenarios del mundo, conlleva a que estas políticas sean adoptadas, en su mayoría, por mujeres que no cuentan con ningún tipo de remuneración, incluyendo estas actividades a su vida cotidiana, es decir, se convierte en una obligación. En este orden de ideas el cuidado de personas enfermas o que necesitan asistencia médica o cognitiva, no es asumida por parte los entes gubernamentales, sino que más bien se deja a la suerte en organizaciones comunitarias y sociales que suelen auto gestionarse.

Por su parte, Juvé (2013) plantea que el cuidado es un elemento que se presenta como implícito en la actividad profesional del enfermo, en donde se interrelacionan constructos tales como la persona, la salud, el entorno y la propia labor de enfermería; en aras de ampliar esta visión, Maria Eulália Juvé retoma lo planteado por Harmer (1992) en donde se menciona las raíces de la enfermería en las necesidades de los seres humanos, posicionando como objetivo primario el servicio y atención a los semejantes, estableciendo actividades que van más allá del simple cuidado del enfermo e incluyendo actividades y procesos que faciliten el reposo y el bienestar tanto mental como físico de las personas. Complementando esta premisa descrita anteriormente, Juvé (2013) plantea una serie de elementos que deben ser incluidos en la relación ética del cuidado y autonomía en la labor del profesional en enfermería, estos son: suplir las necesidades de los pacientes, la claridad de la tarea fundamental de prestar ayuda a los demás, al igual que formar en los pacientes las ideas de prevención y preservación, desarrollo de una comunicación directa y honesta, empatía, escucha atenta, empatía, compasión y acompañamiento en el sufrimiento. Como podemos ver la acción autónoma del enfermero está formada por los conceptos que este tenga sobre la ética de la responsabilidad y la ética del cuidado, yendo más allá de un simple sistema de asistencialismo.

2.4 Toma de decisiones profesional de enfermería

Según García et al. (2016) establecen que para un profesional de enfermería existen dos tipos de responsabilidades frente al accionar de su labor, por un lado, los autores señalan los elementos jurídicos que entran a jugar en el desarrollo de las funciones del enfermero/a, que como ya se ha señalado marca prioridades en su formación académica, como el ejemplo concreto de Colombia. Por otro lado, existe una responsabilidad ética que señala las acciones

que pueda desarrollar el profesional en enfermería sobre el cuidado y la preservación de la vida humana. En el plano jurídico se presenta una suerte de tabula rasa, en la que se encuentran premisas y orientaciones predeterminadas por las dinámicas generales en cuanto a la función que quiera darle responsables en este sentido en cada uno de los países. Diferente a ello es lo que sucede con la responsabilidad ética, de la cual también existen unas orientaciones generales, pero en donde el conocimiento sobre la aplicación de parámetros éticos en el manejo de los pacientes pasa a un plano individual, es por ello que los autores señalan la importancia de fortalecer los procesos formativos de los estudiantes en enfermería para el desarrollo óptimo de prácticas que no atenten contra la salud y la dignidad de los pacientes.

Villanueva et al. (2015) establece que la ética en el marco de la profesión de enfermería y su relación con los pacientes, ha presentado diferentes cambios desde su proceso evolutivo como práctica profesional, en un primer momento, pensando hacia finales del siglo XX la ética se presentaba como un ejercicio desinteresado y concerniente directamente a las mujeres, en donde la ética del cuidado es entendido como una práctica que concierne unilateralmente a la feminización de la práctica en enfermería. Sería hasta mediados del siglo XX en donde la profesión en enfermería involucraría a todas las personas sin distinción y los involucrarían en paradigmas sobre el desarrollo de habilidades de empatía con sus pacientes. De este modo el rol del enfermero en términos éticos se establece bajo parámetros de trato positivo, amabilidad y comunicación horizontal con la población atendida.

Miranda (2014) establece que la ética profesional en los enfermeros/as está relacionada con prácticas que brinden alternativas para la solución de los dilemas morales que yacen en el tratamiento al que son expuestos, como se ha mencionado con anterioridad estas prácticas se orientan bajo premisas del cuidado desde la ética profesional y desde el campo del derecho y las prácticas jurídicas, es decir, que el tratamiento ético sobre los pacientes está dictaminado por la profesionalización del enfermero. El autor establece la dinámica de la ética desde dos aristas fundamentales, por un lado, el *bonum operantis*, como la ética que se desarrolla para el bien del sujeto que obra y el *bonum operis*, desde la ética en

la obra producida, es decir, la ética que beneficia al que la práctica y la ética que beneficia sobre quien recae.

La responsabilidad que deben manejar los profesionales en enfermería, en términos del registro, manejo farmacéutico, necesidades del paciente, diversidad de información y metodologías del cuidado y sus afectaciones a la labor del paciente, señalan una real importancia en su labor y su conocimiento en relación a las afectaciones que un erróneo proceder pueda acaecer sobre la población atendida.

De este modo la toma de decisiones por parte de los profesionales en enfermería al igual que los médicos, cobran una especial relevancia por el tipo de información que se maneja y claramente porque una mala decisión podría afectar directamente la salud de una persona. En este sentido señalan Moran et al. (2016), que para tener una menor preocupación de la toma incorrecta de estas decisiones, desde las universidades o centros de formación de estos profesionales debe plantearse la necesidad de promover en los estudiantes el desarrollo de un conocimiento reflexivo que se estructure de manera experiencial y progresivo; dicha postura solo puede desarrollarse si el profesional en enfermería es consciente de su labor y de la importancia de sus dictámenes en el proceso de recuperación de un paciente.

Mosqueda et al (2014) plantean que para que la toma de las decisiones se presente de una manera positiva y se acerque cada vez más a formulaciones que incidan gratamente en la mejoría de los pacientes, el sello ético que debe caracterizar al profesional en enfermería debe establecer una relación de efectiva comunicación entre él y los pacientes que son atendidos, esta característica involucra al paciente en la toma de decisiones y abre las posibilidades para el profesional en enfermería pueda desarrollar de una manera más asertiva su labor y por lo tanto participar activamente en la toma de decisiones en el escenario clínico.

Roche (2002) citado en Moran et al (2016), señala que la toma de decisiones por parte del profesional en enfermería nace de la unificación de los conocimientos teóricos y la experiencia práctica que lleva al enfermero/a crear juicios sobre el oportuno y adecuado cuidado del paciente. Mosqueda et al (2014), señalan que la toma de decisiones es una acción

que se determina de acuerdo al contexto determinado, por tal razón no existe una idea unificada frente al proceder sobre la toma de decisiones. En ese sentido no se pudo sintetizar y desarrollar una guía metodológica o teórica que señale como deban tomarse las decisiones, por lo tanto, la capacidad que se desprenda desde la experiencia y sapiencia del profesional en enfermería cobra una vital relevancia, pues es él de acuerdo a su conocimiento, el que mejor puede plantear la ruta a seguir con cada uno de los pacientes.

Según lo plantean Soto et al. (2014), la toma de decisiones y la transmisión adecuada de la información en los profesionales en enfermería, se encuentran relacionados con las competencias laborales propias de los enfermeros/as, por lo tanto, la toma de decisiones no solamente se presenta como una posibilidad, sino más bien como el cumplimiento de un compromiso adquirido, que yace en el perfil profesional del enfermero/a. Amestoy (2009) citado por Soto et al (2014), destacan que la toma de decisiones de los profesionales en enfermería que desarrollan su trabajo en grandes hospitales, deben ejercer su labor desde una visión de agentes de cambio, motivación y liderazgo que introduce en su ADN la toma de decisiones como un elemento presente siempre es una labor, con lo cual no cabe espacio para la duda y sus acciones se orientan por sí solas a escenarios eficaces del cumplimiento de sus funciones.

En las organizaciones de carácter y perfil social, los planteamientos en términos de misión y visión se perfilan desde una perspectiva humana, en este sentido las entidades prestadoras del servicio de cuidado a pacientes, en donde la relación: profesionales de atención y las personas, es preponderante, deben establecerse principios de respeto y cordialidad entre las dos partes. De esta forma Cuba et al. (2016), explican que el enfoque principal en este tipo de organizaciones debe estar supeditado bajo el principio de que los individuos hacia los que van dirigidos los servicios ocupen un papel central en la prestación del servicio, entendiendo que un elemento fundamental en la atención y el mejoramiento de la calidad de vida de la persona, depende, no solamente del cuidado de sus dolencias, sino también del trato psicológico al que es sometido el individuo.

De esta forma según Martínez (2013) el Modelo de Atención Centrada en la Persona debe enfatizar su servicio a conformar un aparato organizativo que se enfoque en los intereses, las problemáticas y las necesidades de las personas que buscan una atención o cuidado. Por esta razón el principal objetivo de las organizaciones que apliquen dicho modelo gira entorno a priorizar su oficio frente al mejoramiento y fortalecimiento de la calidad de vida de las personas. De este modo los contextos sociales a los que se expone la persona, en referencia a su cuidado y atención a sus necesidades, determinan el mejoramiento de sus expectativas de vida.

Igualmente, Nolan y cols, (2004); McComack, (2004) en Martínez (2013) destacan la existencia de una serie de principios en la Atención Centrada en el Paciente:

1. El reconocimiento de cada persona en su aspecto singular, lo que indica una mirada individual de las problemáticas que afectan y condicionan el comportamiento de las personas.
2. El conocimiento de las situaciones familiares y personales de las personas, entendiendo una historia de vida enmarcada por elementos que construyen una determinada forma de ser de las personas atendidas, en este sentido se pueden entender los comportamientos que puedan aquejar a esta parte de la población.
3. En relación a los pacientes, establecer cierta autonomía, la cual es arrebatada por la complejidad física que involucra la pérdida de alguna funcionabilidad de los órganos y destrezas que pueden presentarse en una determinada edad, en este caso se hace explícita la necesidad de diferenciar entre la observación de una dolencia física y el análisis psicosocial que se pueda presentar sobre una persona que presente diferentes molestias.
4. El apoyo del entorno social al paciente, tanto familiares, como del personal de servicio y administrativo en los hospitales que prestan el servicio de atención.

En el plano institucional y corporativo Martínez (2013) señala que el IOM (Institut of Medicine. National Academy of Sciences USA), desarrolla el enfoque PCC (Patient Centered Care), el cual plantea el necesario relacionamiento entre el personal de servicio, involucrando a enfermeros y cuidadores, los pacientes y las familias cuando así se requiera, en aras de la

satisfacción de las necesidades y el bienestar de los propios usuarios. De esta forma se plantea una orientación de cuidado enmarcada en el respeto y la respuesta a problemáticas focalizadas y determinadas por el contexto personal, familiar y social de los pacientes, lo que a su vez fortalece la comunicación entre los usuarios y los profesionales de atención, guiando de una mejor manera las valoraciones psicosociales, e involucrando de una forma directa a los usuarios para que participen activamente en el desarrollo de planes y programas que fortalezcan su calidad de vida.

En este orden de ideas Cuba et al. (2016) plantean que la aplicación del Modelo de Atención Centrada en la Persona, fortalece la percepción de los usuarios, en relación a la labor prestada por las entidades prestadoras del servicio (Hospitales), disminuyendo de esta forma los conflictos entre las personas y estas instituciones, generando a su vez, un sistema de cuidado mucho más robusto, si este se piensa desde una dimensión que profundice en la dinámica psicosocial de los pacientes.

Ugarte (2018) desarrolla un análisis más amplio en torno a una mirada del fenómeno de la Atención Prestada a la Persona desde la óptica de la aplicación de los derechos. Señala que las entidades prestadoras del servicio de atención, deben reconocer que los pacientes son sujetos titulares de derechos y como tal, merecen un óptimo trato en el servicio solicitado, de esta forma, al prestar un servicio que involucra el trato entre personas, están obligados a respetar, proteger y garantizar los derechos de los pacientes. De esta forma el Modelo de Atención Centrada en la Persona está cimentado bajo principios que en la mayoría de las naciones corresponde a un plano constitucional y su débil implementación conlleva a restricciones y sanciones de orden jurídico y legal.

Uno de los elementos que se deben tener en cuenta para el proceso de sistematización y formulación del proceder de los profesionales en enfermería, son los llamados protocolos médicos, los cuales, según Aguirre y Hernández (2014) es inscriben practicas sobre el cuidado de los pacientes, lo cual permite homogenizar las funciones que deben ejecutar los enfermeros/as. Este proceso de protocolización intenta englobar todos los procedimientos que pueden presentar en la práctica de la enfermería. El autor señala que la creación de estos

tipos de protocolos plantea como objetivos fundamentales, estandarizar la practica en enfermería, mejorar la calidad de los servicios prestados, limitar la variabilidad de atención, establecer una robusta fuente de documentación e información y brindar herramientas conceptuales a profesionales en formación.

Bautista et al. (2016) señala que el desarrollo, aplicación y ejecución de instrumentos de sistematización tales como, guías, protocolos y manuales fortalecen la calidad de atención y ofrecen una alternativa practica para el cumplimiento eficaz de los procedimientos clínicos con los pacientes, en este sentido la implementación de registros de cualquier tipo fundan un herramienta metodológica y procedimental, bastante efectiva para el cumplimiento de funciones en referencia a los profesionales de la enfermería. La realización de estos registros brinda evidencia del desarrollo óptimo de las labores ejercidas por el personal en enfermería, en ese sentido, los protocolos, guías y registros se establecen como componentes que demuestras la productividad que existe en la prestación del servicio centrado en la persona.

2.5 Autonomía de profesionales en enfermería en situaciones límite: El caso de emergencias y desastres.

Hablar de situaciones límite en la profesión de enfermería, implica centrar la atención sobre aquellos procesos en donde la toma de decisiones en un corto periodo de tiempo, cobra una especial relevancia. En este tipo de casos el profesional en enfermería debe contar con ciertas destrezas que Malm (1989) relaciona con amplios conocimientos y una cierta valoración de la experiencia para poder decidir sobre el manejo adecuado de un paciente en un corto periodo de tiempo, teniendo como premisa la preservación de la vida y el cuidado optimo del paciente. Para lograr esto Freire (2013) señala que cada uno de los profesionales en enfermería deben conocer los alcances de sus propias funciones, teniendo claro además los procesos que deben desarrollarse en lo denominado por el autor como el ciclo del desastre:

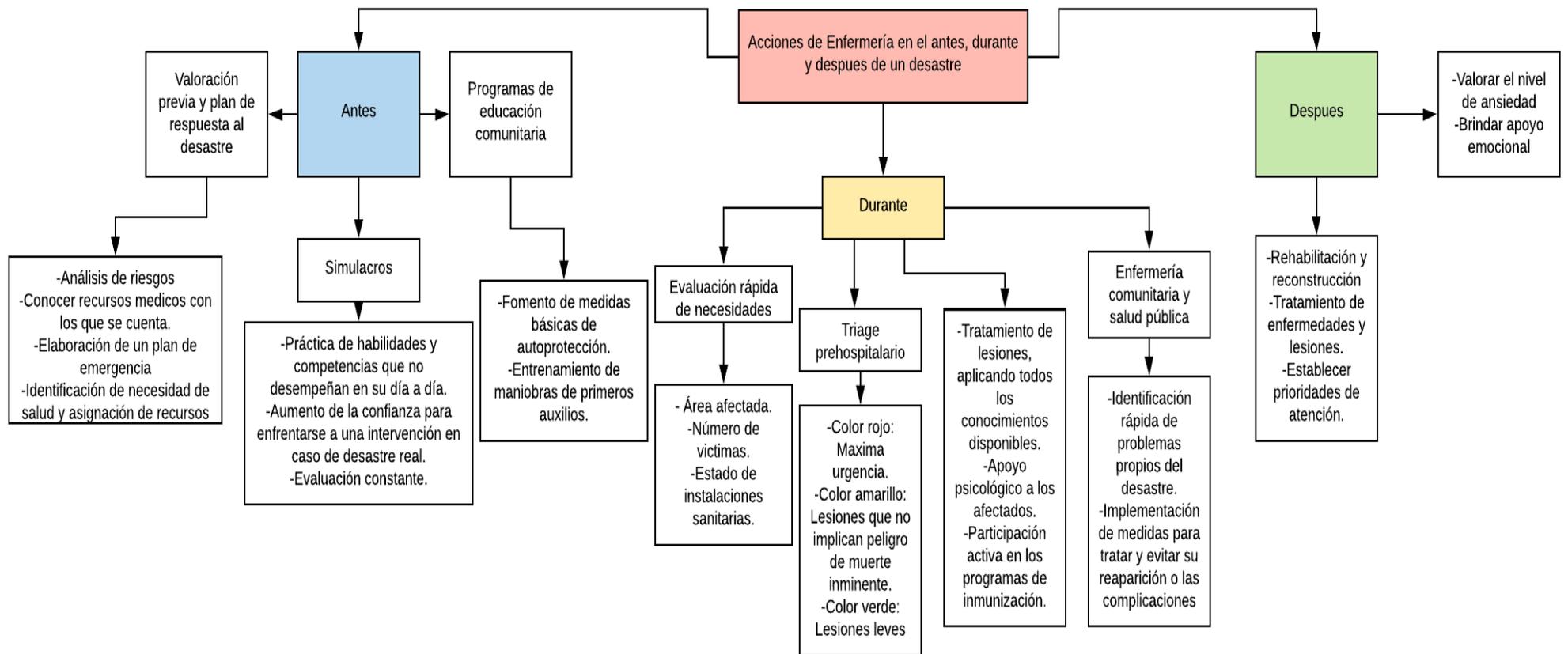
Figura 1: *Intervención del profesional de enfermería frente a un desastre*



Fuente: Freire (2013).

En la fig. 1 puede observarse las funciones y procesos que deben llevarse a cabo por los profesionales en enfermería en el antes, durante y después de la generación de un desastre, cualquiera que este sea, es necesario tener en cuenta que estos procedimientos deben tomarse en un corto periodo de tiempo, por lo tanto la formulación y tramite debe planificarse con anterioridad, es decir que los centros de salud deben crear escenarios catastróficos que puedan presentarse en un determinado contexto. Estas actividades se enmarcan bajo el objetivo de reducir las afectaciones a poblaciones que puedan estar expuestas a ciertos tipos de riesgos, por ejemplo, zonas en donde comúnmente se presente fenómenos ambientales. Las siguientes serian actividades que se plantean a desarrollar por el profesional en enfermería en el antes, durante y después del acontecimiento de un desastre.

Figura 2: Acciones del profesional de enfermería en el antes, durante y después un desastre



Fuente: Elaboración propia (2020), basado en Freire (2013)

La fig. 2 es muy clara en el proceder de los profesionales en enfermería con respecto a una determinada catástrofe, sin embargo, una premisa mayor indica que pese a que este procedimiento se brinde como un manual a aplicar, el asertividad de la labor del enfermero/a en este tipo de casos depende puntualmente de la capacidad de reacción y el grado de autonomía que se tenga en el momento dado. Teniendo en cuenta que pueden presentarse dificultades que de no tratarse adecuadamente puedan salirse de las manos, tal es el caso de lo expuesto por Zuazua et al. (2015) quienes exponen un hecho desafortunado que se presentó en el marco del desastre provocado por el huracán Katrina (2005), en donde dos enfermeros fueron procesados por intervenir mediante eutanasia a dos personas afectadas que mostraban pocas señales de vida, quienes se encontraban gastando una gran cantidad de recursos en un causa, que para los enfermeros era perdida. Los dos enfermeros, tiempo después, fueron absueltos, sin embargo, el ejemplo nos permite reflexionar sobre los riesgos a los que están expuestos los profesionales en enfermería en la implementación de su autonomía en un momento en donde el tiempo es el peor enemigo.

Sobre la autonomía del profesional en enfermería en situaciones límite, Pera (S.F) plantea que es necesario definir con anterioridad los alcances de las funciones del enfermero/a, teniendo en cuenta, como se ha planteado en líneas atrás, una planificación estricta de situaciones límite que puedan llegar a presentarse, repasando procesos de prevención y de tratamiento de dificultades clínicas que puedan presentarse en un contexto determinado. Lo anterior permite establecer el procedimiento adecuado que debe implementarse por el equipo de enfermeros, lo que indica que las fallas o deficiencias en este proceso, llegado al caso que ocurra, depende de la poca atención del enfermero sobre dichos protocolos, previamente construidos. Por lo tanto, es necesario resaltar que la autonomía en el profesional de enfermería depende directamente de la participación de estos profesionales en los protocolos preestablecidos, no solamente en su condición de prestar un servicio, sino en el desarrollo de pautas, planes y programas que le permitan reconocer, previamente, el alcance de su función.

2.6 Limitación del esfuerzo terapéutico en el fenómeno del Covid-19

Aguilar y Martínez (2017) anotan que los pacientes que se encuentran en las Unidades de Cuidado Intensivo, se ubican allí por la necesidad que existe de mantener un cuidado constante durante las 24 horas del día, debido a su estado crítico y a los riesgos que pueden llegar a presentarse en cualquier momento, por tal motivo, los profesionales que prestan servicios en esta unidad, deben estar altamente capacitados y educados en base a la atención plena del paciente, estas personas son conocidos como intensivistas.

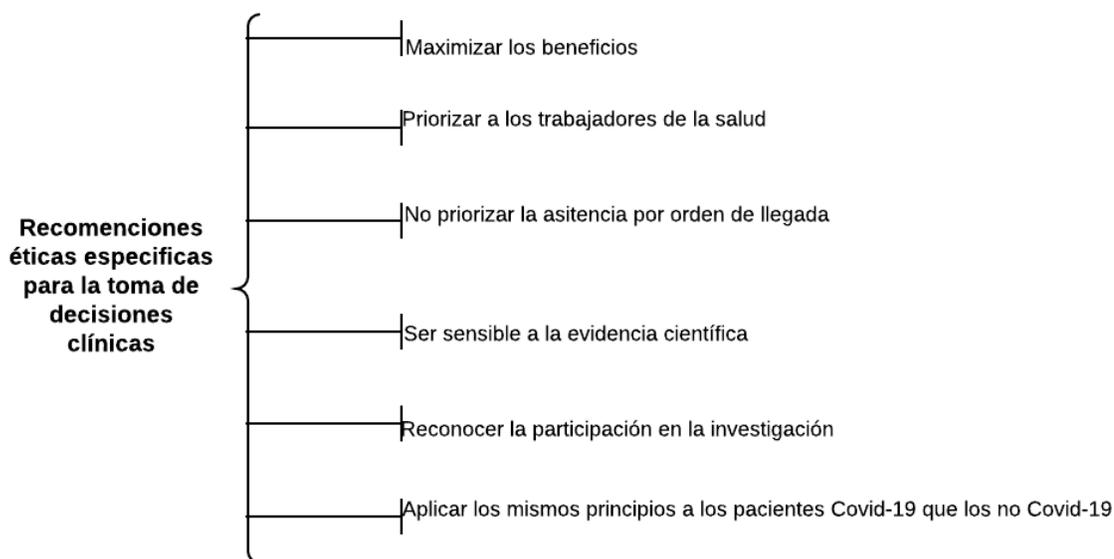
La guía de práctica clínica de cuidado críticos de enfermería del Hospital Txagorritxu (2004), señala que el proceso desarrollado por el profesional en enfermería en las UCI, deben tener claro la intervención en los pacientes, bajo tres premisas fundamentales: Conocimiento (Qué hacer y cómo), fuerza (Poder hacer) y voluntad (Querer hacer). Por lo tanto, el ejercicio del enfermero/a debe orientarse a satisfacer las necesidades básicas del paciente crítico, reestableciendo en su máximo ejercicio el nivel potencial de cada individuo, lo cual se desarrolla mientras el medico a cargo implementa los procesos necesarios para la recuperación del paciente. En casos de pacientes donde su edad o la deficiencia causada por la propia dolencia no le permita desarrollar a cabalidad procesos físicos o intelectuales por sí mismo, se pone sobre la mesa el dialogo entre la autonomía del paciente y la autonomía del profesional en enfermería, pues es este último el que deberá suplir, bajo su independencia adscrita a protocolos preestablecidos, las necesidades que puedan llegar a presentarse en el paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aunque en términos de resultados frente al tratamiento de pacientes críticos en las UCI, la responsabilidad recae directamente sobre el médico, el enfermero también es totalmente responsable sobre su actuación en torno a este proceso, es decir, que los procesos desarrollados por el enfermero/a son revisados y orientados por el médico, por ende, la responsabilidad recae consecuentemente en los dos actores (Álvarez et al. 2004).

La limitación del esfuerzo terapéutico es definida por Martin et al. (2020) como la acción que recae sobre los pacientes en estado crítico, en relación a retirar soportes vitales cuando se considera que este proceso no aporta en el mejoramiento del estado de salud del

individuo, con lo cual se determina, en la mayoría de los casos la muerte de dicho paciente. La polémica en estos casos recae sobre los elementos que se presentan como necesarios para poder tomar dicha decisión, evitando un debate sobre procesos relacionados con la maleficencia por parte del personal médico.

En el caso de la afectación del fenómeno del Covid-19 sobre los pacientes, la limitación del esfuerzo terapéutico se presenta como una racionalización de los recursos médicos que puedan aportar al tratamiento de un paciente sobre otro. Por lo tanto y específicamente para este caso, la evolución de cada uno de los pacientes, depende de otras patologías que inciden directamente en la evolución de un paciente sobre otro. En este sentido las prioridades de atención que se presentan sobre estas personas afectadas por el virus y basados en el desconocimiento existente sobre el tratamiento de esta patología, establece una suerte de prioridades frente a la respuesta clínica de cada uno de los pacientes. En este orden de ideas se orientan las siguientes recomendaciones clínicas y médicas para el tratamiento de pacientes positivos para Covid-19:

Figura 3: *Recomendaciones éticas específicas para la toma de decisiones pacientes Covid-19*



Fuente: Elaboración propia (2020) basado en Martin et al. (2020)

Como puede observarse el tratamiento de los pacientes con Covid-19 se establece bajo las dinámicas de respuesta positiva que se manifiesten en cada individuo y los procesos

de limitación del esfuerzo terapéutico depende de la evolución de cada uno de los pacientes. Este fue el caso de un médico anestesiólogo de un Hospital en Bogotá, quien tuvo que tomar la decisión de asistir o no a un paciente Covid-19 quien necesitaba tratamiento en la UCI, pero que, frente a otros pacientes, presentaba menos posibilidades para sobrevivir. Este médico es coordinador del Servicio de Ética Clínica del hospital, es por eso que sus orientaciones y contribuciones frente al tratamiento de los pacientes Covid-19, cobra especial relevancia para esta investigación. El médico coordina a un grupo de profesionales que deben estar al pendiente de la asistencia clínica a cada uno de los pacientes que entran al hospital y que son positivos para el virus; frente a las decisiones tomadas el grupo analiza por medio de una video llamada las condiciones clínicas de cada paciente y bajo los deseos del paciente y sus capacidades de supervivencia se toma una decisión de tratamiento, claramente estas orientaciones se analizan bajo diferentes orientaciones que determinan las posibilidades de cada paciente.

Es importante resaltar que previamente a la aparición de este virus, la oficina ética del hospital privado en Bogotá trabaja bajo la premisa del “*encarnizamiento terapéutico*”, la cual consistía en la ayuda al paciente hasta el agotamiento de todas las posibilidades, incluso poniendo de por medio la propia vida de los pacientes. Esta dinámica ha cambiado y en la actualidad la limitación del esfuerzo terapéutico se presenta con una mayor regularidad, en el marco de la aparición de una enfermedad que obliga a las profesiones médicos a escoger un paciente sobre el otro (Revista Semana, 2020).

La resolución de problemas en escenarios en donde se desarrolla la profesión en enfermería tiene una directa relación con la formación ética que recibe cada uno de los profesionales, en este sentido Basso (2012) señala, que la resolución de problemas en estos escenarios debe partir de una reflexión y debate colectivo, en donde la perspectiva a cumplir base su objeto en la medición de principios éticos no impuestos sino inherentes a la profesión en enfermería. De igual forma el autor plantea que los contextos a la hora de determinar prácticas y métodos en la resolución de problemas son fundamentales para evaluar prácticas que puedan solucionar dilemas y problemáticas morales que puedan presentarse, sobre todo en la población que es atendida.

Capítulo 3: Autonomía entre la ética de la responsabilidad y la ética del cuidado

3.1 Autonomía y ética de la responsabilidad

Según Hans Jonas la ética se ha constituido como un elemento orientador frente a la toma de decisiones por parte del ser humano, señalando principios que regulen las cosas que se deben hacer y las que no, compartiendo tácitamente tres premisas que describían las condiciones éticas que señalan los comportamientos de los individuos: 1) La condición humana, resultante de la naturaleza del hombre y de las cosas, permanece en lo fundamental fija de una vez para siempre. 2) Sobre esa base es posible determinar con claridad y sin dificultades el bien humano. 3) El alcance de la acción humana y, por ende, de la responsabilidad humana está estrictamente delimitado (Jonas, 1995).

De este modo se pensaba que la naturaleza, en su próxima relación con el hombre, gozaba de una indeterminada e infinita provisión de recursos que no habría porque construir algún tipo de ética relacional que orientara los comportamientos del ser humano con su entorno, sino que más bien, la naturaleza se presentaba como ilimitada y que las acciones minúsculas, realizadas por el hombre, no tendrían por qué alterar la naturaleza en su grado interior y aun cuando el ser humano pudiera afectar de alguna forma al espectro natural, este contaba con los elementos necesarios para reconstruirse y lidiar con las imprudencias e irresponsabilidades cometidas por el propio individuo, por lo tanto la naturaleza inagotable no cuestionaba la acción antrópica, es decir, le quitaba al ser humano la responsabilidad sobre las afectaciones producidas sobre la misma naturaleza. (Jonas, 1995).

De Siqueira (2001), en su análisis sobre el principio de responsabilidad de Hans Jonas, plantea que el autor alemán reconoce que el mundo donde la acción del ser humano no es significativa sobre naturaleza ha llegado a su fin, presentando un escenario de apocalipsis gradual, impulsado primordialmente por el progreso y el uso exacerbado de las transformaciones tecnológicas. De este modo, la visión sobre la ética supero la relación

meramente entre los seres humanos e introdujo una relación con más impacto y significancia entre el ser humano y su entorno, esto indica que los individuos lograron apoderarse de la naturaleza y con esto la idea ilimitada de lo natural y la efímera consideración de la acción antrópica, paso a un segundo plano, estableciendo un creciente peligro en cuanto a las consecuencias del dominio del hombre sobre la naturaleza.

Según Jonás (1995), este cambio en la perspectiva ontológica descrita entre el hombre y la naturaleza, yace en el advenimiento de la técnica moderna, la cual ha sobrepasado la capacidad de la ética tradicional para poder abarcar y remediar las transformaciones que produce el ser humano y que afectan directamente el escenario natural.

De este modo, menciona el autor, los individuos fueron adquiriendo una serie de responsabilidades que en épocas anteriores eran tarea de la propia naturaleza, lo que marca un cambio en la perspectiva de cuidado, es decir, en el pensamiento del hombre se posiciono la idea de que sus acciones representaban una determinada consecuencia para el espacio natural, consecuencias que la naturaleza ya no podía corregir o remediar, con lo cual se evidencio, por un lado, la vulnerabilidad de la naturaleza que es sometida a la intervención antrópica y su enfoque tecnológico y la necesidad de construir principios y orientaciones éticas que obligan al ser humano a adquirir una dimensión de responsabilidad y, agregaría yo, de cuidado sobre el medio natural, pasando de una perspectiva antrópica efímera a una participación activa y determinante de las acciones humanas sobre su entorno. Las sociedades modernas, mediadas por la tecnología, ya no cuentan con las limitaciones y certezas de la llamada ética tradicional, sino que, al contrario, los grandes desarrollos y transformaciones que las sociedades han ido cambiando a su vez, los lineamientos orientadores de la acción humana, razón por la cual las modificaciones que se han dado sobre las construcciones y relaciones sociales han decantado en nuevos comportamientos de las personas en relación a su propio entorno (Jonás, 1995).

De este modo la reflexión ética y moral que hace el ser humano sobre sus actos se asume dentro de un tipo de responsabilidad personal-colectiva en donde los propios individuos gozan del privilegio de evaluar su propia forma de ser en el mundo. En la

actualidad las personas atienden a la necesidad de rediseñar sus prácticas, tradiciones y conocimientos relacionados con la aplicación de la ética en diferentes aspectos de su vida, esto se da principalmente por cuatro factores: **1.** La complejidad que suscita la interacción entre las crecientes relaciones sociales. **2.** La diferenciación de los diversos subsistemas sociales. **3.** La capacidad de predecir las consecuencias de las acciones humanas gracias a las herramientas ofrecidas por la ciencia. **4.** Las variaciones encontradas en los límites de la condición humana (Mestre, 2008).

Lo anterior centra su transformación en los propios cambios que han tenido los lugares donde las grandes civilizaciones humanas se han asentado: las ciudades, las cuales describe Jonás (1995), como los escenarios primeros de la obra humana, lugares que se erigieron para el ser humano como un equilibrio (inferior-antrópico) dentro de un equilibrio mayor (naturaleza), lugares determinados por los propios seres humanos y en donde se construían y proponían toda una serie de leyes y orientaciones que estabilizaran la relación entre los propios seres humanos, asegurando la vida y la permanencia de las personas en estas ciudades, sin que esto representara una amenaza para el dominio natural sobre las acciones humanas. Empero de lo anterior, las ciudades crecieron y se convirtieron en ciudades universales, las cuales irrumpían con la frontera entre antrópico y lo natural, es decir, la producción y acción del hombre desbordo el alcance de la naturaleza, con lo cual el escenario natural ya no podía cuidarse así mismo, sino que ahora se encuentra en manos del ser humano su pervivencia en el futuro, con lo cual la responsabilidad de cuidar y estabilizar el entorno se estableció como una tarea netamente humana, con todos los limitantes y oportunidades que esto representa.

Esta visión sobre el cambio de la concepción ética descrita por Hans Jonás, es interpretada por diferentes autores, uno de ellos es Sotelo (2018), quien plantea que los aportes del autor alemán se orientan a comprender la ética orientada al futuro o la ética de la responsabilidad, situando la discusión de que estas premisas no se posicionan como una propuesta utópica de sociedad, sino más bien se erigen como una introspección del papel de las sociedades actuales en cuanto a su relación con el entorno, posicionando una reflexión sobre los comportamientos que el ser humano debe modificar para salvaguardar el medio

natural y ofrecer unas mejores condiciones de vida a las generaciones futuras y donde además se midan y analicen las consecuencias de la acción antrópica desmedida sobre la naturaleza. De esta forma el objetivo principal de este tipo de pensamiento yace en la posibilidad que tienen los seres humanos para pensar y actuar sobre las principales afectaciones y amenazas que recaen en la acción de los individuos sobre el escenario natural, el cual se presenta en la actualidad dentro de un escenario limitado.

Por su parte, Bernal (2002) señala que la ética de la responsabilidad guarda una directa relación con la construcción de la autonomía en los seres humanos, según la autora los individuos cuentan con un tipo de responsabilidad social que se deriva de su propio desarrollo moral, esto quiere decir que los comportamientos del ser humano para vivir en comunidad, involucran una reflexión sobre las consecuencias de sus propios actos, lo que cual es mediado por el mantenimiento y respeto a la dignidad, autonomía, libertad e igualdad de todos los miembros de la sociedad, incluyendo el contexto y el entorno de las propias personas.

En este orden de ideas, la autonomía no puede entenderse como la independencia total de los comportamientos de los seres humanos, sino que más bien depende de las condiciones sociales y ambientales que se establecen en su entorno y en su contexto, con lo cual puede determinarse una naturaleza comportamental que es relacional y relativa, cambia y se modifica de acuerdo a las situaciones que el horizonte señala. Por lo tanto, la correcta autonomía debe señalar los comportamientos del ser humano mediante la aplicación de la conciencia relacionada con las leyes y orientaciones propias de la naturaleza, esto es orientar todos sus comportamientos, bajo el respeto y responsabilidad sobre su propio entorno. Por ende, las personas son autónomas cuando pueden tomar decisiones por si solos, teniendo en cuenta una visión de responsabilidad y conciencia de las consecuencias que tienen sus actos frente a un contexto inmediato.

3.2 Autonomía y ética del cuidado

El enfoque teórico que describe la ética del cuidado en esta investigación parte de los principios y derroteros dados por la filósofa y psicóloga estadounidense Carol Gilligan, quien

introduce una perspectiva feminista a las construcciones éticas del cuidado en diferentes condiciones y fenómenos sociales. Plantea Gilligan (2013) que la ética del cuidado se presenta como una guía que permite al ser humano actuar bajo un propósito que problematiza la falta de cuidado sobre las diferentes relaciones sociales que se tejen en el mundo, lo cual se traduce en actividades puntuales como: prestar atención, escuchar, estar presente y activo, responder con una actitud íntegra y de respeto, entre otras.

Precisamente la falta de empatía comunicativa entre las mujeres y los silencios entre los hombres, con lo cual se encontró Gilligan a principios de los años sesenta en el desarrollo de sus clases sobre teorías de identidad y desarrollo moral, fue lo que impulsó su propósito de indagación sobre las condiciones que marcaban la limitación emocional de sus estudiantes, percatándose de las consecuencias negativas que acarrearán este tipo de comportamientos en la esfera social de las propias personas.

Los trabajos desarrollados por Gilligan se fundamentan principalmente en una constante crítica a los aportes de Lawrence Kohlberg sobre los supuestos morales, pues según lo plantea Gilligan, los estudios del psicólogo estadounidense carecen de un alto grado de universalidad, pues, en la mayoría de los casos, las investigaciones centradas en las etapas y evolución de la moral por parte de Kohlberg (estructura de operaciones similar a la presentada por su influencia teoría más importante, Jean Piaget), limitaban los dilemas, construcciones y preocupaciones morales al escenario de los hombres, obviando y negando la revisión, valoración y aporte de las mujeres en este tipo de paradigmas; Gilligan plantea que las mujeres han tenido, por sí solas, que deconstruir este tipo de concepciones morales y lleva esta discusión a un campo teórico-práctico, en donde se desarrolla una amplia crítica al enfoque masculino sobre la generación de juicios morales, abriendo la posibilidad a la participación de la mujer en procesos de construcción moral y ética, incluyendo elementos que no son percibidos ni tenidos en cuenta por Kohlberg, por lo tanto, puede plantearse la limitación en alcance de los estudios desarrollados por el psicólogo estadounidense (Durán, 2015).

Según lo plantea Gilligan (2013), uno de los elementos que es ignorado por Kohlberg y en general por el sistema patriarcal en relación a la construcción de juicios morales y elementos propios de la ética del cuidado, es la constante necesidad de los hombres por acabar y negar la posibilidad de amar entre las propias personas, estableciendo una dinámica que niega y reniega sobre los sentimientos y las expresiones afectivas, lo que podría denominarse como una negación de los sentires, estableciendo lo que Gilligan llama un daño a la moral; los hombres y las mujeres tendrán que eliminar su propia condición humanista y traicionar o negar lo que sus sentimientos, en relación directa con sus juicios morales, puedan expresar. El daño moral agenciado por el sistema patriarcal en el mundo es implausible, pues además de fomentar la discriminación y negar la participación de la mujer en los diferentes escenarios de construcción social, niega la propia naturaleza feminista bajo la cual se comprende y se percibe el mundo, en un sentido estrictamente social y psicológico, razón por la cual la naturaleza humana se describe bajo una perspectiva netamente machista, negando la participación de la mujer en escenarios de construcción social, ética y moral, allí radica la principal crítica de Gilligan a los estudios presentados por Kohlberg.

Una Voz Diferente, Gilligan (1982) describe la forma como se naturalizan actividades cotidianas, las cuales reflejan un constante daño moral a la construcción personal de los individuos, teniendo en cuenta su posición como hombre o mujer dentro de la sociedad; este proceso recae evidentemente sobre la formulación de los estados evolutivos planteados por Piaget, en donde las personas van adquiriendo y desarrollando actitudes y carácter de acuerdo a lo que la propia naturaleza humana va modelando en escenarios de socialización como la escuela, la familia, la iglesia, entre otros, por lo tanto, la crítica de Gilligan sobre las construcciones morales enunciadas por Kohlberg, pueden situarse en un escenario mucho más amplio y que resulta del ejercicio educativo y pedagógico de las personas desde muy temprana edad. De este modo tanto niños como niñas, en su desarrollo personal y cognitivo, se encuentran mediados por disposiciones sociales que son inamovibles y terminan moldeando las concepciones éticas y morales de los infantes, sin importar el grado de discriminación y desacierto que este fenómeno pueda presentar.

Las etapas de construcción moral planteadas por Kohlberg terminan siendo una explicación jurídica de la naturaleza humana, esto quiere decir que los seres humanos, no podemos diferenciar entre lo bueno y lo malo desde una perspectiva netamente personal, al contrario de ello, nuestro comportamiento y reflexión moral se encuentran sesgados bajo preceptos de ley, razón por la cual, las decisiones que toman las personas al encontrarse en situaciones límites son orientadas bajo una perspectiva del castigo ante la ley, cuando realmente debería estar guiada por la propia consciencia de las personas, allí radica, el ejercicio real de la construcción moral de los individuos (Gilligan, 1982). De este modo las decisiones que toman las personas en su contexto inmediato, obedecen a una situación de castigo ante la ley, en donde, por ejemplo, las personas no matan porque pueden ir a la cárcel, cuando lo moralmente dado sería que los individuos no maten a otras personas, pues como seres humanos tenemos la capacidad de razonar frente a este tipo de dilemas y decisiones, sin inmiscuir temas relacionados con la ley y el castigo.

Sin duda, las experiencias vividas a lo largo de la vida de Gilligan, van a trazar, no solo una crítica recurrente a Kohlberg y su proceso de construcción moral desde una óptica meramente masculina, sino que además van a profundizar sobre el sentido de la ética y su relación con procesos de cuidado y autocuidado. Una de estas experiencias tiene que ver con las entrevistas a algunas mujeres embarazadas en Estados Unidos, las cuales se estaban planteando la posibilidad de abortar, situación acontecida posterior a 1973 y la declaración de la Corte Suprema de este país para despenalizar el aborto inducido, en el llamado caso Roe vs Wade. En esta vivencia Gilligan es testigo de diferentes comportamientos que son adoptados por las mujeres y por la sociedad en general, ya sea en contra o a favor del aborto; uno de los elementos que más resuena en el proceso analítico de la psicóloga estadounidense, es la idea de egoísmo en la acción de abortar o no, argumento que ha sido aplicado y formulado históricamente en las discusiones relacionadas con la interrupción del embarazo, por un lado, los defensores del aborto llaman egoísta al propio sistema social por señalar y vulnerar el derecho de las mujeres por tomar decisiones referentes a su propio cuerpo y por otro lado los llamados “provida”, quienes señalan el egoísmo de las mujeres al tomar una decisión de terminación de la vida sobre otra persona que se viene gestando. Gilligan evidencia, que en cualquiera de los casos, la mujer era la primera y única afectada, pero

contradictoriamente su opinión personal era la que menos importaba al tomar una decisión de este tipo, por lo tanto, la mayoría de mujeres, independiente de su opinión a favor o en contra del aborto, privilegiaban las decisiones de otras personas sobre su propio pensamiento, llevando a un segundo plano las afectaciones psicológicas y físicas que esta situación puede representar para las propias mujeres. Frente a esta situación Gilligan plantea a las mujeres una pregunta que es imposible responder por ellas mismas: “Si es bueno sentir empatía hacia los otros y responder a sus deseos y preocupaciones, ¿por qué es egoísta responder a ti misma?” (Gilligan, 2013).

De este modo, la ética del cuidado y del auto cuidado que construyen estas mujeres se encuentra sometido a la disposición que tengan otras personas, es decir, la opinión generalizada de la sociedad o más bien el propio *statu o quo*, quien es el que verdaderamente va a determinar este tipo de decisiones; como se ha presentado con anterioridad las opiniones y percepciones de las personas, en su proceso evolutivo y de formación ético-moral, se encuentran orientadas bajo una presión inamovible del sistema social implantado, en donde por ejemplo las mujeres no pueden opinar sobre su propio cuerpo, sino que más bien estas decisiones están sometidas a una “ética de la justicia”, la cual propone que las opiniones individuales o la llamada “ética de la diferencia” (termino totalmente femenino), no pueda superar a las orientaciones y las directrices culturales que trazan la ética y moral tradicional. Por lo tanto, las leyes planteadas en relación al aborto, sobrepasan la propia ética del cuidado de las mujeres, limitando sentires como la compasión y preocupación, personal y por los demás, por disposiciones generales, las cuales siguen formando ética y moralmente a los ciudadanos en el pasado y en la actualidad (Duran, 2015).

En este contexto y retomando la experiencia de Gilligan con referencia a las mujeres y el aborto, puede señalarse, que esta situación llevo a la autora a comprender como se observa la ética del cuidado en este contexto, la cual conserva un enfoque de abnegación femenina, en donde ellas tienen que cuidar, preservar y suplir las necesidades y deseos de todos los individuos y de la propia sociedad que la rodea, negando la posibilidad de verse a ellas mismas primero antes que los demás, allí, como se ha plantado anteriormente, la mujer

es acusada de egoísta y es menospreciada por no desarrollar su “principal función en la vida” de cuidar a los otros.

Sin embargo, plantea Gilligan, la acción de cuidar, en un contexto democrático, es una actividad relacionada con la ética humana, razón por la cual todas las personas sin importar si son hombres mujeres tienen la facultad de construir una ética del cuidado, situación que es negada en el ejercicio propio del patriarcado. De este modo, la influencia negativa del patriarcado en la construcción no solo de juicios éticos y morales, sino además de toda la comprensión de la naturaleza humana, se convierte en un fenómeno que no ocupa solo el espacio de las mujeres por reivindicar su participación en la construcción social de diferentes comunidades, sino que debe posicionarse como un elemento de discusión, condena y transformación por parte de todas las esferas sociales, pues el patriarcado afecta directamente todos los imaginarios y construcciones sociales existentes, esto se presenta porque las principales instituciones que sostienen y reproducen el *statu o quo*, se encuentra permeadas por una cultura patriarcal, discriminatoria y altamente violenta con los principales elementos que tejen la ética del cuidado, priorizando y adoctrinando a los individuos bajo la ética de la justicia (Gilligan, 2013).

3.3 La autonomía en enfermería, el debate entre la ética del cuidado y la ética de la responsabilidad.

Los constructos teóricos y conceptuales desarrollados por Jonás y Gilligan, en cuanto a la ética de la responsabilidad y la ética del cuidado, respectivamente, pueden situarse como elementos problematizadores y constitutivos del enfoque y objeto que guarda el presente trabajo en relación a la autonomía del profesional en enfermería, motivo por el cual, se expondrán a continuación, algunas de las ideas planteadas por estos autores bajo la perspectiva de la autonomía en el ejercicio de la enfermería.

En este sentido, es imperativo resaltar que sea cual sea el enfoque de la ética, responsabilidad o de cuidado, esta describe un ejercicio humano que se relaciona

directamente con la toma de decisiones; ahora bien, el tema a problematizar, son todos los factores que intervienen en esa toma de decisiones, ya sea desde orientaciones y preceptos y aprendizajes exógenos al individuo (ética de la responsabilidad) o endógenos al mismo (ética del cuidado).

De este modo, la construcción de la ética del sujeto debe analizarse desde estos dos elementos, desde lo que se aprende, éticamente hablando, para cumplir una tarea en particular o desde la toma de decisiones a partir de la propia construcción personal y que incide directamente en la forma de vida, no solo del individuo, sino de los contextos que se presentan a su alrededor y los sujetos que allí conviven. Los dos elementos expuestos, desde las diversas aristas donde se miren, guardan una directa relación con el alcance de la acción humana y las consecuencias que estos elementos arrojen, motivo por el cual, se hace imprescindible que la acción ética, particularmente, de los profesionales de la enfermería, sea evaluada continuamente bajo el enfoque de la ética de la responsabilidad y la ética del cuidado, comprendiendo que las dos trazan elementos formadores de la toma de decisiones en situaciones extremas.

Justamente, Jonás y Gilligan, apuntan a que la ética, en la actividad humana, es un factor que debe ser constantemente revaluado, reflexionando principalmente sobre la significancia de las decisiones y comportamientos que toman las personas en el transcurso de su vida personal, familiar, profesional y social y que afectan directamente tanto su entorno como el entorno de los demás individuos. Los dos autores señalan que este tipo de reflexiones se asientan bajo la perspectiva del cuidado individual, colectivo y del entorno, es decir, sobre la acción del hombre entorno a la preservación de su persona, su especie y la propia naturaleza, en ese sentido la toma de decisiones en cada uno de estos espacios, cuenta con un grado de responsabilidad que no pueden situarse en una estructura jerárquica de decisiones, sino que más bien, deben ser orientaciones que acompañen la acción social del individuo en todo momento de su vida y en todos los campos y contextos donde este se desarrolle.

Si bien, las relaciones sociales, guardan en su interior un sin número de disputas y conflictos, el posicionar esto como una constante ha generado que en todas las esferas de la sociedad algunas acciones tales como escuchar, estar presente y activo, responder con una

actitud íntegra y de respeto, entre otras, se hayan olvidado y la ética finalmente se vea limitada a la acción de cumplir algunas tareas en concreto para desarrollar una función. Situación que conlleva a que el mundo y la especie humana, en los ejercicios mínimos de socializaci3n, recaiga en expresiones que niegan la propia naturaleza humana del autocuidado, las expresiones afectivas, el afloramiento de los sentimientos, con lo cual se agencia un daño moral sobre los comportamientos propios de las personas.

Evidentemente, la formaci3n de los individuos, particularmente en los profesionales de la enfermería, tiene la responsabilidad de cuestionar estos elementos anteriormente expuestos, reevaluando su verdadera funci3n social y emitiendo juicios orientadores de los futuros profesionales. Son las instituciones educativas, desde escenarios tales como las escuelas, los encargados de reorientar estas discusiones y comportamientos, brindando las herramientas necesarias para que, los que hoy asisten a una formaci3n intelectual, se vean permeados por una formaci3n personal que les permite tomar decisiones que no se encuentren supeditadas a un castigo por la ley, sino que, puedan situarse bajo una perspectiva de la  tica de la responsabilidad y la  tica del cuidado.

Capítulo 4: Ejercicio autónomo del profesional en enfermería en diferentes Unidades de Cuidados Intensivos frente a la Covid-19 en Colombia.

El presente capítulo expone los conocimientos, experiencias, tensiones, preocupaciones y si se quiere retos que se presentan entorno al desarrollo del ejercicio autónomo del profesional en enfermería en diferentes Unidades de Cuidados Intensivos frente a la Covid-19 en Colombia. Este proceso se encuentra respaldado y justificado mediante el análisis y reflexión de ocho relatos de enfermeros profesionales que desempeñan su labor en diferentes lugares de Colombia, distribuidos de la siguiente forma: una enfermera profesional en la ciudad de Cúcuta, una enfermera profesional en la ciudad de Bucaramanga, una enfermera profesional en la ciudad de Villavicencio, tres enfermeras profesionales en la ciudad de Bogotá, dos enfermeros profesionales en la ciudad de Bogotá y un médico coordinador del servicio de ética de una clínica de la ciudad de Bogotá.

En un primer momento se establecen los conocimientos que se tejen alrededor de la práctica autónoma del profesional en enfermería, en un segundo momento se sitúan las experiencias entorno al ejercicio autónomo durante la Covid-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos, tercero se describen las tensiones o preocupaciones generadas frente a la autonomía y las limitaciones terapéuticas del profesional de enfermería en las UCIs bajo el contexto de la pandemia y finalmente se aborda el ejercicio de la autonomía en los profesionales de enfermería.

Cada uno de los temas presentados serán abordados teniendo en cuenta la información recolectada en las entrevistas realizadas, presentando las voces de los entrevistados, sus posturas y percepciones en referencia a los temas planteados. Posteriormente se presentan análisis o concepciones de autores que han trabajado temas semejantes a los presentados en esta investigación, para finalmente desarrollar una interpretación propia del investigador en la que confluyen tanto los aportes de los entrevistados, como los aportes planteados por los diferentes autores. Este método de presentación, permitirá identificar diferentes vertientes de los temas trazados, brindando a su vez, mayores herramientas técnicas y teóricas para el desarrollo de los objetivos planteados en la propia investigación.

4.1 Compresión del ejercicio autónomo de enfermería

La formación integral de los profesionales en enfermería se constituye como un escenario inacabado, en donde día a día se presentan diferentes retos que deben ser asumidos por los enfermeros en aras de posicionar métodos y formas de trabajo que velen por el cuidado de las personas que son atendidas en los centros hospitalarios. Este camino de formación profesional contempla la prestación de servicios de salud con una óptima calidad, en donde los pacientes en general, puedan recibir, de una forma diestra y consciente la asistencia pertinente para el manejo y atención a sus principales dolencias físicas y psicológicas (Luengo, et al., 2017).

Las Unidades de Cuidados Intensivos son las zonas hospitalarias en donde ingresan pacientes que presentan afectaciones críticas a su salud, las cuales pueden llegar a amenazar la vida de las personas; en estos lugares existe toda una disposición humana y de equipos, los cuales controlan continuamente el estado de los pacientes. Según lo plantean Galarce et al., (2018) la UCI, además de incluir pacientes con extrema gravedad, es un espacio hospitalario cerrado que cuenta con un cupo límite de atención, es decir, que a diferencia de otras unidades de los centros de salud en donde pueden atenderse pacientes sin ningún factor limitante, esta área atiende una cantidad de pacientes que no cuentan con la capacidad física propia para mantenerse estables.

Mencionan los autores que los enfermos que son ingresados en la UCI, son priorizados pues las demás unidades que prestan atención en los hospitales no pueden cumplir con los elementos altamente complejos para el cuidado de la persona, motivo por el cual, no solo las condiciones logísticas deben ser especiales para la atención de los pacientes, sino que además el personal de salud debe contar con capacidades y conocimientos diferentes a las otras unidades o áreas de los centros hospitalarios, lo anterior genera que se constituya un vínculo de comunicación, atención y afecto entre los profesionales en enfermería y los pacientes, evidenciando así que la recuperación de los individuos enfermos no solo depende de la capacidad logística con la que sea atendido en la UCI, sino que además esto deba ser

respaldado por profesionales en enfermería que cuenten con el conocimiento, experiencia y empatía necesarios para acompañar y atender al paciente.

Según las entrevistas realizadas a diferentes enfermeros/as que trabajan en el área de Cuidados Intensivos en las ciudades de Bogotá, Cúcuta y Bucaramanga, ellos asumen la labor del profesional de enfermería en la UCI como: *“el acompañamiento al paciente, la administración de los medicamentos, las curaciones a los pacientes y las valoraciones al paciente en cada turno; el acompañamiento en la ronda con el especialista, con el médico general, con él fisioterapeuta”* (Enfermera Patricia- Hospital privado de la ciudad de Bucaramanga); otra de las entrevistadas menciona: *“básicamente (...) revisión del estado clínico del paciente, la atención integral, la parte emocional, psicosocial, la integración de la familia, digamos que tenemos en la cabeza muchos aspectos y tratar de estar pendiente de darle y brindarle el mejor cuidado del paciente ”*(Enfermera Ana-Hospital público de la ciudad de Bogotá), del mismo modo otro de los profesionales en enfermería respondió:

En este momento la labor primordial del enfermero o de la enfermera en la unidad de cuidados intensivos, es inicialmente, la valoración, el diagnóstico actual del paciente si es posible la reanimación, la adecuación y el acondicionamiento a la monitoria y a la respiración artificial y después ya viene entonces la valoración de acuerdo a los exámenes (...) establecer como un rango de referencia para ver el pronóstico del paciente, si están en buenas, regulares o malas condiciones y qué expectativas tienen uno para el manejo de ese paciente a corto o mediano plazo” (Enfermero Pablo-Hospital público de la ciudad de Bogotá).

Del mismo modo, en otra de las entrevistas se mencionan otros elementos relacionados con la función de los profesionales de enfermería en las UCI.

“(...) cuidados intensivos está encargado inicialmente del cuidado de los pacientes que tienen algún tipo de alteración cardiovascular, respiratoria, neurológica y/o renal, estos pacientes, dado que su condición de salud es crítica

y se encuentra en este momento en la unidad de cuidados intensivos, es un paciente muy vulnerable y se encuentran en un alto riesgo de morir. Entonces el enfermero está encargado de varias cosas: inicialmente el enfermero procura prevenir complicaciones del paciente, promueve desde ese momento acciones educativas en el paciente para que a futuro no se llegue a complicar, aún más y eso es una cosa que de pronto va de la mano de lo que estamos haciendo (...) adecuar o limitar ese esfuerzo terapéutico en la unidad de cuidado intensivo” (Enfermero jefe Jaime-Clínica privada de la ciudad de Bogotá).

Lo anterior se establece mediante la comunicación médico-enfermero/a que constantemente dialogan sobre el estado del paciente: *“se nos pregunta siempre que tenemos que decir sobre el paciente, como está el paciente, como lo vimos, los cambios que ha tenido en las últimas horas, cómo está su parte anímica, ventilatoria, hemodinámica” (Enfermera jefe Patricia- Hospital privado de la ciudad de Bucaramanga).* Motivo por el cual, se puede entender que el cuidado y atención al paciente en las UCI se encuentra respaldado por decisiones colectivas: *“primero le comentamos o hacemos una reunión y un conceso y ahí si se toman las decisiones” (Enfermera Ana-Hospital público de la ciudad de Bogotá).*

Otra de las voces entrevistadas explica también la labor del profesional de enfermería en las UCI:

“Entonces básicamente lo que tenemos que hacer es brindar todo el cuidado del paciente crítico (...), básicamente es la administración de medicamentos, sedación, relajación en el paciente y aparte de eso contribuir a mejorar un poco con el tema del manejo que está indicado al resto de comorbilidades que tiene el paciente (Enfermera Andrea-Hospital público de la ciudad de Bogotá).

Como puede apreciarse los profesionales en enfermería que fueron entrevistados asumen una posición de cuidado y prevención de complicaciones que puedan llegar a presentar los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos; para desarrollar este ejercicio los enfermeros cuentan con un cierto conocimiento que se articula con la labor desarrollada por el médico a cargo, por lo tanto el profesional de enfermería debe contar con

conocimientos en cuidado crítico, como lo afirma el enfermero participante con más de 25 años de experiencia en UCIs: “*se requiere tener conocimientos para la valoración, el abordaje del diagnóstico actual del del paciente, la reanimación, la adecuación, el acondicionamiento a la monitoria y a la respiración artificial*”. (Enfermero Pablo-Hospital público de la ciudad de Bogotá).

La Ley 266 de 1996 titulada: *Del objeto y de los principios de la práctica profesional -en enfermería-*, describe, de una forma explícita, los elementos que deben tenerse en cuenta por los profesionales de enfermería para el cumplimiento de sus funciones, esto involucra el cumplimiento de principios basados en la naturaleza y el propósito de la práctica desarrollada por el enfermero, lo cual entre otras cosas involucra: *Integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad, continuidad y oportunidad*, lo cual si bien no se determina rotunda y únicamente al área de Unidades de Cuidados Intensivos, se manifiesta como una serie de actitudes que deben tenerse en cuenta en todas las áreas donde el profesional de enfermería preste sus servicios, esto quiere decir, el establecimiento de unas máximas con las cuales se desarrollan los procedimientos en todos los escenarios de la entidad hospitalaria por parte del enfermero.

Lo anterior se reafirma en el Artículo 19 y en el Artículo 20 de la misma Ley 266 de 1996, en donde se manifiesta que el cumplimiento de deberes y la calidad en la atención prestada por parte de los enfermeros, en relación a sus pacientes, sea cual sea el área de trabajo, es observada y regulada por organizaciones de carácter nacional e internacional como la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC), la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN), entre otras, que se encargan de plantear los criterios, normas y métodos con los cuales el enfermero debe cumplir su labor asignada, esto implica que el desempeño del profesional en enfermería no se constituye por opiniones subjetivas de los mismos, sino más bien comprende orientaciones objetivas que son trazadas por las instituciones antes nombradas y que finalmente presentan como logro principal, la atención centrada en la persona atendida.

Según lo plantean Sales, et al., (2017) la práctica del profesional en enfermería en las UCIs, se manifiesta por medio del funcionamiento de diferentes subsistemas que permiten controlar las dificultades que puedan llegar a presentar los pacientes críticos y que a su vez fortalece la calidad del servicio prestado; estos cuatro subsistemas son enunciados como:

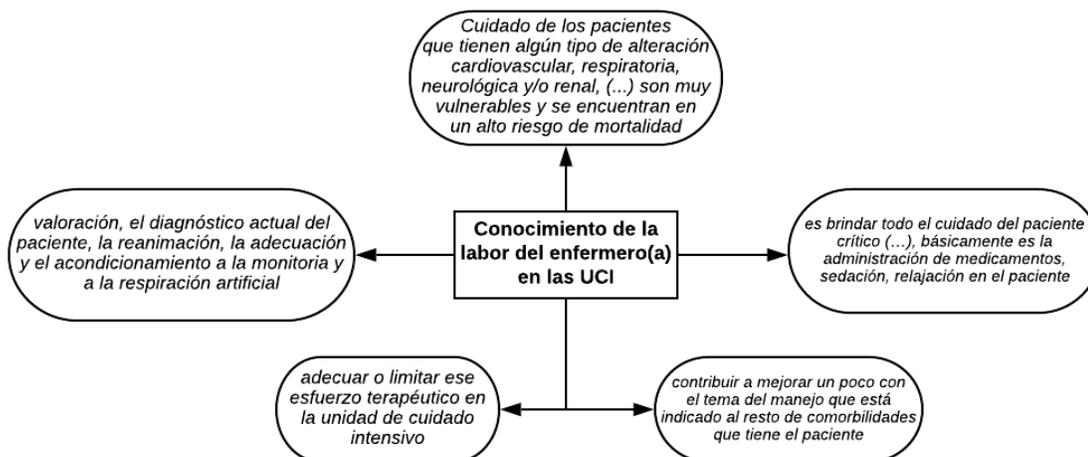
- i. **Sistema de administración**, en el cual se destaca el cumplimiento eficaz de la estructura y los procesos determinados para la toma de decisiones, es decir que existen unos parámetros acordados con anterioridad, que como ya se nombró son planteados por organizaciones de orden nacional que están compuestos por profesionales y expertos, los cuales se presentan como principios rectores en lo referente al procedimiento médico que debe cumplirse según sea el cuadro médico que presenten los pacientes.
- ii. **Sistema de prestación de cuidados ofrecidos**, en este ítem se mide, de forma acordada, los roles y las tareas que deben cumplir cada una de las especialidades que reciben al paciente, en palabras de una enfermera participante en el estudio, esto se entiende como un ejercicio multidisciplinar: *“todo es un grupo multidisciplinario donde la fisioterapeuta está organizando su ventilador, nosotros estamos organizando nuestros accesos venosos” (...)*. Cada una de estas funciones debe ser comprendida e interiorizada por cada uno de los profesionales que prestan la atención sobre el paciente.
- iii. **Valores profesionales**, lo cual involucra la prestación de un servicio clínico en donde se cuide y se preserve tanto la integridad física y psicológica del paciente y de los enfermeros que prestan el servicio de atención; en esta esfera se atiende a las orientaciones presentadas por el código de ética profesional de los enfermeros, tales como: El respeto a la vida, la dignidad, el respeto al credo, sexo, raza, condición socio económica, entre otros.
- iv. **Relacionamiento profesional, remuneración y recompensa**, en donde el trabajo que desarrolla el enfermero es reconocido y recompensado; situación que puede llegar a complejizarse en el caso por ejemplo de pacientes con Covid-19, pues los enfermeros pueden llegar a contraer el virus y arriesgar su propia vida, en este caso la sociedad puede ignorar este sentimiento de recompensa y más bien despreciar

al enfermero por su constante relacionamiento con pacientes Covid, creando un escenario de discriminación que en palabras de una de las enfermeras entrevistadas, se traduce en:

“los que estamos en las unidades no necesitamos que nos digan que somos héroes, yo llevo seis meses en una unidad Covid y no me he contagiado y todo el mundo dice héroes y (...) cuando comenzó esto (manejo de pandemia) nadie nos quería saludar, nadie se nos arrimaba, nos toca salir bañados”. (Enfermera jefe Mariana- Hospital público en la ciudad de Villavicencio).

En términos generales la labor del enfermero en las Unidades de Cuidados Intensivos reúne una variedad de funciones que se desprenden de acuerdos y orientaciones dadas por organizaciones acreditadas al respecto; tanto en las entrevistas desarrolladas, como en las aproximaciones teóricas desarrolladas por los expertos se evidencian elementos como: conocimiento de las tareas asignadas, responsabilidad y atención centrada en la persona, los cuales se expresan y se manifiestan de diferentes maneras por parte de los enfermeros. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que cuando se les interrogo a los profesionales en enfermería si se tenía conocimiento y manejo del Código de Ética de Enfermería, las respuestas fueron vagas y ambiguas, lo que evidencia que se tiene conocimiento sobre unas disposiciones generales sobre el cuidado y la atención de los pacientes, al igual que los deberes y derechos de los enfermeros, pero no se reconoce, a cabalidad, de donde provienen estas orientaciones.

Figura 4: *Labor del enfermero en las UCIs*



Fuente: Elaboración propia (2020)

4.2 Experiencias y conocimientos de los profesionales de enfermería para el ejercicio autónomo durante la Covid-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos:

El desarrollo de las entrevistas realizadas a profesionales del sector de la salud, nos ha permitido realizar, de acuerdo a las respuestas ofrecidas, una clasificación y sistematización de las experiencias vividas en relación al manejo de pacientes Covid-19 en las UCIs, estas experiencias serán presentadas a continuación en diferentes subtítulos o subcategorías, las cuales permiten discriminar y/o agrupar el conocimiento dado por los profesionales de la salud que fueron entrevistados.

4.2.1 Terminación de la vida

La presión constante que representa esta pandemia sobre los profesionales en la salud es inmensurable, bajo esta perspectiva, han tenido que arriesgar su vida y la de sus familias, en razón de prestar un servicio que corresponde a su primera función profesional, a saber, la atención centrada en la persona. En el caso de los profesionales en enfermería que fueron entrevistados, estos afirman que bajo las condiciones que han marcado el tratamiento de pacientes Covid en el desarrollo de sus funciones diarias, han tenido que enfrentar, en primera

línea, la crisis de los pacientes que ingresan a las Unidades: *“los pacientes de Covid son muy críticos entonces casi siempre el desenlace es la terminación de la vida”* (Enfermera jefe Mariana- Hospital público en la ciudad de Villavicencio). Además, señalan el virus como *“este virus ha sido una catástrofe, ha sido lo más tenaz que nos ha podido pasar en nuestra vida”* (Enfermera jefe Mariana- Hospital público en la ciudad de Villavicencio, lo que indica que, al comienzo de la pandemia para los profesionales en enfermería el recibir un paciente contagiado por el virus, era casi asumir un acompañamiento a una muerte lenta.

La labor de cuidado del profesional en enfermería frente al manejo de la crisis hospitalaria provocada por el advenimiento de la pandemia, ha constituido un alivio para muchas familias y pacientes que han tenido que encarar esta enfermedad, ya sea desde un proceso de recuperación, hasta tener que asumir los crecientes casos de fallecimiento. Esto sumando a una experiencia de frustración y desolación, que ha sido desarrollada con altos niveles de coherencia y ética de la responsabilidad, que según Mestre (2008) se sitúa como reflexión ética, en cuanto los individuos tienen la capacidad de cuestionar los actos que desarrollan continuamente y evalúan que tanto puede mejorar sus funciones de acuerdo a un tipo de involucramiento con un fenómeno dado. De este modo los enfermeros, al enfrentarse con los crecientes casos de fallecimientos, han tenido que afrontar constantes problemáticas y discusiones sobre su labor y su relación con los pacientes. Situación que los ha llevado a reflexionar sobre el alcance de su profesión:

“La terminación de la vida es que tanto se les permite como el padecimiento, el sufrimiento y (acordar con el doctor) bueno está bien doctor límitelo, pero por favor que muera tranquilo, algo para que esté tranquilo, para que no se le vea su cara de sufrimiento. Uno los ve sufriendo, uno sufre con ellos, aunque uno trata de no mezclar todos los sentimientos con los pacientes (...) siempre soy una de las que le dice al especialista: durmámoslo bien, que no sienta dolor que se vaya tranquilito” (Enfermera jefe Patricia- Hospital privado de la ciudad de Bucaramanga).

Sin duda alguna las crecientes cifras en los casos de fallecimientos en el contexto de la pandemia, han llevado a las y los enfermeros a constituir un hito en el desarrollo de sus funciones, en el grado de responsabilidad ética que se asume con cada paciente y la formación de un carácter fuerte para asumir el fenómeno, sin que ello presuma una limitación en las buenas y empáticas prácticas de cuidado y respeto por los pacientes y sus familias.

“llego el momento en el que el paciente ya no daba más y hubo tristeza, el paciente falleció en mi turno, hubo tristeza porque era un miembro del equipo de salud y el personal auxiliar lo conocía lo quería mucho y la parte médica también conocía este paciente y pues nos dio mucha tristeza, le cuento que llore, yo recuerdo en este momento en el momento y me da tristeza.” (Enfermero Pablo-Hospital público de la ciudad de Bogotá).

4.2.2 Tratamiento empírico/Serendipia

La evaluación de la enfermedad ha permitido establecer principios basados en las experiencias que se habían aprendido con otros pacientes que lograron recuperarse *“durante toda esta experiencia Covid y esta pandemia las medidas y digamos que las determinaciones que se toman durante el turno o el manejo siempre es el mismo para todos los pacientes”* (Enfermera jefe Lucia-Clínica privada en la ciudad de Cúcuta). Lo anterior muestra que a pesar de que existieran protocolos internacionales frente al manejo de pacientes Covid, la realidad mostro que en la práctica resultaron más asertivos los tratamientos que se realizaban a los propios pacientes recuperados, en un aparente dialogo entre lo que se sabe, el desarrollo de métodos empíricos y la constante revisión a procedimientos que se desarrollaban en otros lugares del mundo.

“(…) es que nos hemos dado cuenta que realmente en modo APR no ha funcionado, por qué no intentamos manejarlos en asistido controlado con volumen y ver cómo evoluciona entonces en este momento por ejemplo el especialista nos dijo no sigámoslo manejado en APR pero igual una forma muy respetuosa no entramos en choque de discusiones ni de nada por la

sugerencia respetuosa que se le hizo” (Enfermera jefe Lucia-Clínica privada en la ciudad de Cúcuta).

“vemos que hubo mejoría entonces como que llega un momento en el que esa sugerencia que se hizo y que no se tomó más adelante teníamos la razón y se tiene en cuenta y mejora, entonces uno como que tiene ese respiro ese alivio de decir ¡hey! bueno teníamos razón” (Enfermera jefe Lucia-Clínica privada en la ciudad de Cúcuta).

En este caso, puede evidenciarse que la autonomía en la labor del enfermero le permite desarrollar prácticas empíricas que en la práctica aportan a la evolución positiva del paciente, este proceso conlleva un alto grado de conocimiento y responsabilidad ética, pues sería inequívoco introducir nuevos tratamientos para el manejo de pacientes, cuando se corre el riesgo de que estos puedan representar una afectación mayor para los individuos que están bajo cuidado.

4.2.3 Trabajo en equipo y buenas prácticas comunicativas

El análisis de las entrevistas desarrolladas a diferentes profesionales de la salud, ha permitido evidenciar la generación de experiencias y prácticas relacionadas con el fortalecimiento del trabajo en equipo de todas las personas involucradas. El advenimiento de pacientes contagiados con el virus, les ha permitido fortalecer parámetros de relacionamiento entre todo el personal de salud que recibe y trata los pacientes Covid:

“Como es nuevo para todos entonces todos sabemos algo un poquito, entonces se ha dado y se ha entablado conversaciones mucho mejores entre enfermería y medicina y lógicamente terapia (...) todo ha sido una unión de experiencias de lo que se ha leído de algo nuevo que nadie sabe que va pasar” (Enfermero jefe Jaime-Clínica privada de la ciudad de Bogotá).

De este modo la comunicación entre el personal de salud se estableció como un principio rector para el manejo de los pacientes Covid-19, lo cual marco pautas en la implementación de un tratamiento sobre otro: *“En la comunicación se ha fortalecido mucho*

la organización o sea porque ahora organizamos el trabajo antes de entrar al trabajo tenemos todo como estructurado” (Enfermera Ana-hospital público en la ciudad de Bogotá); esto nos permite reconocer que uno de los elementos que ha fortalecido el ejercicio de autonomía de los profesionales en enfermería, en relación al tratamiento de pacientes Covid-19, ha sido la recurrente comunicación entre todo el personal de salud, pues al tratarse de un Coronavirus nuevo, los aportes que puedan surgir en cualquiera de las dependencias de los centros hospitalarios, son recibidos de forma positiva.

De este modo, el advenimiento y tratamiento del virus ha reforzado la designación de roles en las prácticas de cuidado y atención al paciente, las cuales han configurado una relación mucho más clara y estrecha entre el personal de enfermería y el personal médico, esto determinado evidentemente por un proceso comunicativo, en donde se respeta la labor y la opinión de cada uno de los actores involucrados, al igual que se entrecruza toda la información posible para ofrecer al paciente las mejores condiciones para su diagnóstico y tratamiento, con lo cual puede definirse que se elevan los índices de autonomía en el desarrollo de las prácticas del enfermero y del propio personal médico, respetando los aportes y límites de cada uno, generando a su vez diagnósticos más completos y construidos a partir del consenso del trabajo en equipo.

“hacer un trabajo en equipo, que cuando un médico va tomar una decisión clínica o un de un tratamiento debe tener en cuenta cuál es la percepción de del personal de enfermería porque como le dije son los que están más continuamente con el paciente y asimismo cuando enfermería considera que se debe hacer un manejo de enfermería debe tener en cuenta las condiciones médicas del paciente”. (Doctor Andrés-Hospital público de la ciudad de Bogotá).

4.2.4 Nuevos lazos de comunicación en la relación pacientes-enfermeros-familiares

El manejo de pacientes Covid-19 ha generado que los profesionales en enfermería, se conviertan en el puente de informe y comunicación entre los pacientes y sus familiares, esta labor que ha sido históricamente dada a la profesión de enfermería ha tomado mayor valor

en relación a las condiciones de tratamiento de este tipo de pacientes, teniendo en cuenta que una vez ingresados a los centros hospitalarios, las personas que padecen el virus no pueden recibir visitas de sus familiares debido al peligro de contagio y propagación de la enfermedad.

En este contexto, sobre los hombros de los profesionales en enfermería ha recaído la responsabilidad de generar lazos de comunicación entre los pacientes y sus familiares. Los enfermeros han tenido que ingeniar nuevas prácticas comunicativas por medio de herramientas tecnológicas; es así como lo expresan los propios enfermeros entrevistados *“realmente lo que estamos haciendo ahorita son videollamadas y si el familiar necesita llamar siete veces a confirmar que su familia está bien, siete veces se responde o sea no se limita”, “después de un tiempo, lo que se hizo fue hacer las videollamadas a la familia, entonces mire a su familiar está ahí y esa es la única forma de comunicación”* (Enfermera Ana-hospital público en la ciudad de Bogotá). Por lo tanto, los enfermeros son la única fuente de comunicación entre lo que se encuentran viviendo los propios pacientes y la incertidumbre generada en los familiares, esta situación ha generado que los profesionales en enfermería cuenten con mayores índices de autonomía. En cuanto lo que se puede y lo que se debe informar a la familia de los pacientes, evitando al máximo las especulaciones y las crisis psicosociales que puedan generar erróneos dictámenes de los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Sin embargo, poco o nada se tiene en cuenta la afectación psicológica y emocional que sufren los enfermeros al ser testigos, como puentes de comunicación, de los lamentos y sentimientos de tristeza reflejados por los pacientes y sus familiares en estas videollamadas:

“lo más difícil en cuanto a ese tema es la limitación del manejo con la familia, como el manejo del duelo con la familia porque no es nada fácil a través de una pantalla dar esas noticias, no es nada fácil hacer una video llamada, tener que mostrar solamente su familiar en cama o a través de una pantalla” (Enfermera Ana-hospital público en la ciudad de Bogotá).

Si bien las Tablet, computadores y celulares se han incorporado como nuevas herramientas para la atención y dialogo entre los pacientes y sus familiares, el enfermero ha

tenido que asumirse como un consuelo para los pacientes críticos que no pueden entablar comunicación directa con otras personas, generando que las experiencias de los profesionales en enfermería puedan resultar traumáticas y complejas de manejar si no se cuenta con un alto grado de autonomía y responsabilidad ética.

4.2.5 Miedo y estigmatización a la labor del enfermero

Finalmente, la última experiencia percibida en el desarrollo de las entrevistas al personal de salud plantea el análisis sobre la generación de miedos y traumas psicosociales a los que están expuestos los enfermeros: *“cuando empezó todo esto era más complejo pues se experimentó miedo debido a que no había experiencia, no se tenían como tal los protocolos estandarizados para el manejo de estos pacientes y todo el mundo tenía miedo a contagiarse por el COVID-19”* (Enfermera Jefe Patricia- Hospital privado de la ciudad de Bucaramanga).

En una entrevista hecha por la Revista de Enfermería del Colegio de Enfermeras de Chile a la docente Erika Caballero, se evidencia que los profesionales en enfermería han tenido que afrontar diferentes adversidades en el manejo de los pacientes diagnosticados con el virus Covid-19, según Caballero, en toda la región Latinoamericana se ha presentado un fenómeno de violencia y discriminación a los trabajadores de salud, en especial a los profesionales en enfermería que tratan pacientes Covid; esta campaña de estigmatización se presenta, según la docente por tres factores fundamentales, la ignorancia, el miedo y la desinformación que circula tanto por las fuentes oficiales, como por las redes sociales. Esta situación ha sido informada a los gobiernos para que tomen medidas de respeto y protección al personal de la salud, brindando a su vez una asistencia psicosocial a los profesionales en enfermería que han visto deteriorada su salud mental (Caballero, 2020).

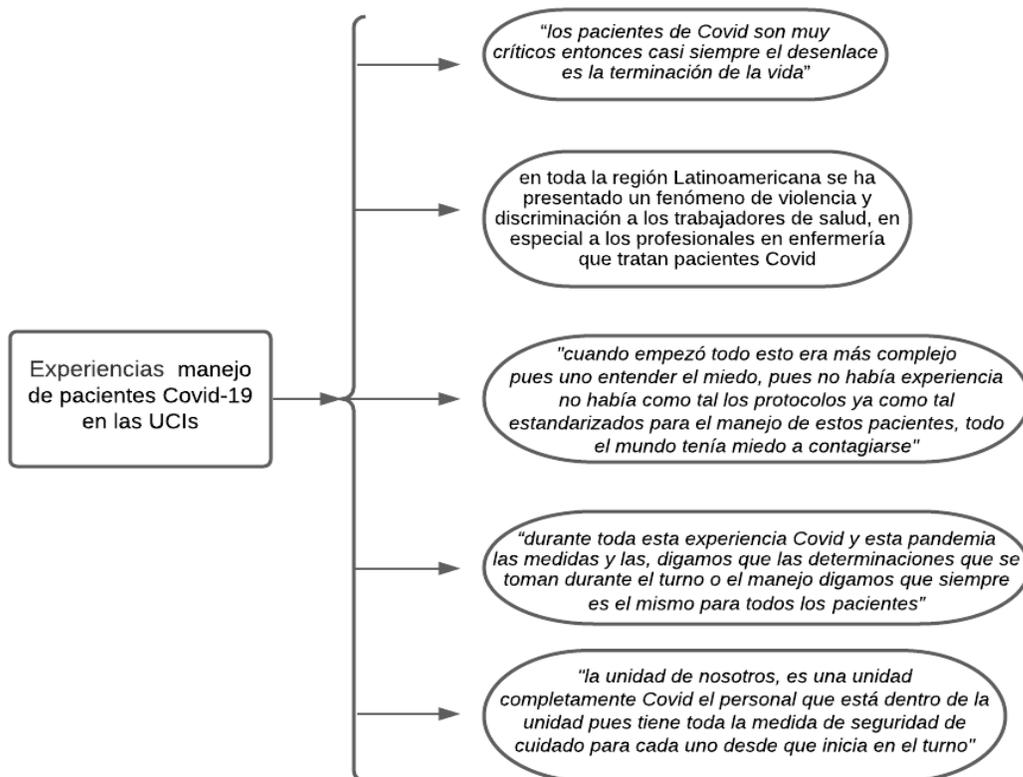
Por su parte Cassiani, et al., (2020) han planteado que el advenimiento de la pandemia provocada por el virus Covid-19 ha dejado al descubierto los débiles sistemas de salud que se presentan en la Región de las Américas, en donde, por ejemplo, los enfermeros han tenido que enfrentar en primera línea situaciones que los desbordan y que ponen en riesgo sus propias vidas. Para los autores, el tratamiento de los pacientes Covid-19 no puede depender

únicamente de conocimientos empíricos y sentimientos altruistas que florezcan en el personal de salud, se insta a que se creen equipos de protección que permitan a los profesionales en enfermería y al personal médico poder afrontar de una mejor manera la crisis sanitaria provocada por el virus.

Pero los autores no solo se quedan allí, también plantean un escenario de formación constante, al igual que condiciones dignas para el desarrollo de las labores sanitarias y de atención a las personas infectadas, del mismo modo orientaciones claras frente a protocolos internacionales los cuales puedan fortalecer el trato de estos pacientes, es decir, que no se deje en manos de cada gobierno y centro hospitalario, sino que se acuda a conocimientos objetivos sobre el manejo de esta pandemia. Todo lo anterior sumado a la propagación de herramientas tecnologías y metodologías multidisciplinarias en donde se establezca, por medio de diferentes ramas del saber y experiencias vividas, procedimientos que resulten ser eficaces para el tratamiento de los pacientes Covid-19.

De este modo, el advenimiento y tratamiento del virus ha reforzado la designación de roles en las prácticas de cuidado y atención al paciente, las cuales han configurado una relación mucho más clara y estrecha entre el personal de enfermería y el personal médico, esto determinado evidentemente por un proceso comunicativo, en donde se respeta la labor y la opinión de cada uno de los actores involucrados, al igual que se entrecruza toda la información posible para ofrecer al paciente las mejores condiciones para su diagnóstico y tratamiento, con lo cual puede definirse que se elevan los índices de autonomía en el desarrollo de las practicas del enfermero y del propio personal médico, respetando los aportes y límites de cada uno, generando a su vez diagnósticos más completos y construidos a partir del consenso del trabajo en equipo.

Figura 5: *Experiencias de enfermeros frente al manejo de pacientes Covid-19 en las UCIs*



Fuente: Elaboración propia (2020)

4.3 Tensiones y preocupaciones generadas frente a la autonomía y las limitaciones terapéuticas del profesional de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos.

El proceso de análisis desarrollado en el presente trabajo, en cuanto a los referentes teóricos y las entrevistas implementadas, nos permiten observar diferentes tensiones y preocupaciones que yacen en el ejercicio autónomo de los profesionales en enfermería, en situaciones de limitación terapéutica en las Unidades de Cuidados Intensivos. Este análisis ha permitido generar algunas categorías que pueden explicar y reflexionar de una mejor manera sobre estas dinámicas, en este sentido, se presenta a continuación dicha caracterización.

4.3.1 Encarnizamiento terapéutico/Distanasia

El desarrollo de las funciones que corresponden a los profesionales en enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos, ha generado con el transcurso del tiempo múltiples tensiones que yacen en la complejidad que ocupa el manejo de pacientes que presentan críticos cuadros de salud y en donde se deben asumir toma de decisiones, implicaciones de esas decisiones, respuesta de los pacientes a los tratamientos implementados y en suma un sinnúmero de factores que pueden llegar a presentarse como problemáticos al no ser tratados de la mejor manera. De este modo, el conocimiento de los enfermeros, apoyado en una ética del cuidado por encima de la ética de la justicia, puede situar una discusión enfermera/o-enfermera/o, enfermera/o-paciente, enfermera/o-medico, en cuanto a los procedimientos que puedan prolongar la agonía de los pacientes, sin que se obtengan resultados que mejoren la calidad de vida o de tratamiento de los propios pacientes.

Los pacientes afectados por el Covid-19 y que han sido ingresados a las UCIs de los centros hospitalarios, pueden llegar a aumentar las cifras en limitaciones de esfuerzo terapéutico, lo que indica un debate y el surgimiento de posibles tensiones al interior de los profesionales de la salud, enfermeras/os, médicos, terapeutas, entre otros, lo cual debe ser atendido y resuelto en el marco de lo que el tiempo representa para las afectaciones provocadas por el virus en las personas, en palabras de los propios profesionales en enfermería:

“hemos tenido ya casos en los que se ha hecho tanto por el paciente que su manejo ya llegó al límite, ya llevo a dosis máxima de vasopresor; son muchos los procedimientos que se le han realizado que la parte hemodinámica no mejora entonces se determina llegar a limitar el esfuerzo terapéutico sin dejar de prestarle la atención requerida básica, es decir, mantenerlo” (Enfermero Pablo-Hospital público de la ciudad de Bogotá).

Cabe mencionar que esta respuesta es dada por un enfermero en un hospital público en Bogotá en donde en palabras del propio profesional *“en la unidad de cuidado intensivo nunca se le suspende el manejo a un paciente” (Enfermero jefe Jaime-Clínica privada de la*

ciudad de Bogotá), lo que permite evidenciar porque en este caso la tensión sobre la toma de decisión de limitación de esfuerzo terapéutico en un paciente en particular se asume como una última instancia, por lo que se asume que cuando se llega a esta posición es porque no hay nada más que pueda funcionar en el paciente.

En otros casos ha surgido el debate sobre la predilección que existe de un paciente Covid-19 sobre otro y en donde se puede llegar a privilegiar una vida sobre otra. En palabras de los propios profesionales en enfermería la tensión se ha presentado de la siguiente manera:

“tuvimos un caso de qué teníamos que escoger en bajar dos pacientes, uno de los dos pacientes a toma de tomografía y nos dijeron escoja uno de los dos, entonces la decisión con mi colega enfermera fue que incluimos que bajamos a los dos porque los dos lo necesita entonces las dos coordinamos y se realizó la toma” (Enfermera Ana-hospital público en la ciudad de Bogotá).

Situación que evidentemente constituye un reto para los profesionales en enfermería y todo el equipo de salud que atiende un evento tan complejo como este y que puede acarrear algunas tensiones que se reflejan en: *“impotencia realmente, es como, por qué tengo que escoger entre uno de los dos, cuando sé que los dos lo necesitan, entonces es como esa impotencia, esa rabia de no poder brindarle la misma atención a los dos en simultáneo” (Enfermera Ana-hospital público en la ciudad de Bogotá).* En este tipo de casos las respuestas que ofrezcan los pacientes son predominantes para determinar está mal llamada predilección de un paciente sobre otro.

Del mismo modo las entrevistas realizadas permiten evidenciar que las tensiones generadas en cuanto a no asumir una posible limitación del esfuerzo terapéutico en las UCIs se dan por el grado de responsabilidad que asumen los profesionales en la salud, pero que muchas veces se manifiesta más en cierto grado de impotencia frente a una respuesta que no llega por parte del paciente, pero que aun así se sigue tratando:

“la mentalidad de un médico intensivista y de nosotros también, de los enfermeros intensivistas, es que a toda costa hay que salvarle la vida a ese paciente (...) entonces es difícil a veces, los médicos no piensan en eso y

nosotros tampoco en que se paciente ya llega a un punto en que no da para más”. (Enfermero jefe Jaime-Clínica privada de la ciudad de Bogotá).

La limitación del esfuerzo terapéutico puede causar diferentes tensiones, que, si bien pueden manejarse de buena manera, en algunos casos su aplicación debe darse por cuestiones que se expresan en la preservación de la dignidad de los pacientes y en las respuestas que generan los tratamientos que sean implementados, por lo tanto, el efectuarlo o no, acude más a esa valoración objetiva de los pacientes, según sea el caso y no a una condición personal y subjetiva del personal de salud.

4.3.2 Coacción jerárquica y la obstinación terapéutica

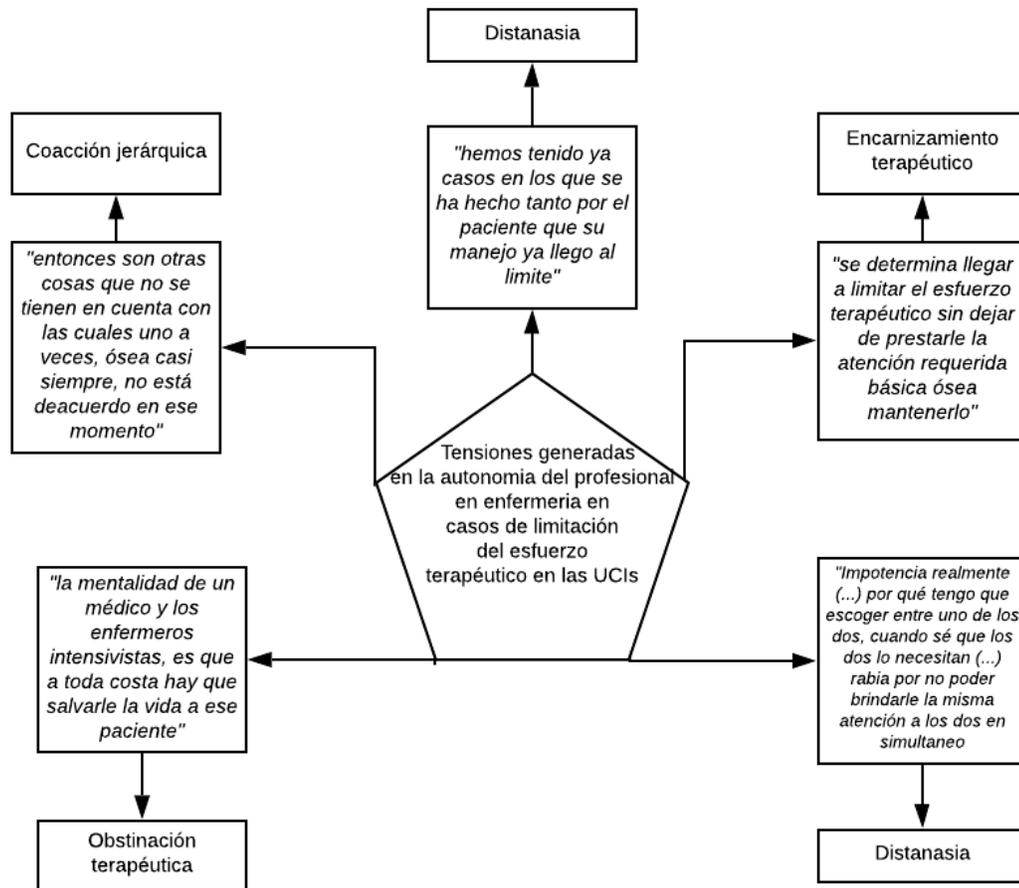
Justamente sobre esta situación Aristizábal (2015), señala que la limitación o no de los esfuerzos terapéuticos en un paciente puede llegar a representar diferentes conflictos y cuestionamientos éticos que deben asumir el personal de salud y las propias familias. Sin embargo estas decisiones, parecen estar sumidas en argumentos e intenciones derivadas de la configuración moral de cada una de las personas que interviene en este proceso, por lo cual se hace más complejo poder llegar a tomar esta determinación, en lo que llama Gherardi (2007, citado por Aristizábal (2015), como la *obstinación terapéutica*, la cual pretende que por todos los medios posibles se pueda salvar la vida de los pacientes, sin tener en cuenta los efectos negativos y las inexistentes respuestas de pacientes que pueden considerarse como terminales. Se hace más cuestionable esta situación en el contexto colombiano, en donde plantea el autor, existen robustas diferencias en cómo se puede llegar a aplicar o no la limitación de esfuerzo terapéutico, pues al no existir una legislación que esclarezca objetivamente las situaciones en las que este proceso deba desarrollarse, cada una de las entidades hospitalarias toma la determinación de acuerdo a los constructos morales y éticos del personal de salud que interviene al paciente, argumento que es respaldado por las propias entrevistas realizadas, en donde se toman este tipo de decisiones de acuerdo a las personalidades que estén a cargo de los pacientes, en palabras de la enfermera:

“yo le dije: “doctor, pero es que como le voy a colocar eso si ya el paciente no (responde), tóquelo, no se le siente (el pulso), es una actividad eléctrica sin pulso” el me respondió: “no es que me tengo que ir, es que no sé qué, eso me atrasa”, entonces son otras cosas que no se tienen en cuenta y lo obligan a uno a hacer cosas con las cuales no está de acuerdo en ese momento”. (Enfermera jefe Mariana- Hospital público en la ciudad de Villavicencio).

Esta tensión se acrecienta con más intensidad si tenemos en cuenta que, como lo plantea Juvé (2013), los enfermeros pueden llegar a profundizar en los principios de sus funciones y la relación de estos con la ética del cuidado, en donde el profesional de enfermería tenga la facultad de afrontar un juicio clínico que permita prevenir, detectar y actuar de manera anticipada a la generación de complicaciones en cada paciente, situación que puede generar un constante debate con las orientaciones y los métodos de tratamiento que aplican cada uno de los médicos, priorizando la ética de la justicia, es decir, siguiendo las orientaciones medicas que son clínicamente aceptadas sin llegar a profundizar en una ética del cuidado que pueda ofrecer otros resultados que no son contemplados por las disposiciones tradicionales.

De este modo el personal de enfermería y el personal médico pueden entrar en una discusión de coacción jerárquica en donde se aprecia poco o nada los procedimientos, que desde la experiencia y la ética el cuidado, pueden llegar a sugerir los enfermeros: *“pero la relación más directa se encuentra entre el personal de enfermería y los pacientes (...) pienso que es un papel muy importante que es subvalorado por los médicos. Hay médicos que no ponen atención a lo que están diciendo las enfermeras” (Médico Andrés-Hospital público de la ciudad de Bogotá).* Por lo tanto, esta tensión puede reflejar otro tipo de inconformidades y problemáticas entre los enfermeros y los médicos, quienes, pueden aprovechar su posición jerárquica para trasladar a un plano de inferioridad los aportes acotados por los profesionales en enfermería.

Figura 6: Tensiones frente a la limitación de esfuerzo terapéutico en las UCIs



Fuente: Elaboración propia (2020)

4.3 Constructos innovadores de la autonomía en los profesionales de enfermería

Los resultados y análisis desarrollados hasta este momento plantean una serie de características y elementos que giran en torno a la autonomía en el ejercicio de la profesión en enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos, teniendo en cuenta factores como la limitación del esfuerzo terapéutico y su incremento en casos por la aparición del Covid-19. El proceso desarrollado hasta el momento, sumado a los aportes encontrados en las entrevistas formuladas a enfermeros de diferentes centros hospitalarios, han arrojado diferentes perspectivas que pueden tenerse en cuenta para identificar como se manifiestan

estos procesos de autonomía en el profesional en enfermería, razón por la cual se presentaron a continuación algunos elementos que permiten al enfermero implementar un proceso de toma de decisiones y autonomía profesional.

4.4.1 Conocimiento

Las respuestas ofrecidas por el grupo de enfermeros entrevistados evidencian que el conocimiento que se tiene sobre los métodos y procesos que se llevan a cabo en las UCIs, se presenta como relevante a la hora de definir procesos de autonomía y toma de decisiones por parte del profesional en enfermería. La información que aporta cada uno de los enfermeros evidencia hacia el resto de colegas, personal médico y otras especialidades, el dominio sobre las cosas que se están haciendo, proceso que asume una cierta libertad y confianza en las funciones desarrolladas por los profesionales en enfermería. En palabras de los entrevistados, se evidencia la importancia del conocimiento para el ejercicio autónomo y la toma de decisiones: *“yo pienso que el conocimiento teórico le da mucha fortaleza al profesional de enfermería, unido con las actitudes, con el carácter y con la forma de ser del profesional, para hacer que su grupo de enfermería, sus auxiliares de enfermería realmente nos respeten y realmente lo vean a uno como una persona que tiene conocimiento y que en determinados momentos puede tomar decisiones que van a ayudar a todo un grupo a salir adelante”*. (Enfermero Pablo-Hospital público de la ciudad de Bogotá).

De este modo, puede evidenciarse que la toma de decisiones y la autonomía de los profesionales en enfermería, radican crucialmente en los conocimientos que ofrecen los profesionales y que pueden llegar a ser útiles para el tratamiento de pacientes críticos; tal cual como se mencionó anteriormente, la crisis hospitalaria generada por el crecimiento de casos Covid-19, abre la puerta para que todas las especialidades que atienden a los pacientes, aporten desde su conocimiento los elementos necesarios para tratar adecuadamente la crisis generada por el virus.

Como bien lo plantea Weston (2009, citado por Hine, et al., 2018), la autonomía clínica en el ejercicio del profesional de enfermería se mide por el conocimiento y las destrezas con las que cuenta el enfermero para ofrecer una atención centrada en la persona, con elementos interdependientes que pueden llegar a significar resultados de recuperación

mucho más eficaces. Para el autor, los profesionales en enfermería deben reconocer el conocimiento como un proceso inacabado, el cual evidencia un claro inicio en su formación universitaria y que se complementa con la información aprendida durante el propio ejercicio profesional. Estos pueden ser, diálogos, debates, dudas, cuestionamientos, aprendizajes y charlas que se tejen con otros profesionales en el momento en el que se atienden los propios pacientes, por lo tanto, la información que recibe diariamente el enfermero por parte de sus pares y personal médico debe ser condensada, interiorizada y compartida para la construcción de procesos de autonomía profesional.

4.4.2 Experiencia

Del mismo modo, las entrevistas desarrolladas a los profesionales en enfermería, arrojaron a la experiencia laboral como un elemento que permite la construcción de procesos basados en la autonomía profesional; la acumulación de años laborados, en donde diariamente se reciben y procesan conocimientos de todo tipo, pueden llegar a significar una cualificación significativa de cada profesional en enfermería con respecto a la toma de decisiones, de esta forma lo sustentan las entrevistas realizadas *“sí, creo que la experiencia también te ayuda a ser más seguro cuando tú sales tal vez eso depende de cada persona, pero cuando tú ya tienes más experiencia vas conociendo cómo manejar mejor ciertas situaciones. La experiencia ayuda a decidir y a qué hacer, de manejar técnicas de hacer las cosas mucho más rápidas, también en el tema de agilidad y pues como de priorizar”* (Enfermera Andrea-Hospital público de la ciudad de Bogotá), por lo tanto, las respuestas ofrecidas por los enfermeros muestran que ellos mismo perciben la directa relación existente entre la experiencia laboral y la facilidad de tomar decisiones, lo que posteriormente promueve la generación de autonomía profesional.

Bajo esta misma perspectiva, los enfermeros entrevistados y que poseen una mayor experiencia ratifican que existen dificultades, en los profesionales con poco bagaje laboral, frente a la toma de decisiones: *“lo que pasa es que, a los profesionales nuevos, ellos son muy o yo no sé si son muy metódicos a como al hecho de cumplir órdenes de no tomar decisiones”* (Enfermera jefe Mariana- Hospital público en la ciudad de Villavicencio), esta dificultad

radica, según lo afirman los propios enfermeros, en la inseguridad que demuestra un profesional recién egresado frente a la toma de decisiones, característica que va evolucionando con la ganancia de experiencia laboral. En esta misma dirección los mismos enfermeros jóvenes entrevistados sienten que su participación y autonomía en el cuidado y tratamiento de pacientes es limitada en las primeras experiencias laborales:

“digamos yo antes me reservaba como muchas cosas cuando empecé en esto, me quedaba callado en sugerir porque a me daba miedo. Entonces tuve que fortalecer mis conocimientos y me permitió darme a conocer en mi unidad y ser tenido en cuenta. (Enfermera Ana-Hospital público de la ciudad de Bogotá).

Justamente sobre este tema Triviño & Barria (2016) plantea que altos grados de autonomía en el profesional de enfermería se encuentran mediados por la *antigüedad laboral con que se cuente*, esta premisa radica, en la relación existente entre el crecimiento personal y profesional, en donde el primero traza la forma como se adoptan los conocimientos del segundo, es decir, en cuanto más maduro es el enfermero, en el ámbito personal, mayores serán los elementos con los que se cuenten para tomar decisiones que fortalezcan su propio escenario laboral.

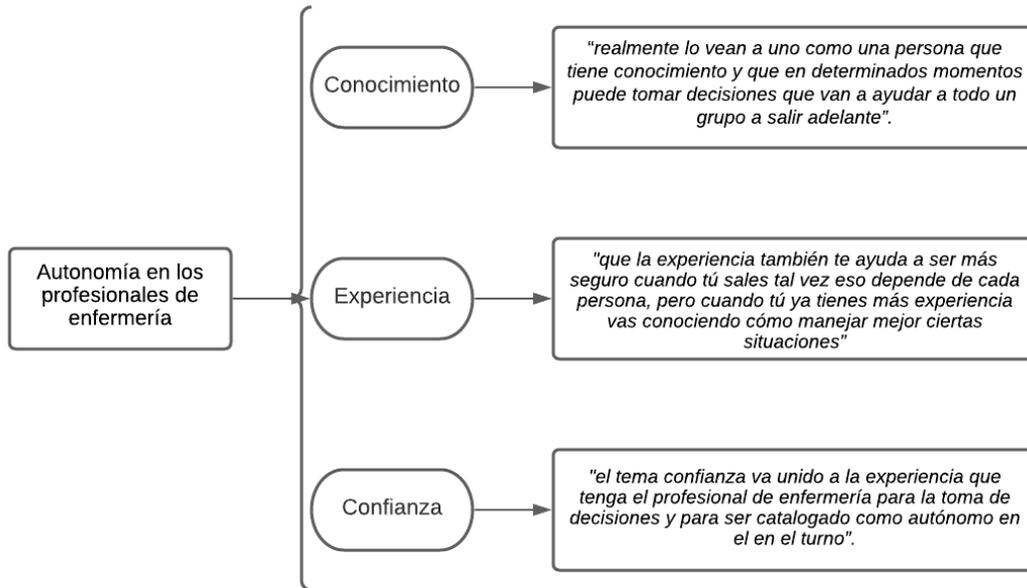
4.4.3 Confianza

Finalmente, el análisis cualitativo de los códigos -categorías- que se pueden observar en las entrevistas desarrolladas, arrojan la confianza como un elemento que permite la generación de procesos de autonomía en el ejercicio de la profesión en enfermería, esta se ubica en dos sentidos principalmente, la confianza enfermero-paciente y la confianza enfermero-medico: *“al principio no creía que el trabajo fuera tan chévere, ya uno reconoce que el trabajo es como en armonía porque voy a estar tranquila de que lo vamos a hacer entonces digamos que los médicos ya nos dieron esa confianza” (Enfermera Ana-Hospital público de la ciudad de Bogotá)*, lo cual indica que tanto el conocimiento, como la experiencia, nombrados anteriormente, permiten recrear un cierto grado de confianza entre los enfermeros y los médicos, razón que posibilita y faculta la toma de decisiones por parte

del profesional en enfermería: “*entonces estoy cien por ciento de acuerdo en que el tema confianza va unido a la experiencia que tenga el profesional de enfermería para la toma de decisiones y para ser catalogado como autónomo en el en el turno*” (Enfermera jefe Mariana- Hospital público en la ciudad de Villavicencio).

Sobre este tema López, et al., (2013) plantean que la falta de confianza de los pacientes al personal de salud, se presenta como constante, pues la sociedad en general asume que, tantos los médicos como los enfermeros cumplen responsabilidades que suplen sus propios intereses personales, más no los intereses y preocupaciones de los pacientes, lo que aumenta la desconfianza de personas del común en relación a tratamientos científicos y médicos que pueden llegar a ser implementados. Tal es el caso reportado por el diario *EL TIEMPO* del 20 de octubre del presente año, titulado “*Científicos alertan sobre desconfianza hacia vacuna contra covid-19*”, en donde se evidencia que existe una recurrente desconfianza de la población en general para recibir esta vacuna o por lo menos para ser parte de las pruebas que puedan certificar la eficacia o no de la vacuna; en el caso colombiano, población de ciudades como Cali y Neiva, han manifestado esta negativa para participar en dichas pruebas, básicamente por miedos infundidos en la procedencia de la vacuna y porque se cree que la aplicación de dicho tratamiento, obedece, tal y como lo plantea el autor, a intereses particulares, en este caso intereses económicos.

Figura 7: Aspectos relacionados con la autonomía en los profesionales de enfermería



Fuente: Elaboración propia (2020)

5. Consideraciones finales

Tal y como se ha venido planteando en este trabajo investigativo, la construcción de un escenario que resalte los procesos de autonomía en el desarrollo práctico profesional de los enfermeros y enfermeras en Colombia en el marco del Covid-19, presenta un sinnúmero de consideraciones, tensiones y fenómenos que se encuentran en una constante reflexión, interacción y debate, más aún cuando, los contextos pandémicos actuales necesitan que todo el personal de salud pueda desarrollar actividades autónomas desde sus propios conocimientos y prácticas que son necesarias para ofrecer los cuidados y procedimientos adecuados a los pacientes. Justamente, como lo ha planteado Guerrero y Cid (2015), la autonomía y las acciones que se orienten al liderazgo de los profesionales en enfermería, han sido cuestionados por diferentes tradiciones hegemónicas en los sistemas de salud, empero de ello, esto no es excusa para adentrarnos en un debate que ofrezca una perspectiva mayor y respetable sobre la autonomía en la profesión del cuidado humano.

En este sentido, este proceso investigativo, ha permitido evidenciar que los procesos de autonomía y bioética en el escenario en el que laboran los profesionales de la enfermería que participaron en la presente investigación, se encuentran en un constante debate y construcción, resaltando nuevas perspectivas en relación con el cuidado y autocuidado de los pacientes y los propios profesionales. Estos debates pueden centrarse en múltiples lugares, sin embargo, es incuestionable que uno de los primeros lugares que corresponde esta interacción de ideas sobre el oficio autónomo de la profesión corresponden a los espacios de formación del personal en enfermería, tales como los propios centros universitarios. Comprendiendo que tal y como lo menciona Cantos (2009), la profesión en enfermería se encuentra sometida a múltiples debates que yacen en diferentes adelantos bioéticos de asistencia hospitalaria, los cuales anticipan una transformación en la formación de la calidad humana, científica, técnica y ética de los enfermeros, teniendo en cuenta la importancia que significa para el paciente, que los profesionales cuenten con estos elementos en los procesos de recuperación de la población que se encuentra bajo su cuidado.

Los estudios sobre autonomía profesional en diferentes campos del saber, ofrecen una perspectiva que se entiende a partir de las condiciones sociales que se tejen en un determinado contexto, razón por la cual la autonomía no puede comprenderse como una condición dada y estática, sino que más bien se construye a partir de las condiciones que la posibilitan y se encuentra en una constante revisión y caracterización en cuanto a los elementos que se tejan en su aplicación.

En este sentido los diferentes estudios que apuntan a determinar los niveles, alcances, cumplimiento y problemáticas de la autonomía profesional, encuentran puntos similares de análisis en donde se debate acerca de la importancia de cuestionar los contenidos de los programas curriculares que forman a los distintos profesionales y en donde se introduce bastante teoría y práctica aplicativa a la ciencia de estudio, pero se apartan discusiones que yacen en el propio ethos de la profesión, esto es, los elementos que conforman la ética y moral de los distintos profesionales en un escenario laboral-practico, el descuidar o anular estos elementos marca el inicio de diferentes problemáticas que corresponden a la toma inadecuada de decisiones y a las dificultades en el cumplimiento de la responsabilidad profesional como tal.

El tema de la autonomía en los profesionales de enfermería solo puede ubicarse, detallarse y explicarse por medio de las voces de los mismos profesionales, por ende la formulación de procesos en donde se destaque la autonomía corresponde evidentemente a lo que cada uno de los enfermeros pueda ofrecer desde su propia experiencia, desde su propio conocimiento y desde sus propios saberes, razón por la cual, robustecer la autonomía en la práctica profesional solo puede darse en la constante problematización del mismo ejercicio, hacerlo de otra forma o instaurarlo por otros profesionales, se presentaría como una problemática frente a lo que se desea obtener, es decir, no se puede plantear un método para la adquisición de procesos de autonomía en un profesional de enfermería, sino se tiene en cuenta su propia percepción del asunto.

En un ejercicio práctico, la enfermería se presenta en sí misma, como una profesión que se nutre y ofrece buenos resultados de acuerdo a la toma eficaz y ágil de diferentes tipos

de decisiones por parte de los profesionales. El manejo constante de pacientes con diferentes afectaciones, hace que el profesional de enfermería tenga que estar dispuesto, siguiendo orientaciones y aprendizajes a priori de las situaciones, a ofrecer las mejores alternativas posibles al paciente para que este logre recuperar su bienestar en términos físicos y emocionales, motivo por el cual, los profesionales en enfermería están llamados a reflexionar y hacer consientes sus incertidumbres y complicaciones existentes frente a la aplicación de la autonomía.

En este sentido, el ejercicio autónomo de enfermería es comprendido, a partir de los referentes teóricos consultados y las voces de los propios profesionales, como la libertad que tienen los enfermeros/as para desarrollar diferentes actividades que se enfocan en el diagnóstico, cuidado y tratamiento de los pacientes, comprendiendo el alcance de sus funciones y la posibilidad de que estas se complementen con la actividad de los demás profesionales de la salud que atienden y velan por la salud de los enfermos. Estas actividades deben ser desarrolladas y motivadas por los propios profesionales en enfermería, es decir, ellos mismos deben superar las dinámicas impositivas de su profesión y desarrollar un proceso de empoderamiento de sus funciones, teniendo la seguridad que sus acciones siempre estarán dirigidas, bajo conocimientos, experiencias y procedimientos, al cuidado de las personas que se encuentran a su cargo.

Es imperativo que la autonomía de los profesionales de enfermería, se observe desde una visión crítica constante, en donde se reevalúe su práctica y se enfoquen las actividades desarrolladas bajo cánones marcados por la honestidad, la empatía, el respeto, la escucha, el acompañamiento, la observación constante, el cuidado y el autocuidado. Tal y como lo menciona Cantos (2009), los escenarios formativos son los que van determinar en el futuro profesional en enfermería su propia condición ética para comprometerse con el cuidado de la vida y la integridad de los pacientes que, durante su práctica profesional, va tener bajo su observación, protegiendo, ante todo, los derechos de las pacientes y su integridad física y mental.

Existe una crucial relación entre la autonomía profesional y la ética de la responsabilidad, en donde se entiende que el/la profesional debe participar activamente en la toma de decisiones que lo afectan a él y a su propio entorno, en este sentido la perspectiva tradicional, en donde las acciones del sujeto se encuentran determinadas por reflexiones y toma de consciencia que resultan al enfrentarse a una situación. De este modo el profesional de enfermería, al aplicar la autonomía y la ética de la responsabilidad, debe tener en cuenta los efectos y consecuencias de sus actos en el trato con los pacientes, antes de hacerlo y basado, principalmente, en una acción reflexiva que evalúa las afectaciones de sus actos sobre las personas y su propio entorno.

A su vez, los estudios basados en la ética del cuidado, evidencian este elemento como un agente problematizador de las formas como son entendidas las relaciones entre las personas y su valioso aporte para el esclarecimiento de los elementos a tener en cuenta frente a la autonomía en los profesionales de enfermería. La ética del cuidado cuestiona el carácter machista que se había tejido alrededor de la misma, en donde existía un rechazo a la demostración de sentimientos que involucraran el amor por sí mismo y por las otras personas.

En este sentido, la ética del cuidado, nutre de múltiples maneras, el ejercicio de los profesionales en enfermería, pues destaca, entre otras cosas, la aplicación de actitudes amistosas y respetuosas sobre la prestación de la atención, la importancia de cada uno de los casos o pacientes que son atendidos, la demostración de un sentimiento o interés genuino por las condiciones en las que se encuentra y se desarrollan los pacientes y la puesta en marcha de los servicios, recursos, materiales y procedimientos necesarios para la atención técnica, procedimental y humana de las personas que se tienen bajo el cuidado (Cantos, 2009).

En perspectiva de los argumentos antes planteados, la ética del autocuidado nos invita a establecer una superación de la explicación jurídica de la naturaleza humana, en donde las acciones y sus consecuencias estaban supeditadas a las reglamentaciones impartidas a partir de la justicia o la ley.

En este sentido algunos elementos que hacen parte de estos ejercicios de reflexión sobre la autonomía son, y de acuerdo a las premisas expuestas por los propios profesionales en las entrevistas aplicadas, la experiencia y el conocimiento, las cuales se presentan como características cruciales para el desarrollo de la autonomía en los profesionales en enfermería: *“si involucramos el conocimiento que nosotros adquirimos como enfermeros hace veinte, veinticinco años, y lo condensamos con lo nuevo que está saliendo, sería el punto máximo del desarrollo del enfermero ahí si creceríamos totalmente independientes”* (Enfermero Pablo-Hospital público de la ciudad de Bogotá), por lo tanto, es casi una premisa que se encuentra en todas las entrevistas realizadas y en los análisis desarrollados por los diferentes autores, en donde se plantea que el fortalecimiento de la relación conocimiento-experiencia puede facilitar la aprehensión de actitudes relacionadas con la autonomía profesional: *“yo creo que la experiencia y el estar constantemente estudiando, retroalimentando, capacitándome, eso es algo que le da uno mucha seguridad”* (Enfermera Jefe Patricia-Hospital privado de la ciudad de Bucaramanga).

Por otro lado, se puede evidenciar que las coyunturas o crisis en el sistema hospitalario, que se manifiestan por el aumento en el número de personas que necesitan cuidado en salud, caso Covid-19, evidencian procesos en donde, por ejemplo, los profesionales en enfermería se encuentran sometidos a una presión constante y por ende sus conocimientos y experiencias son tomados en cuenta con mayor preponderancia: *“yo creo que nos han tenido más en cuenta a los enfermeros en esta época (pandemia) y creo que no es por decir algo malo, pero creo que tenía que pasar algo así para que se dieran cuenta que enfermería es muy importante también”* (Enfermero jefe Jaime-Clínica privada de la ciudad de Bogotá); este fenómeno se manifiesta en la forma, como por ejemplo, bajo la pandemia, se ha unido el conocimiento de los enfermeros recién egresados y la experiencia de los enfermeros con más años en el ejercicio laboral.

De este modo, siguiendo los elementos planteados por los profesionales en enfermería que participaron en la presente investigación, se puede plantear que el fortalecimiento de la autonomía profesional debe centrarse en el desarrollo de la experiencia, el conocimiento y la confianza, elementos que son vitales para que el profesional de enfermería pueda desplegar

de una mejor manera las responsabilidades y funciones que se le demanden. La y los profesionales participantes plantean que, si bien existen escenarios y dinámicas en donde se puede evidenciar el desarrollo de prácticas relacionadas con la autonomía, los mismos profesionales se convierten en una barrera para alcanzar estos progresos, pues, en algunos casos, limitan sus funciones, por miedos, inexperiencias o incluso por el poco interés a participar activamente en la atención de los pacientes.

En este mismo sentido, los fenómenos que ponen en riesgo la salud de un gran porcentaje de población, tales como el advenimiento de la pandemia Covid-19, pueden representar escenarios en donde los profesionales en enfermería despliegan y fortalezcan su autonomía profesional, pues estos casos, generan en ellos retos y presiones que deben solucionarse de la mejor manera posible, por lo tanto, son escenarios ideales para que el profesional en enfermería pueda constituir nuevas prácticas que lo acerquen a fortalecer su labor autónoma en el escenario de la atención y cuidado de los pacientes.

En este sentido, los profesionales de enfermería plantean que si existen dinámicas laborales en donde se pueden evidenciar procesos y comportamientos que involucran la autonomía, sin embargo, es necesario tener en cuenta que no todos los profesionales en enfermería aprovechan y reconocen estos escenarios, precisamente por múltiples factores que se han expuesto en la presente investigación. Empero de ello, el estudio y las investigaciones sobre la autonomía en los profesionales de enfermería se encuentra en un momento vital para su cuestionamiento y robustecimiento, pues cada día puede evidenciarse que el nivel de profesionalismo que gana este gremio, avanza a pasos agigantados, lo cual se presenta no solo por la coyuntura provocada por el Covid-19, sino además porque estos profesionales han reflexionado sobre la esencia y la importancia de su labor en procesos complejos de tratamiento de pacientes, razón por la cual la presente investigación se presenta como un valioso aporte al avance de este tipo de procesos.

Finalmente, es necesario nombrar la preocupación existente en la falta de parámetros en Colombia, que rijan la labor del enfermero en escenarios como la limitación del esfuerzo terapéutico y la misma autonomía. Como puede apreciarse en el transcurso de los resultados, la coordinación entre los profesionales de enfermería y las entidades que regulan su labor es vital para el cumplimiento eficaz de sus funciones mediante orientaciones objetivas que

cuiden tanto la dignidad del paciente como el grado de profesionalismo de trabajadores de la salud, en este caso, los enfermeros.

Referencias bibliográficas

- AFP. (2020). Científicos alertan sobre desconfianza hacia vacuna contra covid-19. 20/11/2020, de EL TIEMPO Sitio web: <https://www.eltiempo.com/vida/ciencia/coronavirus-cientificos-alertan-sobre-desconfianza-de-la-poblacion-hacia-vacuna-544300>
- Aguilar, C. Martínez, C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medigraphic*, Vol. 31, pp. 171-173.
- Álvarez Y. (2015). Enfermería en América Latina: una mirada al horizonte. *Avances en Enfermería*, [S.l.], v. 33, n. 2, p. 295-305. ISSN 2346-0261. Disponible en: <<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37032/54805>>. Fecha de acceso: 14 jun. 2020 doi:<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.37032>.
- Álvarez, M. et al. (2004). *Guía de Práctica Clínica CUIDADOS CRÍTICOS DE ENFERMERÍA*. España: Hospital Txagorritxu.
- Amariles, P., Granados, J., Ceballos, M., & Montoya, C. (2020). COVID-19 in Colombia endpoints. Are we different, like Europe? *Universidad de Antioquía*. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.03.013>
- Aristizábal, L. (2015). Limitar los esfuerzos terapéuticos (LET) en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Criterios éticos y procesos de toma de decisiones. *Revista Colombiana de Bioética*, Vol. 10, pp. 7-38.
- Aspiazu, E. (2016). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Revistas Científicas argentinas*, Vol. 28, pp. 5- 20.
- Baltar, F. Gorjup, M. (2012). Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, Vol. 8, pp. 123-149.
- Bautista, G. (2015). Conocimiento e importancia en los estudiantes de Enfermería sobre el consentimiento informado en actos del cuidado de enfermería. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 17(2), 67-84. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie17-2.ciee>
- Basso, L. (2012). Enfermería y la resolución de los dilemas éticos. *Investigación y Educación en Enfermería*, Vol. 30, pp. 260-268.

- Bautista, L. Vejar, L. Pabón, M. Moreno, J. Fuentes, L. León, K, Bonilla, J. (2016). Resolver problemas y tomar decisiones, esencia de práctica reflexiva en enfermería. *Revista Cuidarte*, Vol. 7, pp. 1195-1203.
- Bernal, S. (2002). Ética de la responsabilidad moral del ser humano. Un fundamento evolucionista de la naturaleza humana y su correlación con los Derechos Humanos. *Revista de Derecho*, Vol. 18, pp. 26-57.
- Borré-Ortiz YM, Lenis-Victoria C, Suárez-Villa M, Tafur-Castillo J. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. *Rev Cienc Salud*. 2015;13(3):481-491. doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.12](https://doi.org/10.12804/revsalud13.03.2015.12)
- Canova, C. Salvador, S. (2020). Proceso Enfermero en la infección por COVID-19: y entonces, ¿Cómo procedemos? 12/06/2020, de UCES Sitio web: https://www.researchgate.net/publication/340006919_Proceso_Enfermero_en_la_infeccion_por_COVID-19_y_entonces_Como_procedemos
- Cantos, M. (2008). *Enfermería y Bioética*. Ecuador: Copyrighth Sociedad Ecuatoriana de Bioética.
- Cassiani, S. Munar, E. Umpiérrez, A. Peduzzi M, Leija, C. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Revista Panamericana Salud Publica*. 2020;44:e64. doi: <https://doi.org/26633/RPSP.2020.64>
- Colegio de Enfermeras de Chile. (2020). Las Enfermeras en la Pandemia COVID-19. *Revista Enfermería*, Vol.154, pp. 1-50.
- Comisión Interinstitucional de enfermería. (2015). Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. *Comisión Interinstitucional de Enfermería*, Vol. 1., pp. 6-28.
- Congreso de la Republica. (1996). LEY 266 DE 1996. 19/11/2020, de Ministerio de Salud Sitio web: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-266-de-1996.pdf>
- De Siqueira, J. (2009). El principio Responsabilidad de Hans Jonas. *Revista Bioethikos*, Vol. 3, pp. 171-193.

- Del socorro, C. Pichardo, L. (2015). Elementos éticos del cuidado en enfermería como medio para lograr prácticas de excelencia. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, Vol. 20, pp. 284-293.
- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. S. (1998). *The landscape of qualitative research*. New Delhi: Sage Publications.
- Durán, N. (2015). La ética del cuidado: una voz diferente. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, Vol. 2, pp. 12-21.
- Febré, N. Moncada, K. Méndez, P. Badilla, V. Soto, P. Ivanovic, P. Reynaldos, K. Canales, M.. (2018). Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Revista Médica Clínica Las Condes*, Vol. 29, pp. 278-287.
- Fernández, S. Ruydiaz, K. (2016). Notas de enfermería: una mirada a su calidad. *Salud Minorte*, Vol.32, pp. 337-345.
- Figueroa, J. (2012). El ser humano: sujeto moral de la ética ecológica. *Interciencia*, vol. 37, núm. 1, pp. 75-80.
- Flaquer, L. (2013). Los trabajos de cuidado: de una obligación tradicional a un derecho social. En *La ética del cuidado* (pp.72-85). Barcelona: Fundación Víctor Grífols iLucas.
- Francisconi, C. F. (2007). *Eutanasia: una reflexión desde la mirada Bioética*. *Revista Latinoamericana de Bioética*.
- Freire, L. (2013). Papel del personal de enfermería en situaciones de desastre. 18/08/2020, de Universidad de Oviedo Sitio web: http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17315/6/TFM_Lidia%20Freire.pdf
- Gamboa G. (2020) Importancia e implicaciones de un juramento en tiempos de pandemia. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.1.1>, pp 5-13.
- García, L. (2015). La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta Bioética*, Vol. 21, pp. 311-317.
- García, L. M., Pellicer, B. y Arrazola, O. (2016). La ética del cuidado, sustento de la bioética enfermera. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16(1), 72-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.18359/r/bi.1442>
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Barcelona: Fundación Víctor Grífols iLucas.
- Gilligan, C. (1982). *Uma Voz Diferente*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

- González Jaramillo, V., *et al.* (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on the Colombian population according to mitigation measure. Preliminary data from epidemiological models for the period March 18 to April 18, 2020. *Revista de Salud Pública*, 22(1). ISSN 0124-0064. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v22.85789>
- Guerrero-Núñez S, Cid-Henríquez P. (2015) Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan.*;15(1):129-140. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.12
- Gutiérrez O, Torres C, Lobo N. (2018) Factores relacionados con la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Colombia. *Rev Cuidarte*; 9(1): 2007-16. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.480>
- Hine-Sanabria, A., Mendoza-Monsalve, A., Rojas, L.Z., & Roa-Díaz, Z.M. (2018). Conocimiento e investigación sobre la autonomía profesional en enfermería. Revisión narrativa. *Enfermería universitaria*, 15(2), 212-221.
- Hurtado, M. (2016). La eutanasia en Colombia desde una perspectiva bioética. *Revista Médica de Risaralda*, 49-51.
- Jonás, H. (1995). *El principio de la responsabilidad*. Barcelona: Herder.
- Juvé, M. (2013). El cuidado enfermero: cuatro imágenes de la ética del cuidado. En *La ética del cuidado* (pp. 97-103). Barcelona: Fundación Víctor Grífols iLucas..
- Kisorio, L. C., & Langley, G. C. (2016). Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33, 30–38. doi:10.1016/j.iccn.2015.11.002
- Lagoueyte, M. (2015). El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, Vol. 47, pp. 209-213.
- López, C. & Holguín, J. (2013). Autonomía, confianza y ética médica en la obra de Onora O'Neill. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 42, pp. 120-135.
- Luengo, C. Paravic, T. Burgos, M. (2017). Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*, Vol. 14, pp.131.142.
- Malm, L. (1989). *Enfermería en desastres*. Utah: University of Utah.
- Martin, F. Gómez, E. Morlans, M. (2020). Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación Delaware recursos y decisiones clínicas en la pandemia de la COVID-19. *Revista Española de Medicina Legal*, Vol. 46, pp. 119_126.

- Martín González, J. C., & Sánchez Palacios, M. (2010). Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento. *Enfermería Intensiva*, 21(4), 142–149. doi:10.1016/j.enfi.2010.06.001
- Martínez, C. (2015). El compromiso interpretativo: un aspecto ineludible en la investigación cualitativa. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 33, pp. S58-S66.
- Martínez T. (2013). *La atención centrada en la persona. algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos*. España: Gobierno del País Vasco.
- Mestre, A. (2008). La ética de la responsabilidad según Robert Spaemann. *Universitas, Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, Vol. 10, pp. 233-257.
- Michelina, A. Casalegno, M. (2008). *Filosofía y profesión. Teoría y aplicación en la contaduría*. 18/08/2020, de Universidad Autónoma de Aguascalientes Sitio web: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/755/309440.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Miranda, S. (2014). El cuidado enfermero como problema ético: concepto y principios prácticos aplicados al acto de cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Vol. 67, pp. 873-880.
- Monje, P. Miranda, P. Oyarzún, J. Seguel, F. Flores, E. (2018). Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. *Ciencia y enfermería*, Vol. 24, pp. 1-7
- Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en Enfermería. *Rev Cub Oftal*. 2015;28(2):228-233
- Mosqueda, A. Mendoza, S. Jofré, V. (2014). Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud. *REBEn*, Vol. 67, pp. 462-467.
- Panaia, M. (2008). Una revisión de la sociología de las profesiones desde la teoría crítica del trabajo en la Argentina. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*, 29, pp.1-40.
- Paredes Escobar, M. C. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana. *Acta Bioética*, 18(2), 163–171. <https://doi-org.ezproxy.javeriana.edu.co/10.4067/S1726-569X2012000200004>

- Paredes, C. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. *Acta Bioethica*; 18, 163-171.
- Parra D, Rey N, Amaya H, Cárdenas M, Arboleda L, Corredor Y, et al. (2016) Percepción de las enfermeras sobre la aplicación del código deontológico de enfermería en Colombia. *Rev Cuid.*; 7(2): 1310-7. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.335>
- Pera, I. (S.F). Límite legal de las actividades de enfermería en CAPD. *Revista Edén, S.V*, pp. 1-3.
- Prieto, G. (2007). Perspectiva Bioética del cuidado de Enfermería. *Enfermería Universitaria*, Vol. 4, pp. 21-26.
- Quezada Ramírez Y, Morán Peña L, González Ramírez P. Análisis de modelos y habilidades para la toma de decisiones clínicas en egresados de enfermería. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.* 2017; 7(4):18-26.
- Ramírez, E. (2016). Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Enfermería Universitaria*, Vol. 13, pp. 71-72.
- Revista Semana. (07/16/2020). ¿Quién vive y quién muere en el pico de la pandemia? La ética frente al covid-19. *Revista Semana, S.V.*, pp. 1. 07/16/2020, De Revista Semana Base de datos.
- Romero E. (2013). La ética de la responsabilidad en los cuidados de enfermería. *Revista de Seapa*; Vol., pp. 31-35
- Sales, et al. (2017). Práctica profesional del enfermero en unidades críticas: evaluación de las características del ambiente de trabajo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Vol. 25, pp. 1-7.
- Santana Cabrera, L. G. (2010). Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento.
- Següel, F. Valenzuela, S. Sanhueza, O. (2015). El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura. *Ciencia y Enfermería*, Vol. 21, pp. 1-15.
- Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. (2020). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos. (SEMICYUC). *SEMICYUC*, Vol. 14., pp. 1-15.

- Sotelo, O. (2018). La obra de Hans Jonas: ética de la responsabilidad para generaciones futuras y no-tecnooptimistas. *Revista Científica de la UCSA*, Vol. 5, pp. 69-79.
- Torns, T. (2013). Los cuidados y la vida cotidiana. En *La ética del cuidado* (pp. 86-96). Barcelona: Fundación Víctor Grífols iLucas.
- Triviño-Vargas, P., & Barría, R.M. (2016). Nivel de autonomía de enfermeras en la práctica pediátrica. Una experiencia chilena. *Enfermería universitaria*, 13(4), 216-225. <https://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.09.002>
- Ugarte, M. (2018). Responsabilidad en los cuidados enfermeros: poniendo en el centro a la persona. 12/06/2020, de Universidad de Castilla Sitio web: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn17/serIVn17a16.pdf>
- Urteaga, E. (2008). Sociología de las profesiones: una teoría de la complejidad. *Lan Harremanak*, Vol. 18, pp. 169-168.
- Valencia, G; Hoyos, A. (2020). Contribución del capital social a los desafíos sociales y económicos que plantea el Covid-19. *Estudios Políticos*, Vol. 59, pp. 9-15.
- Velásquez, C. (2020). Enfermería en Colombia en tiempos de la pandemia por coronavirus. *Ciencia y Cuidado*, Vol. 17, pp. 5-7.
- Villanueva-Sáenz CS, Pichardo-García LMG. Elementos éticos del cuidado en enfermería como medio para lograr prácticas de excelencia. *Rev Esp Med Quir*. 2015;20(3):284-293.
- Wilches, O. Wilches, A. (2016). El cuidado, visto por profesionales de la salud, en calidad de familiares de un usuario. *Revista Colombiana de Bioética*, Vol. 11, pp. 23-34.
- Zuazua, D. (2015). Rol enfermero en la evacuación de cuidados intensivos. 18/08/2020, de Universidad de Oviedo. Sitio web: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/d1f00c5f-4ecc-4f29-bee2-3a8876e0139d/eeef8af6-02dc-4427-8d34-195fad13663c/eeef8af6-02dc-4427-8d34-195fad13663c.pdf>

Anexo 1: Preguntas para entrevistas semiestructurada

Objetivo	Preguntas
<ul style="list-style-type: none"> Comprender que se entiende por el ejercicio autónomo de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> Describa brevemente la labor principal del enfermero en una unidad de cuidados Intensivos ¿Qué tan importante es para su labor como profesional en enfermería, la autonomía? ¿En su ejercicio profesional, ha sentido que puede ser autónomo? ¿Por qué sí o por qué no?
<ul style="list-style-type: none"> Conocer las experiencias de los profesionales de enfermería en el ejercicio autónomo durante el fenómeno del COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intensivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Me puede describir algunas experiencias en la atención a un paciente con Dx de COVID-19 en la que se ha sentido autónomo como profesional? ¿Qué elementos tuvo en cuenta a la hora de tomar una decisión frente a un paciente Covid-19 en la UCI? ¿Me quieres contar una experiencia sobre un ejercicio profesional autónomo o no autónomo de un colega en la UCI en estos tiempos de pandemia? ¿Cree que su formación como profesional es suficiente para la toma de decisiones?
<ul style="list-style-type: none"> Describir las tensiones o preocupaciones generadas frente a la autonomía y las limitaciones terapéuticas del profesional de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Se han presentado alguna situación de limitación terapéutica en el manejo de pacientes Covid-19 en la UCI en a que usted trabaja? ¿Qué tipo de limitaciones? ¿Ha tenido alguna experiencia con terapia de fin de vida con algún paciente COVID-19 en la UCI? ¿Me puede contar la experiencia y como se sintió? ¿Siente que su voz es escuchada en las reuniones o conversaciones que puedan generarse en torno al tratamiento de un paciente? Desde su experiencia, ¿Por qué es tan cuestionable el uso de la autonomía en los profesionales de enfermería?

Anexo 2: Consentimiento informado

Autonomía del Profesional de enfermería en la Unidades de Cuidados Intensivos frente a la limitación del esfuerzo terapéutico en el fenómeno del COVID 19 en Colombia.

Le invitamos a participar de una investigación que pretende identificar el ejercicio autónomo en la práctica clínica, del profesional de enfermería. Con el fin de reconocer y valorar el conocimiento, las habilidades y la experiencia del profesional de enfermería. La investigación se realizará en el segundo semestre del 2020 y tiene como propósito aportar en el desarrollo profesional de enfermería.

Yo, _____, he sido informado sobre el objetivo de la investigación, que es “Analizar el ejercicio autónomo del profesional de enfermería frente a la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes COVID-19 que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos”, entiendo que el propósito de la investigación consiste en reconocer y valorar las capacidades del profesional de enfermería en el ejercicio autónomo en la toma de decisiones frente a la limitación del esfuerzo terapéutico en el fenómeno del COVID – 19.

Es por esto que autorizo al investigador Carlos Harvey Jaimes Pabón, para la realización de la siguiente actividad:

- Realización de dos o tres entrevistas con una duración máxima de 40 minutos cada una, que será grabada en formato de audio.

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación.
- Se espera que los resultados obtenidos brinden los elementos para reconocer y valorar las capacidades del profesional de enfermería en el ejercicio autónomo.
- Puedo expresar mis inquietudes acerca del estudio en cualquier momento.
- Se mantendrá mi nombre en anonimato y se usará un seudónimo.

- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente.
- Esta información será archivada en papel y medio electrónico. Los archivos originales del estudio se guardarán bajo la responsabilidad del investigador y serán destruidos dos años después de finalizado el estudio.

Solo el investigador y el personal autorizado como la Enfermera Edilma Suarez Castro, docente del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana y asesora del trabajo de investigación, podrán revisar los resultados del estudio. La información obtenida en la entrevista no se compartirá con otra persona diferente al investigador. Todo el material que se obtenga de su participación será utilizado con fines educativos e investigativos exclusivamente.

Información adicional: Si usted tiene alguna pregunta adicional acerca de este estudio, puede comunicarse con el investigador al siguiente correo carlos_jaimes@javeriana.edu.co Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma participante

Documento de identidad, Número _____ de _____

(Espacio para el diligenciamiento del investigador)

He explicado al (la) señor(a) _____ los objetivos y propósitos de la investigación; le he indicado además los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Fecha y ciudad _____

Firma del investigador _____

Anexo 3: Respuestas de los profesionales en enfermería que fueron entrevistados

Entrevista 1: Enfermera Andrea Pérez

Carlos Jaimes: entonces eh:: le estaba diciendo Andrea si me puedes describir brevemente cuál es la labor principal como enfermera o del enfermero en una unidad de cuidados intensivos.

Enfermera Andrea Pérez: Bueno pues, eh::: decir que esta experiencia es también nueva para mí, eh::: yo me gradué el año pasado y hasta este año (pude iniciar con el tema del servicio de mi trabajo), entonces básicamente lo único que tenemos que hacer es brindar todo el cuidado del paciente crítico, eh::: en esta labor pues básicamente es la administración de medicamentos, sedación, relajación en el paciente y pues aparte de eso contribuir a mejorar un poco con el tema del manejo que está indicado al resto de comorbilidades que tiene el paciente, pues eh::: diría yo que eso es resumido.

Carlos Harvey Jaimes: ok. ¿Qué tan importante es para su labor como profesional de enfermería la autonomía?

Enfermera Andrea Pérez: Pues yo creo que es muy importante, eh::: creo que es, se basa en tener unos conocimientos y en poder decidir también qué conductas no pueden estar adecuadas a ciertos pacientes, teniendo en cuenta la edad, el proceso que han llevado porque si bien nosotros somos los que estamos al pie veinticuatro siete con el paciente, eh::: conocemos como de primera mano pues lo que les decía el proceso, entonces la autonomía es totalmente importante para poder también decidir otros manejos y que otros cuidados, opciones podemos darle al paciente, creo que eso se lleva de la mano con un trabajo de equipo totalmente pero siento que es fundamental plantar cómo esa eh::: no sabría cómo decirlo, pero he::: como opinión o también decisión con el resto del equipo de qué hacer y qué no hacer y él porqué, ósea como fundamentarlo, pero siento que si la autonomía es muy importante en ese manejo del paciente crítico.

Carlos Jaimes: cuándo habla de qué se debe tener ciertos conocimientos, ¿A que hace referencia o qué conocimientos son los que el enfermero debe tener, ((para poder llegar a la autonomía))?

Enfermera Andrea Pérez: Eh:::, bueno el conocimiento obviamente basado en el proceso anatómico y fisiológicos, no quiere decir que todo el proceso, que toda la indicación médica esté adecuada sí, no quiere decir que el trabajo de ellos este mal pero en ciertas ocasiones, a veces nos damos cuenta de que ciertos manejos pueden ser un poco exagerados o no son totalmente oportunos, entonces es ahí cuando nosotros decimos pero por qué esperar tanto tiempo para iniciar un manejo para no sé una fibrilación auricular eh::: si podemos hacerlo ya de cierta manera sin que el paciente se ponga más crítico, eh::: digamos en ciertos aspectos como la sedó relajación también, a veces los sometemos a procesos muy extendidos con medicamentos que están eh::: digamos que afectando otros órganos entonces es ahí cuando nosotros decimos ya llevamos cierto tiempo con esto ¿porque no? rotamos a otro medicamento y no solo eso sino que también cuando llevamos un paciente a un proceso tan prolongado, sentimos que el paciente también está tan relajado ósea llega a un punto en el que uno los ve muy cansados y a pesar de que uno le dice al médico porque no hacer otra

opción o tomar otras medidas para que el paciente no se vea de esa forma y no se sienta así porque ya llega un punto en el que uno dice ¡Dios! esto que estamos haciendo puede ser extenuante con ellos, entonces es como decir, como basadas en ... eh::: bueno primero lo que les decía cómo en esa parte científica no esperar a iniciar tratamientos, pero también ver esa parte también como humana que a veces también no es como que la dejen de lado pero siento que también la desligan un poquito por tratar de hacer todo lo médico de una vez no sé si me hice entender.

Carlos Jaimes: si, con respecto a lo que cuenta Andrea que a veces ustedes les dan sugerencias a los médicos en los tratamientos, mi pregunta es: ¿en su ejercicio profesional ha sentido que ha sido autónoma?

Enfermera Andrea Pérez: En ciertas situaciones sí, he tenido la oportunidad de, digamos tener unos pacientes críticos, eh:: uno muy muy crítico, voy a hablar de una situación en especial, entonces normalmente el turno en el que yo estoy es la tarde, eh:: digamos que a veces la indicación es mantener al paciente en ciertas tensiones, subir la sedación a cierto punto porque el paciente está agitado o porque se quiere sacar el tubo, eh:: pero entonces el subir ciertas cosas pues disminuye otras, en ese caso la tensión arterial, entonces a veces el médico se va pues porque tiene que ir a mirar otros pacientes y pues uno no puede esperar ah:: mientras el médico viene en 15 minutos y que el paciente esté haciendo tensiones con medias de 46, entonces, digamos que llega el momento en el que uno dice voy a iniciar bolo de líquidos o iniciar vasopresor, digamos que en ese sentido nosotros somos un poquito en el hospital, podemos hacerlo sin, digamos llegar a desacuerdo o a chocar exageradamente, sino que voy a iniciar a esto mientras el médico llega y llegamos a ver si lo dejamos o si quiere iniciar otro medicamento adicional o le subimos a la dosis y le subimos al bolo, entonces digamos que esos son los momentos en los que he sentido que hemos sido un poco autónomos en el manejo pero((creo que es como lo único)), tal vez, porque en el tema de la sedación bajar o subir ellos no son muy abiertos.

Edilma Marlén Suárez Castro: Andrea ¿y tú has estado en alguna terapia de fin de vida? ¿tú has participado en ese procedimiento?

Enfermera Andrea Pérez: ¿en la terapia de qué perdón?

Edilma Marlén Suárez Castro: Eh::terapia de fin de vida ya cuando se está dando todos los tratamientos al paciente.

Enfermera Andrea Pérez: no he tenido la oportunidad de hacerlo en la UCI, eh:: he tenido como solo la oportunidad de escuchar, eh:: opiniones de mis compañeros de que ya pues tiene que empezar a retirar todo el manejo que se les estaba dando, pero no estado propiamente en el paciente críticamente enfermo en ese proceso de fin ya de vida.

Carlos Jaimes: Ok, Andrea me puede escribir alguna experiencia en la atención con un paciente con diagnostico Covid-19, en la que usted se ha sentido autónoma como profesional.

Enfermera Andrea Pérez: eh:: pues digamos que las que le comentaba ahorita, creo que fue que estaba con anestesiólogo en la tarde y:: básicamente él estaba como revisando otros pacientes que también estaban un poco inestables pero pues mi paciente le tuvimos que hacer un paso de un catéter venoso central y pues eso implica realizar el cambio de mezclas e iniciar todo el manejo nuevamente entonces hasta que no se tuviera todo eso de hecho, pues no podía

habilitar el catéter que se le acababa de pasar, sin embargo cuando ya estaban conectados todas las vías el paciente se deterioró, se puso bradicárdico, hipotenso y obviamente diaforético peleó un poco con el ventilador, entonces mientras todo ese proceso tuve que iniciar pues eh:: manejó con la noradrenalina mientras llegaba la doctora porque pues realmente el paciente estaba muy hipotenso y al inicio del turno ella le habían subido al Propofol, pero entonces eso también estaba haciendo bajar la tensión arterial entonces lo que hicimos fue, bueno lo que hice fue aumentar e iniciar con la noradrenalina mientras ella llegaba y ya cuando ella llegó pues el paciente ya estaba tornando atenciones más normales y ahí fue cuando ella indicó bajémosle al Propofol, y yo le dije el paciente aparte de eso mejora muy bien con el paso de líquidos entonces le podemos pasar un bolo si desea y pues hay ya dijo si iniciémosle y el paciente ya en la entrega de turno mejoró considerablemente, creo que ese es como el único aspecto en el que puedo decir que he sido autónoma y pues de manera que el paciente no me vaya entrar en paro eh:: y esperar a que ellos lleguen.

Carlos Jaimes: Andrea eh:: con referente a lo que nos cuenta, y aparte de priorizar y de toda esa parte técnica que se tiene a la que uno ejerce, ¿qué elementos tuvo en cuenta a la hora de tomar decisiones frente a este paciente o sea aparte de qué si estaba hipotenso, de qué hay que pasarle el líquido, de que hay que subirle la noradrenalina qué más elementos considera usted que tuvo que tener en cuenta para tomar este tipo de decisiones?

Enfermera Andrea Pérez: Ósea, ¿aparte de lo que dije?

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ((sí, no sé ósea aparte de esa parte asistencial o de esa parte técnica))

Edilma Marlén Suárez Castro: O sea que es lo que ti te preocupa cuando vas a tomar alguna decisión en que apoyas por ejemplo el decir no hay que hacerle esto o mejor hagamos lo otro, ¿Qué es lo que te llevo a ti a tomar esas decisiones?

Enfermera Andrea Pérez: pues digamos que obviamente son pacientes que llevan cierto tiempo y no por el que esté cursando pues lastimosamente este virus o por cualquier enfermedad eh:: no voy como a priorizar el manejo, entonces lo que yo veo básicamente es como(.) trato de ponerme en que cada de esos esos pacientes necesita una oportunidad adicional entonces eh:: no es dejarlos inestabilizar y cuando se ponen así es como van a sufrir si los dejamos seguir en ese proceso de inestabilizarse, porque ellos si a veces se despiertan un poco a pesar de estar totalmente con todos los medicamentos que conozcamos para eso, pero es como una angustia personal como que el paciente no me puede entrar en paro no quiero que entren paro, entonces eh:: porque eso como que implica para mí más sufrimiento y para ellos, y es un proceso en el que si entra puede que no salga, entonces eso es como lo que me motiva a ver y a iniciar, como decir ese manejo cómo vamos a hacer esto mientras tanto mientras, llega el médico mientras le avisamos y vamos optimizando y priorizando opciones.

Carlos Jaimes: Claro, eh:: Andrea bueno me contaba pues ya la experiencia sobre el ejercicio, sobre su ejercicio profesional autónomo quizás no se conozca alguna experiencia de algún colega, ahorita en estos tiempos de pandemia también con pacientes diagnosticados con covid-19 que usted haya visto o que usted pueda identificar el ejercicio autónomo del colega, del compañero

Enfermera Andrea Pérez: (.) pues ahorita no tengo cómo un ejemplo claro o sea no se no se me viene a la mente, obviamente si hablado con mis compañeros al respecto de otros manejos, pero como que ellos me hayan dicho tuve que hacer esto eh:: mientras pasaba cierta situación no recuerdo.

Edilma Marlen Suárez Castro: ¿tú crees que tus compañeros, pueden llevar a cabo un ejercicio autónomo en enfermería? ¿Puede ser ahora en la pandemia con paciente COVID o con algún otro paciente de la unidad tú crees que los enfermeros y enfermeras de la UCI hacen un ejercicio autónomo?

Enfermera Andrea Pérez: He:: siento que en ciertas ocasiones si, a qué me refiero con esto, que tal vez los enfermeros que llevan mucho más tiempo o tienen un poco más de experiencia con estos pacientes críticamente enfermos, eh:: toman decisiones un poco más autónomas, pero tal vez aquellos que sean nuevos temen un poco a decidir o hacer tal vez por desconocimiento o tal vez por miedo a tomar decisiones que no sean correctas es mi opinión.

Carlos Jaimes: Ok.

Edilma Marlen Suárez Castro: Pero aun así tú crees que entonces sería un tema de experiencia, pero aquellos enfermeros o enfermeras que llevan un tiempo más o menos de experiencia tú crees que llevan en la UCI, ¿si pueden tomar decisiones autónomas y los médicos las tienen en cuenta?

Enfermera Andrea Pérez: si yo creo que sí, ahora creo que como que haciendo relación pues uno toma ciertas decisiones sí, pero a veces siento que puede ser limitante, es decir no sé si me hago entender pero uno puede tomar opciones para hacer eh:: y otra que puede ser es sugerir, entonces creo que a veces uno queda en eso como le sugiero al médico esta indicación a ver si sí o si no entonces creo que es eso es lo que pasa más frecuentemente eh:: que no tomamos tal vez decisiones y totalmente autónomas sino que sugerimos, ehh son como avaladas y uno las hace, entonces algunas como que son acertadas y el médico dice hágale, creo que eso puede pasar más frecuentemente.

Carlos Jaimes: Andrea perdón que ahí cuando dices que, si sugieren, pero igual son avaladas estas decisiones o lo que ustedes están sugiriendo pues valga la redundancia ¿porque considera que no puede ser parte de su ejercicio autónomo o de la decisión que se tome?

Enfermera Andrea Pérez: eh::, porque creo que en parte estamos limitados, si es decir a veces si tomamos ciertas decisiones para que el paciente no esté más crítico y no se ponga más inestable pero el hecho de (.) sugerir, de qué no sea aceptado ehh digamos de que parte como de qué a ciertos médicos yo considero que no les gusta que uno de opciones de manejo porque les está como, No contradiciendo su trabajo pero si diciéndoles que hacer, entonces siento que a veces si, como que uno si se limita en ciertos aspectos entonces por eso sólo que uno dice le sugiero a ver si hacemos como por decirlo así a ver si le gusta o no el manejo.

Carlos Jaimes: Andrea entonces usted considera que ¿la toma de decisiones o la autonomía, del enfermero está muy limitada?

Enfermera Andrea Pérez: si en ocasiones sí y en ocasiones si siento pues porque hay manejos que se requieren de un aval de otras especialidades, entonces uno no puede decir y porque no le iniciamos este manejo antibiótico o pues como se sugiere iniciar antes que el paciente siga

haciendo fiebre, entonces él va a decir no ese no porque no sé el paciente no llegó con estos de laboratorio entonces esto nos indica que puede ser otra cosa entonces toca hablar con infectología entonces bueno está bien, manejos con relacionados con falla cardiaca o si uno les dice bueno y si vamos haciendo esto endovenoso (.) a veces dicen como no prefiero que pongamos el marcapaso o prefiero que sea metoprolol uno dice bueno está bien, entonces por eso a veces uno solo sugiere iniciar cosas ehh pero que uno diga voy a iniciar a este paciente no sé una FA eso no considero que pase o pues por lo menos a mí no me ha pasado y tampoco conozco eh:: compañeros que hayan iniciado manejos así, sin el acompañamiento y el aval del médico.

Edilma Marlén Suárez Castro: hay una pregunta, tú crees que cuando se le hace la sugerencia el médico hay un lenguaje horizontal o siempre se está en una actitud de qué bueno a ver cómo le digo, como hago para que lo interprete bien, a ver si está de acuerdo, y si tú sientes que la decisión que tú sugieres o la intervención que tú sugieres pues tiene todo el sustento y tú crees que esa es la que se deba hacer y si tú puedes argumentarla o sencillamente la propones y el médico dijo no y no hay posibilidad de argumentarla

Enfermera Andrea Pérez: creo que eso depende del personal con el que uno esté trabajando, a que hago referencia con eso que a veces uno trabaja con internistas o en mi caso y a veces trabajamos con anestesiólogos y pues por el tema de la pandemia y el personal etc. Cuando se trabaja veces con internistas siento que a veces hay un trabajo horizontal es decir como que decimos bueno y si hacemos este manejo porque no iniciamos no se dobutamina y le iniciamos Nora un ejemplo, entonces ellos dicen bueno si eso puede ser porque la fracción de eyección está así y nos da o algunos dirán no jefe esperemos al cardiólogo entonces vamos a esperar primero como se comporta con eso eh:: y ahí si iniciamos pero a veces es un tema de conversación y con ciertos especialistas se puede dar eso, entonces es como dar un argumento decir porque iniciamos este y por qué no eso y no quiere decir que él te vaya a contradecir como oiga uste que le pasa porque dice eso si la patología no es así si clínica del paciente y no es así como que lo dicen de otra forma como darle espera o miremos cómo iniciar con esto entonces no deberíamos iniciarle este manejo, con otros especialistas así no pasa eso que tú digas y como que ellos si lo toman mal, como no eso no lo vamos a hacer y en ocasiones se siente un poco el choque y entonces uno dice bueno pues está bien y ni modos no sugiero nada más porque realmente uno sabe que hay algunos que no les gusta.

Carlos Jaimes: Andrea más que sentir un choque me gustaría de pronto saber o que me contaras cuál es ese su sentir en el momento en el que siente que sus decisiones no son escuchadas y en el momento en el que si son escuchadas

Enfermera Andrea Pérez: o sea como me siento, cuando sean escuchadas siento que el trabajo es ameno siento eh:: que el proceso es positivo no sólo para mí sino tal vez para ellos porque se siente uno trabajando en equipo, eh.. bien dicen que uno la experiencia también hacia el maestro entonces cuando uno trabaja así de la mano que tu das una opción y ellos la tienen en cuenta como que uno siente que:: obviamente uno está siendo escuchado, cuando no pasa eso te limitas, te limitas a dar opiniones y opciones porque a veces uno empieza como a chocar en el comportamiento ya uno se siente como pero para que le digo si no le va a gustar lo que le digo eh:: o me van a decir que porque hasta ahora y empieza como a pensar como le digo para que no lo tome mal, entonces cuando es horizontal el trabajo es totalmente ameno y todos aprendemos siento que algunos profesionales médicos están muy abiertos a explicar

y a tener en cuenta lo que uno les dice, eh:: pero siento que otros no y eso hace que el trabajo sea más pesado ,incómodo y ya.

Edilma Marlene Suárez Castro: yo ahí tengo dos preguntas Andrea, ¿con los médicos que trabajas actualmente haz una cuenta con cuantos de ellos trabajas y con cuantos puedes tener ese diálogo horizontal y compartir la toma de decisiones y con cuantos no?

Enfermera Andrea Pérez: bueno:: digamos que todos los días en la tarde es tanto en la mañana como en la tarde es un médico diferente y los fines de semana a veces repiten los de la mañana que son internistas entonces más o menos son unos ocho médicos tal vez con los que uno puede trabajar a la semana Y de los ocho yo diría:(.) que con la mitad uno trabajaría horizontalmente o un poquito más sabes yo creo que especialmente, tal vez dos que uno dice definitivamente es muy difícil que si se estresa, estresa a todos entonces como que el manejo con ellos a veces es muy complicado o lo miran mal a uno o quieren todo ya o lo que uno les dice no les gusta y tal vez con los otros cuatro o cinco ellos si toman en cuenta lo que uno les dice y pues a veces conocen muy bien al paciente porque lo han manejado toda la semana entonces dan como opciones del por qué no y te explican el por qué tal vez no.

Edilma Marlen Suárez Castro: y:: tú podrías tal vez ubicar algunas características de los que sí y de los que no además de ser médicos internistas, no sé, la edad, no sé alguna otra cosa en particular que puedas decir que son los que se puedan trabajar no sé por ejemplo son muy jóvenes, ehh son graduados de una universidad pública, no sé, podría ser uno de esas clasificaciones o no.

Enfermera Andrea Pérez: yo creería que tal vez sí porque, los médicos con los que trabajamos son jóvenes, entonces algunos especialmente los internistas están recién salidos de su especialidad de medicina interna y muchos de ellos ya uno los conoce porque ya trabajo uno con ellos en otras unidades entonces los conoce y ahí como confianza los otros no tanto no porque, también son jóvenes pero:: porque creo que también este proceso ha sido un nuevo para ellos entonces les ha tocado adaptarse y:: tal vez como que no es que no conozca en el manejo pero:: no se siento que a veces es algo como intrínseco de ellos eh:: no son muy abiertos yo creo que especialmente los anesthesiólogos (.)porque como que han tenido que salir de su zona de confort creo yo que es estar en salas o dar una anestesia a dar todo el manejo completo de un paciente, entonces eso implica balances, medicamentos para sus comorbilidades, aparte pues de todo el manejo dinámico de sedación y relajación que ellos lo manejan muy bien, eh:: pero entonces creo que es como algo ya de sus personalidades ósea como que algunos no les gusta que uno les diga manejos, entonces creo que la ventaja es como que muchos son jóvenes y tal vez uno los conoce y que muchos son egresados de la universidad creo que eso da una confianza entonces eso uno los atreve a decir y a opinar incluso a preguntar.

Edilma Marlen Suárez Castro: ¿tú crees que hay un tema de desconfianza, crees que falta comunicación crees que falta como que hagan digamos tengan una experiencia de equipo para que ese trabajo sea más fluido y que eso es lo que está influyendo en el digamos en la parte de qué enfermería pueda tener un desempeño autónomo?

Enfermera Andrea Pérez: si, creo que hacen falta ciertas cosas, digamos que hay médicos a los que les gusta pasar revista con el fisioterapeuta y la enfermera entonces cuando uno pasa revista eso da pie a dar opiniones e indicar manejos y tal vez indicar qué cosa es suspender

eso sucede más con los internistas, ehh no sucede tanto con los anesthesiólogos entonces ellos si son, no sé cómo que no tienden hacer ese tipo de revistas eh:: y si eso se hiciera tal vez el trabajo sería un poquito más amigable, no quiero decir que no lo sea siempre(.) pero hay días en los que definitivamente uno siente que como que no les toca ese lado, no pueden decir nada y que tal vez ese no es el manejo sino que como explicarlo, no es lo prioritario tal vez ahorita hacerlo para ellos sino que como lo podemos mirar más tarde y ese más tarde es el siguiente turno que ya viene pues el otro médico el otro especialista, entonces si uno hiciera esas revistas eh:: más frecuentemente eso ayudaría a tener en cuenta como más la opinión de nosotros

Carlos Jaimes: Bueno, Andrea ¿se ha presentado alguna situación de limitación terapéutica en el manejo con pacientes COVID en la UCI en donde usted trabaja?

Enfermera Andrea Pérez: si he conocido situaciones, pero vivirla de primera mano no, ósea he estado en todo ese proceso evolución de hacer hasta donde más podemos, hasta que ya llevan al paciente al comité de ética y como que ya definen que hacer y que manejo dar y ya iniciar todo su proceso, pero estar de primera mano en ese proceso no.

Edilma Marlén Suárez Castro: tú sabes si en ese comité de ética ¿participar alguna enfermera o enfermero?

Enfermera Andrea Pérez: no, no estoy segura, sé qué pues si están los médicos, pero creo que no hay enfermeros ósea creo, pero no estoy totalmente segura, sí sé que digamos dicen que hacen el comité porque mis compañeros ya me han dicho, pero es que se fue para comité de ética estamos esperando a ver qué se decide entonces cuando dicen eso es porque ya no entiende como que el paciente está haciendo llevado a la última opción de limitar el esfuerzo.

Edilma Marlen Suárez Castro: tú crees que el enfermero o la enfermera debería estar en ese comité, ¿A ti te gustaría estar en ese comité?

Enfermera Andrea Pérez: Sí, sí creo que debería existir esa opción, porque igual nosotros estamos siempre al cuidado del paciente entonces vemos las cosas también de una manera diferente que pueden contribuir como a esas opciones y las opiniones que uno podría dar en el comité.

(.)

Edilma Marlen Suárez Castro: no sé Carlos si tú ¿quieres preguntar algo más?

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Creo que de pronto la última, Andrea desde su experiencia ¿porque es tan cuestionable el uso de la autonomía en los profesionales de enfermería?

Enfermera Andrea Pérez: Eh:: bueno, ósea ¿por qué se cuestiona que seamos independientes en la toma de decisiones?

Carlos Jaimes: si

Enfermera Andrea Pérez: Creo que por qué tal vez no nos tienen en algunas ocasiones la confianza y no creen en el conocimiento que tenemos, eh:: siento que a veces ser joven en alguna opción limita eso también porque es como que le digan a uno que uno está recién salido que en comparaciones de otras personas que llevan muchos años, pero siento que también es algo que lleva mucho tiempo ósea que es un reconocimiento que no se ha podido

establecer muy claro, entonces tenemos la opción también, todo para decir y eh:: pues que todo lo que se busca es hacer lo mejor para el paciente.

Carlos Jaimes: sí claro, pero cuando dices que uno de los limitantes que nombra es que de pronto la edad por ser joven de pronto los médicos creen o las otras especialidades creen que no podemos tomar decisiones o que no tenemos ese conocimiento ¿Cómo considera que podríamos llegar a ganarnos ese puesto o no tanto ganarnos el puesto sino de demostrar que podemos ser autónomos y que podemos tomar decisiones, independientemente de la edad?

Enfermera Andrea Pérez: yo creo que es haciendo más investigación,((a qué me refiero con esto)), yo creo que para nadie es un secreto que cuando uno entra trabajar las personas que se dedican a la investigación de manera cómo intrahospitalaria clínico es muy poca, y tal vez no quiere decir que es culpa de nosotros pero siento que muchos entran en una zona de confort entonces no se hacen más revistas, no se hacen revistas incluso en enfermería, no se hacen reuniones para definir manejos que pueden ser importantes para el conocimiento de todos entonces si eso se empezará como a manejar y a que fuéramos no sé cómo decirlo como que incentiváramos esa parte la historia sería otra, es decir que podríamos dar nuestra opinión sin pena y basados en fundamentos científicos en lo último que se maneja, en empezar a tomar protocolos o incluso hacerlos, pero creo que es eso qué tal vez hemos dejado incluso como profesión eso de lado o tal vez lo siento así en la institución en la que trabajo, eh:: que el de investigación no es que esté conformado por muchos enfermeros y tampoco conozco que divulguen continuamente a ser parte de ella y por lo menos que haya un representante por servicio o que el servicio vaya un representante y diga a la coordinadora porque no hacemos esto para optimizar manejos, para profundizar en estos creo que eso también influye.

Carlos Jaimes: tengo una última pregunta Andrea ¿cuándo hablaba de la experiencia considero que la experiencia nos fortalece El ejercicio autónomo, independientemente que tengamos el conocimiento, las bases, la experiencia es la que hace que fortalezca esta autonomía?

Enfermera Andrea Pérez: si, creo que la experiencia también te ayuda a ser más seguro cuando tú sales tal vez eso depende de cada persona, pero cuando tú ya tienes más experiencia vas conociendo cómo manejar mejor ciertas situaciones, entonces tu carácter también va a formándose un poco, entonces creo que la experiencia ayuda mucho cuando tú sales puedes tener muchas bases en:: el conocimiento pero pues digamos que no todo es tal cual el libro ósea en ocasiones si aplica pero en ciertas situaciones la experiencia ayuda a decidir y a qué hacer de manejar técnicas eh:: de hacer las cosas mucho más rápidas, eh::también en el tema de agilidad y pues como de priorizar.

(.)

Carlos Jaimes: Andrea que pena, me surgió una última pregunta en el tema del carácter me pregunto entonces ¿usted cómo cree usted cómo lograría identificar a un personal de enfermería que es autónomo o cómo se podría describir?

Edilma Marlen Suárez Castro: ¿cómo se podría describir un colega o un enfermero una enfermera que es autónomo?, tal vez esa puede ser la pregunta Carlos.

Carlos Jaimes: sí, que yo logré identificar que yo diga esta persona es autónomo por esto o como uno esa persona como uno puede decir esta persona es autónoma porque tiene esto y esto y esto, es que me surgió esa pregunta cuando ella hablaba de carácter en las personas..

Enfermera Andrea Pérez: Eh:: yo creo que definir a un enfermero que es autónomo(.) bueno espérenme organizo mis ideas

Edilma Marlen Suárez Castro: yo te doy un ejemplo, yo recuerdo que había una egresada a la unidad de cuidados intensivos entonces ella dice que hace un ejercicio autónomo y que cuando llegan los médicos ella dice que hoy está la enfermera brava, ¿será que un enfermero o una enfermera autónoma que organiza que lidera es considerado o considerada como la enfermera brava? Ésa puede ser digamos una característica en lo que tú mencionabas del carácter o te refieres a otra cosa.

Enfermera Andrea Pérez: no, yo me refería otra cosa digamos que ese tema de qué somos malgeniado bueno pues es como puede ser parte pero no es a lo que yo me refiero sino que es a ese tema del carácter y la autonomía está basado como en:: la seguridad, no en el mal genio si no como en la seriedad de decir y de definir ciertas situaciones, tal vez lo tome una vez como es lo que la profe dice qué tal vez una persona que es malgeniada entonces es el carácter del enfermero porque es organizado pero no siempre es así, creo que cuando habla también es noble, seguro de ciertas cosas, incluso seguro decir esto no lo sé y como lo podemos manejar puede también digamos forjar el carácter de esa persona no sé si me hago a entender en eso.

Edilma Marlen Suárez Castro: sí, ¿tú tienes algún compañero o compañera en tu trabajo que cumpla esas características?

Enfermera Andrea Pérez: si puedo decir que tengo, creo que de hecho varios que cumplen ciertas características de decir como tiene como la seguridad de qué ciertas cosas es mejor hacerlas así y no de la otra manera como lo indican tal vez los médicos, entonces eh:: no es que sean bravos sino que era lo que hablamos también la experiencia les ha ayudado a decidir y decir que esos manejos son más óptimos en el paciente entonces son como seguros, son también personas abiertas a enseñar y creo que es eso como la seguridad en lo que dicen las cosas, en la que explican en la que incluso le dicen al residente no doctora si no lo puede hacer porque pues eso puede perjudicar al paciente en esto, y porque tal vez porque ya han tenido situaciones en las que no ha funcionado entonces creo que es un tema también de seguridad y de que no implica que sea necesariamente una persona de un carácter grosero.

Carlos Jaimes: ok, yo no tengo más preguntas Andrea muchísimas gracias por habernos compartido pues esta experiencia.

Edilma Marlen Suárez Castro: yo tampoco tengo otra pregunta, pero no sé si en relación con ese tema de la autonomía tú tengas otra idea o algo más que quisieras contar que nosotros no hayamos preguntado

Enfermera Andrea Pérez: Eh:: no, aunque creo que se abordaron muchos temas de interés y creo que se abordó uno que me hace llegar a pensar muchas cosas y es el tema de la falta de investigación en ciertas partes clínicas y que eso también fortalecería más el trabajo y hablaríamos mucho más horizontalmente con el equipo de trabajo si eso se trabajara.

(.)

Edilma Marlén Suárez Castro: Andrea gracias creo que nos has compartido elementos muy importantes que yo tampoco lo sabía pensado por ejemplo este último que señalas de la investigación me parece muy acertado y yo sí creo que necesitamos trabajar más de las facultades apoyando a los egresados y haciendo un trabajo conjunto para poder fortalecer el ejercicio de enfermería en las diferentes áreas pero en particular en la unidad de cuidados intensivos, una última pregunta Andrea si yo te dijera que calificaras de 1 a 10 el grado de autonomía que tú has podido tener en la unidad de cuidados intensivos ¿tú qué puntaje darías?

Enfermera Andrea Pérez: yo le daría un 6 o 7

Edilma Marlen Suárez Castro: No ha podido ser más o sea eso depende de los médicos que estén en el turno para poder llevar a cabo este ejercicio si no lo que se genera es como un temor para que hablo con esta persona si me va a contestar mal me expongo a que me trate mal mejor no digo nada, ¿si es un poco lo que ocurre?

Enfermera Andrea Pérez: si, siento que eso ocurre.

Edilma Marlén Suárez Castro: Bueno yo creo que igual lo que vamos a hacer es transcribir la entrevista y dependiendo de lo que encontremos en la entrevista podemos planear otra entrevista para profundizar algunos temas

Enfermera Andrea Pérez: bueno, sí señora me parece perfecto.

Entrevista 2: Enfermera Ana Gutiérrez

Carlos: quisiera primero que me contara brevemente la labor principal del enfermero en la unidad de cuidados intensivos ¿cuál es esa labor principal en la UCI?

Ana: He:: pues básicamente en lo que tú dices enfrente de la autonomía yo siempre buscado como esa forma de sobresalir, de liderar de qué siempre lo tengan en cuenta a uno para todas las decisiones bien sea asistencial o administrativa en el trabajo en grupo, entonces digamos que trato de siempre ser y de tener esa y ese liderazgo y de buscarse uno el espacio de qué lo tengan en cuenta todos esos aspectos, digamos que tratamos de lo que buscamos es de sobresalir bien sea en el manejo de los pacientes o en la organización de alguna () en las otras disciplinas como fisioterapia medicina nutrición que uno sea como la causa de todos esas aristas que se presentan en la unidad, básicamente a partir de la revisión del estado clínico del paciente de parte de su manejo, la atención integral, la parte emocional, psicosocial, la integración de la familia, digamos que tenemos como la cabeza en muchos aspectos y tratar de estar pendiente de darle y brindarle el mejor cuidado del paciente.

Carlos: Si Ana con referente a lo que comenta, ¿Qué tan importante es para usted en su labor de enfermería esa autonomía?

Ana: es súper importante, digamos que yo siempre he tratado de he:: básicamente de empaparme en el manejo del paciente para poder tener a todo el mundo como ahí al lado mío, Entonces es pasar revista médica que las decisiones sean en conjunto en todo el manejo que

se le da al paciente estar articulado con trabajo social para que el trabajo social siempre que tenga que hacer alguna intervención me diga: jefe tal cosa vamos a ser, jefe vamos a organizar con el paciente y la familia, entonces siempre que se tome la decisión sea como en: conjunto para que sea esa programación o esa actividad que se va a realizar se lleve a cabo, estar empapados de todas las actividades que se van a realizar y que uno sea como el medio para que estas se realicen.

Carlos: OK, Ana ósea usted me podría decir entonces que en su ejercicio o actividad diaria en la unidad de cuidados intensivos ¿ha sentido ser autónoma?

Ana: Realmente si, busco, trato de buscar como esa autonomía y a base de liderazgo, esa autonomía se reconozca a través del liderazgo y que cada persona que este en el ambiente de trabajo y lo reconozca a uno, primero le comentamos o primero hacemos como una reunión y un conceso y ahí si se toman las decisiones.

Carlos: OK Ana no sé si la profe quiera comentar algo.

(.)

Edilma: Bueno, es que tenía el micrófono apagado, yo creo que la siguiente pregunta, ya nos va a permitir mirar un poco más en ese tema de la autonomía, entonces dale tu con las preguntas y de pronto yo si veo la necesidad interrumpo.

Carlos: listo profe gracias. Ana, con referente a lo que nos ha contado nos podría describir alguna de las experiencias, en la atención de un paciente con COVID que usted ha sentido ser autónoma como profesional y ¿qué elementos ha tenido en cuenta a la hora de tomar decisiones frente a este paciente COVID-19?

Ana: Son varias, muy marcado el momento de decir cuando debemos parar el manejo de pronación, realmente porque es una de las actividades más frecuentes y estamos siempre en la cabeza de esa actividad, pero nosotros somos los que evidenciamos que en la pronación es hemodinámica qué no nos respondiera o que no responda a la otra pronación, digamos que en ese momento uno debe parar y decir si el paciente aumenta y se define entonces digamos que (no se escucha con claridad) tenemos esa autonomía de mirar cuál estado hemodinámico para mirar la respuesta y decidir si seguimos o si definitivamente paramos con la terapia y otras de las experiencias es como estamos innovando en lo de video llamada ese es un punto que nosotros que estamos en la cabeza de la video llamada en el paciente en el momento, que se puede aplazar entonces es como que realmente hace el enfermero no.

Edilma: Ana tú sientes que has podido tomar decisiones en el turno, en tu servicio decisiones que tú tomas y que se respetan.

Ana: si realmente si, digamos que en manejo; hace ocho días que tuvimos un caso de qué teníamos que escoger en bajar dos pacientes, uno de los dos pacientes a toma de tomografía y nos dijeron escoja uno de los dos, entonces la decisión con mi colega enfermera fue que incluimos que bajamos a los dos porque los dos lo necesita entonces las dos coordinamos y

se realizó la toma. entonces es como ambas nos encargamos de manejar y de realizar el servicio y se realiza la prueba para las dos personas que necesitaban en ese momento

Carlos: ¿Ana en el momento en el que le dicen que escojan uno de los dos pacientes, ¿cuál es su sentir ante esa situación?

Ana: impotencia realmente es como porque tengo que escoger entre uno de los dos, cuando sé que los dos lo necesita entonces es como esa impotencia, esa rabia de no poder brindarle la misma atención a los dos en simultáneo, entonces es difícil pero realmente al final lo satisfactorio fue que en cuestión de menos de una hora resolvimos y se pudo brindar el cuidado para las dos personas.

Carlos: ¿OK, y hay algún otro caso o algún otro momento por ejemplo de decir considero que la dosis es muy elevada o creo que ese no es el medicamento y yo decido no administrarlo o algo parecido Ana ha tenido alguna experiencia cercana?

Ana: pues yo realmente, nosotros en la unidad todos los días digamos que eso es algo que se fortaleció con este manejo COVID porque se hacía pero no con tanto juicio y es la revista médica, la revista de enfermería y de fisioterapia porque realmente se convierte en la revista de los tres, la realizamos todos los días a las 8 u 7:30 de la mañana, valoramos paraclínicos, la evolución del paciente y se tienen en cuenta todos los signos vitales de los turnos anteriores manejo instaurado por horarios entonces en ese momento uno revisa todo lo del paciente y hace un evolución y el doctor le suspende o decide si le hacemos terapia o no le hacemos terapia, le adicionamos o no, entonces es como el momento en el que el uso de la parte del trabajo en equipo, el conocimiento de manejo COVID en el paciente todo el paciente de las siguientes 24 horas, entonces digamos que él siempre está en la cabeza de nosotros y no podemos faltar.

Edilma: Bien y la participación allí es preguntando ¿quitamos? ¿le suspendemos? ¿subimos? ósea dice de pronto, qué tal si será que le podemos bajar o ¿cómo se hace esa intervención?

Ana: es más de tipo sugerencia, de yo sugiero que le suspendamos o doctor quitémosle o mejor adicionémosle un manejo ansiolítico o por x o y motivo yo lo hago más a tipo de sugerencia o de pronto cositas que los pasan por alto son las cosas que uno identifica como temperatura, cambios de estados de ánimo, manejo con trabajo social cuando los pacientes están deprimidos son cosas que sólo identificamos nosotras.

Edilma: ¿Y esas sugerencias o esos aportes como son recibidos por los médicos, son bien recibidos?, ¿no son bien recibidos?

Ana: realmente he: y en general en la institución he: la gran mayoría son bien recibidos y anteriormente cuando no estábamos en época de COVID también eran bien recibidos he: (no se escucha con claridad) de acuerdo a nuestro criterio y posteriormente se informa a los médicos los cambios que se han hecho para que ellos hagan sus ajustes en la historia clínica, pero realmente siempre han sido muy bien recibidos

Carlos: Ana, y con respecto a una situación ya más puntual terapéutica he: no se me imagino que {interferencia}

Ana: Realmente esa revista que hacemos en la mañana nos sirve mucho porque es el punto como que uno define si están sirviendo o no está sirviendo, digamos el aporte terapéutico entonces pues nosotros nos miramos y decimos ya llegamos a la limitación llegamos a el punto terapéutico entonces digamos que es el momento en el que uno define he:: en conjunto si se va seguir trabajando, si se va a limitar he:: ahí se tomó la conducta de hablar con la familia informarles, se hace video llamada, inclusive a veces se acercan a la oficina de la unidad pues para las explicaciones, directamente en el caso de que sea necesario esa ha sido como el grupo y pues de pronto de la condición del paciente usualmente lo que se mira y ya la expresión del rostro entonces en ese trabajo en equipo

Carlos: OK Ana, Ana y eso es referente con la experiencia que usted tiene o sea usted nos podría contar o de pronto usted ha logrado evidenciar la experiencia algún colega de que ejerza esa autonomía.

Ana: si realmente incluso con mis compañeros de los otros turnos digamos que tratamos de estar en comunicación y por ejemplo mi compañera Lina que es la del otro grupo digamos que nosotras todas las noches nos hablamos para contarnos el día el día y en parte como para dar continuidad al manejo de la unidad y como para mirar y para librarse del correr corre el día pero entre los cuatro turnos procuramos estar muy muy continuidad de esa comunicación y de esas decisiones que se toman y pues aparte de los registros y la entrega de turno y todo tratar de que haya como un dialogo para que esa atención no se pierda ¿no?.

Carlos: si, si claro ok ,he:: Ana que más le pregunto pues creo que ,que en ti podemos ver una muy buena comunicación en la unidad de cuidados intensivos no sé si usted de pronto a considerado o cree que hay otras cosas o algo de lo que usted nos pueda contar de qué el enfermero puede ser autónomo o que teniendo en cuenta que casi siempre han sido escuchadas las sugerencias, no sé si en algún momento la sugerencia no haya sido escuchada o de pronto no se ha tenido en cuenta las sugerencias que ustedes tienen o que de pronto se haya hecho un manejo en la que no estén de mutuo acuerdo no sé algo que haya pasado.

Ana: Carlitos, pues realmente es lo que yo sí he notado en estos tiempito de experiencia es que el conocimiento es la base de todo si no tenemos la base teórica, la base conceptual, la base práctica ,digamos yo antes me reservaba como muchas cosas cuando empecé en esto uno se quedaba callado en sugerir porque aún no le daba miedo entonces fortalecer esos conocimientos y eso le da uno pie para darse a conocer en su unidad y para que lo tengan en cuenta para que cada parte que uno haga sea como fuerte y sea como ese polo de todo el grupo.

Carlos: OK, OK Profe no sé si tenga, (.) bueno Ana también quisiera preguntarle no sé sí {interferencia}de cambio cuando no estábamos en la pandemia a como ahora estamos en la pandemia a lo que me refiero es en ¿qué ha fortalecido?

Ana: En la comunicación se ha fortalecido mucho la organización o sea porque ahora organizamos el trabajo antes de entrar al trabajo tenemos todo como estructurado no porque ahora ya tenemos que vestirnos tenemos que ponernos todos los elementos de protección personal entonces yo tengo que organizar todo lo que voy a hacer antes de vestirme porque después ya ingresado ya no tengo opción entonces digamos que tenemos que estructurar y organizar ese trabajo antes de empezar es fundamental y ayuda muchísimo la comunicación se mejoró muchísimo también es lo que yo percibo porque pues yo creo que uno como que entregaba turno rapidito y ya pero ahora es como toca hacer esto va a estar pendiente de eso toca organizar esto todo lo que haya que organizar entonces digamos que esa comunicación se ha fortalecido mucho y el trabajo en equipo yo creo que las condiciones que tenemos ahorita un fortalecido mucho el trabajo en equipo, ya no es yo solo cojo un paciente o sólo con un paciente si no estamos los 3 vestidos, los tres ayudamos a cambiar un paciente si es de fisioterapia medicina el especialista que este si hay que cambiar al paciente él también colabora a cambiar el paciente entonces digamos que ese trabajo en equipo se fortaleció mucho a raíz de eso.

Carlos: OK Ana en esas experiencias que ha tenido de limitación del esfuerzo terapéutico o esa experiencia que de pronto ha tenido en terapia de fin de vida cuando ya se decidió que al paciente no se le va a hacer o se le va a empezar a disminuir o se le va a empezar a bajar a los volúmenes respiratorios o bueno todo lo que es ya terapia de fin de vida ¿cómo ha sido esa experiencia en su sentir? ¿cómo se sintió? ¿qué es lo que vivieron en ese momento?

Ana: lo más difícil en cuanto a ese tema es la limitación del manejo con la familia, como el manejo del duelo con la familia porque no es nada fácil a través de una pantalla dar esa noticias ,no es nada fácil hacer una video llamada tener que mostrar solamente su familiar en cama o a través de una pantalla y que la familia entienda en este momento que es difícil es como lo más complejo porque muchos quieren ir a despedirse estar dentro de la unidad despidiéndose de su familiar entonces pues digamos con el manejo del duelo se me dificultó mucho en ese aspecto

Carlos: ¿y que han propuesto para eso Ana?

Ana: He:: realmente lo que estamos haciendo ahorita son video llamadas y si el familiar necesita llamar si necesita llamar siete veces a confirmar que su familiar siete veces se hace el llamado o sea no se limita eso lo que te decía tratamos ciertas cosas que son complejas porque es muy difícil el manejo del duelo porque digamos llegan a la oficina de la unidad de cuidados y se le saca la explicación del estado del paciente personalmente y eso favoreció un poco por lo menos el momento de los familiares pero realmente eso es como lo único que podemos hacer de intervención con psicología con trabajo social incluso a veces se pide el apoyo a psiquiatría para los familiares

Carlos: ¿OK, Ana otra pregunta ustedes trabajan siempre con el mismo médico o con el mismo grupo de médicos o también diariamente o rotan con diferentes médicos estando ahí en la UCI?

Ana: En la mañana y en la tarde noche estamos con un médico diferente por día entonces el lunes va uno diferente y por lo general así cada día tiene su médico específico.

Carlos: bueno, referente a eso con los tres o cuatro médicos que ustedes ven o con los que ustedes están en las diferentes horas del día, el manejo o la asertividad por parte del médico, ustedes en la toma de decisiones que hacen, ¿se sienten igual de respaldados? ¿O hay alguna diferencia con un médico y con otro?

Ana: ah:: realmente al principio cuando nos empezaron a conocer el trabajo, pues porque eran médicos que nunca habían trabajado con nosotros eran como muy celosos a recibir o ver con nosotros hacer modificaciones en las infusiones digamos como que y porque si como es autonomía porque esta gente tiene esta autonomía y hace dos meses les deseamos a los médicos es que aquí es chévere trabajar porque ustedes ya están sincronizados con lo que están haciendo digamos que se quitan ellos como esa preocupación de qué uno no vaya a hacer cosas erróneas entonces el mismo dice que al principio yo no creía que el trabajo fuera tan chévere ya no reconoce que el trabajo es como en armonía porque voy a estar tranquilo de que lo vamos a hacer entonces digamos que ya nos dieron esa confianza

Carlos: ¿sí y en otro momento Ana que todavía no me da la confianza con quien hay más confianza no sé quiénes están en la UCI médicos internistas o anestesiólogos no sé qué otras especialidades, pero de pronto se puede identificar que es más chévere con ellos o con ellos o de pronto porque era mucho mejor o porque era bueno que se yo?

Ana: no al principio realmente ahorita tenemos digamos que como la al principio darnos a conocer fue como con los cirujanos vasculares entonces digamos que ellos no habían estado mucho tiempo en UCI, pero hablando con ellos incluso un médico me dijo que el trabajo con nosotros en la unidad era chévere porque digamos era muy coordinado todo.

Carlos: OK profe Edilma no sé si usted quiera complementar o preguntar algo

Edilma: Si antes de, Ana antes de trabajar en Samaritana, trabajaba en una unidad de cuidados intensivos ¿en alguna otra institución?

Ana: no señora, yo antes de trabajar en Samaritana trabajé dos años en San José del Guaviare en urgencias estuve casi todo el tiempo en urgencias, pero era como lo más cercano a una UCI.

Edilma: Ana ¿de qué universidad es egresada?

Ana: yo soy egresada de la Universidad de los llanos

Edilma: Ha ya ¿en qué año?

Ana: 2010

Edilma: ¿conoce a la profesora María Cristiana Ramírez?

Ana: si señora

Edilma: ella fue compañera mía en la javeriana en la facultad de enfermería de la javeriana, ella es profesora de ética

Ana: ujum

Edilma: bien, muy bien Ana, pues la idea es cómo poder conocer de la entrevista conocer un poco qué pasa en enfermería con ese tema de la autonomía, en enfermería Ana que somos los profesionales de enfermería somos autónomos o no lo somos porque una cosa es la autonomía donde yo puedo tomar decisiones donde yo puedo actuar desde mis conocimientos y desde mi experiencia sin o sea yo puedo hacer, proponer, argumentar y no sé Ana qué opinas de ese ejercicio de autonomía en os profesionales, en los colegas cree que si somos autónomos o no somos o falta algo?

Ana: ¡yo creo que si se pierde mucho la autonomía a nivel profesional y yo creo que nosotros mismos hemos sido los responsables de perder esa autonomía y cómo yo les decía yo tengo que sentirme dueña de mi servicio de mi turno de mi personal de mis pacientes si! Entonces eh:: que mucha gente creo que por temor o desconocimiento por no sé por falta de interés no debe perder esa autonomía y es como profesional está en la esquina no le consultan nada y no se toman decisiones teniendo en cuenta a la persona que está a cargo entonces digamos qué es algo que yo siempre he pensado que debemos trabajarlo a diario porque pues uno no puede perder esa autonomía en un solo día entonces que hay que reforzarla mucho porque siento que se ha perdido bastante y un ejemplo digamos que muy coloquial que yo siempre lo he tenido como en mente es en una ocasión en una intervención de una reanimación el carro de paro es el carro de del enfermero entonces llegó otro profesional y sáqueme una jeringa del carro de paro entonces yo le dije que pena del carro de paro no sale nada si yo no lo autorizo porque es mi responsabilidad eso es como un ejemplo muy sencillo de que es mi servicio y en mi servicio no pasa nada si yo no lo autorizo entonces es como tener es en poderamiento y esa autonomía que puede que todo tenga una razón de ser pero pues que sea fundamentado con un buen servicio y en este caso pues el enfermero profesional entonces digamos que es como algo que hay que trabajar mucho porque si siento que se ha perdido bastante

Edilma: Carlos había hecho una pregunta, pero no me queda clara si finalmente Ana la respondió o no lo tengo presente y es que Ana cuando va a tomar alguna decisión va a sugerir algo o proponer algo que es lo que tiene en cuenta para decidir si hacer esa propuesta en relación con un paciente, medicamento no sé qué tienen cuenta que es lo que la hace decidir, yo debo decir esto yo debo proponer algo.

Ana: Pues en cuanto a mis pacientes es como el bienestar si yo me quedo callada no sugiero no propongo el que va a resultar perjudicado o afectado es mi paciente y no entonces digamos que en cuanto a los pacientes es eso si yo sé que hay un error sí sé que le puede mejor servir otro medicamento entonces pues yo tengo que sugerirlo porque pues todos estamos en ,en continuo aprendizaje y en continuo cambio entonces digamos que esa sugerencia puede en un momento dado ser un impedimento para la salud del paciente y en cuanto al servicio pues lo que yo decía si el servicio es mío tengo que sugerir y tomar decisiones porque si no pues

todo se va a pico entonces el trabajo en equipo si yo sé que va a mejorar en alguna condición o en alguna cosa administrativa pues hay que hacer las cosas para mejorar

Edilma: OK, pues yo no tendría más preguntas, Carlos no se

Carlos: no, yo tenía como de pronto como la pregunta anterior, Ana prácticamente nos está diciendo es que nosotros los enfermeros somos los que ejerzamos la autonomía. hay algo más en lo que de pronto nos falte para poder tomar decisiones, ser autónomos, ser líderes?

Ana: si comenté eso fue como empoderarnos y sentirnos seguros de lo que sabemos y obviamente que ese conocimiento sea correcto si no lo sabemos también tenemos que tenerla está decir no sé porque eso también es decir no sé porque eso también es autonomía de decir voy a consultar voy a buscar si o consultarle a alguien pero digamos que le hecho esa decir no sé y reconocer eso es también ser autónomo no porque no podemos perjudicar a un grupo a un paciente una familia por el temor de no reconocer esas fallas entonces es como reconocer esas falencias y las decisiones que tomamos y pues nada siempre buscando el bien común

Edilma: una última pregunta Ana, conoce Algún código de ética de enfermería aparte

Ana: si lo conozco.

Edilma: esa era la curiosidad

Carlos: listo, de pronto así otra pregunta Ana no sé si usted sabe o no solamente si no sé si sabes si los enfermeros podemos o hacemos de parte de un comité de ética de una institución de cualquier institución.

Ana: Ésa si no, realmente digamos que no así claro no en otro lugar no

Carlos: y en la institución donde usted trabaja

Ana: la verdad no me acuerdo.

(risas)

Carlos: ah bueno Ana aprovecho y le retroalimentación que efectivamente si nosotros hacemos parte de un comité de ética del hospital, yo soy el representante de enfermería del comité de ética y hay muchas cosas que queremos como comité y cambiar de pronto en algunas otras instituciones del comité está como un servicio Interconsultantes al que queremos llegar ahí en el hospital, pero todo es un proceso, pero si podemos y hacemos parte de un comité de ética en la institución.

Ana: gracias Carlitos.

Carlos: creo que tampoco tenemos más preguntas por ahora

Edilma: pues no sé si Ana de pronto quiera comentarnos algo en relación con la autonomía que nosotros no le hemos preguntado

Ana: no creo que, se abarcó varios temas chéveres y fundamentales para el proceso de crecimiento de la profesión

Edilma: OK perfecto yo no tendría más preguntas

Entrevista 3: Maribel Andrade

Carlos: bueno mira he:: como le contaba mi trabajo es sobre la autonomía del profesional de enfermería he:: quisiera de pronto contarle o decirle bien cuál es el objetivo de mi trabajo si como tal mi pregunta de investigación es cuál es la participación o bueno cual es la autonomía he:: del profesional de enfermería en las diferentes unidades de cuidados intensivos frente a la adjudicación del esfuerzo terapéutico ¿cierto? pacientes como objetivo general pues tengo es analizar el ejercicio autónomo el profesional de enfermería Fran frente a esta limitación del esfuerzo terapéutico pacientes COVID 19 que se encuentran en una unidad de cuidados intensivos. Como objetivos específicos busco comprender que se entiende por el ejercicio autónomo enfermería, conocer las experiencias de los profesionales de enfermería en el ejercicio autónomo durante el fenómeno COVID y describir las tensiones o preocupación generadas frente a la autonomía y las limitaciones terapéuticas del profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos he:: entonces pues vamos a tener una conversación y sobre sobre el tema no sé si tiene alguna duda de la autonomía de la autonomía o algo así para antes de empezar como a dialogar más en profundidad del tema.

Maribel Andrade: No, nada.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: De pronto también quiero no sé y yo sé; que ¿usted regresa en la Universidad de Cundinamarca?

Maribel Andrade: ¡sí!

pero no sé ¿cuánto tiempo me lleva experiencia la UCI Maribel?

Maribel Andrade: si, en las UCIS cuatro años

Carlos: cuatro años, y solamente ha trabajado en el hospital o a trabajado en otro sitio.

Maribel Andrade: en la Samaritana.

Carlos: en la Samaritana, ok bueno entonces he:: Maribel yo quisiera saber o que me describiera brevemente su labor principal como enfermera en la unidad de cuidados intensivos ¿cuáles son sus actividades en su diario vivir ahí en la UCI?.

Maribel Andrade: he:: bueno como el perfil que tenemos nosotros ahí en la unidad pues aparte de ser líder de un grupo de unidad cuidado intensivo es también ser como el apoyo de o cómo volverla mi brazo derecho también del médico con relaciona a la rotación de los diferentes especialistas que entra en esa unidad por ejemplo residentes, porque pues igual está la intensivista de turno pero pues él nunca está de tiempo completo con nosotros entonces llega un médico anexo entonces como también empapar al médico que pues usualmente va como cada ocho días acerca de la evolución clínica del paciente he:: como los tratamientos que se le han implementado, ¿Por qué se le han implementado? o de pronto:: las, sí las otras actividades que se le han hecho como para mantener la función vital de ese paciente ya con relación al grupo auxiliares pues ya sería delegar he:: todo lo que la parte asistencial del

cuidado del paciente con relación a prevenir los riesgos potenciales que se pueden presentar al estar en una unidad como puede ser un riesgo de auto extubación un riesgo de lesión por retiro de pronto accidental de un acceso venoso central de un de un monitoreo invasivo como una línea un catéter de perfusión cerebral como una ventriculostomía con esto entonces como de minimizar todos los riesgos y a su vez también como tratar de apoyar en la parte de que lo que todo lo que son de infusión de medicamentos que las mezclas estén pasando pues a los goteos prescritos que hay corroborar que las órdenes médicas que a veces ellos envían pues sean como decirlo correspondan como al ,al valor normal que deben estar y no de pronto envíen cosas que están fuera de rango o que están inferior del rango y pues que no van hacer ningún ,ninguna terapia pues ningún que, funcionamiento terapéutico en el organismo del paciente porque están fuera de ese rango.

Carlos: Ok, cuando hablas de la mano derecha del médico, a que haces referencia como tal, ósea tenerlos al tanto de lo que estuvo pasando en la evolución del paciente porque es un médico diferente, como cuenta que de pronto no está el principal, si no de pronto todos los días o no sé cada vez en su turno hay un médico diferente, que es el que apoya y él no conoce bien el manejo, entonces cuando, me dices que eres el apoyo en la mano derecha del médico ¿hace referencia exactamente a qué?

Maribel Andrade: A compartir todos los datos correspondientes a la evolución clínica del paciente porque pues hay:: oportunidades y el intensivista puede estar todos los días, por ejemplo medio día medio turno entonces uno ya con ese, con el intensivista que va todos los días uno como que ya lleva la evolución diaria del paciente entonces uno ya puede decir como ayer tenía , no se he:: estaba con exocitosis pero le implementamos X terapia, puente antibiótico se vio el descenso o se mejoró la parte de la perfusión renal porque está este este mecanismo lo implementamos en diálisis, el otro médico que llega a seis horas posterior es médico que solamente va cada ocho días ,cada ocho días o cada cuatro días entonces casi siempre hay un espacio con relación a la evolución clínica del paciente, porque no simplemente es mirar paraclínicos o los exámenes que se le han realizado sino simplemente también mirar de pronto factores de riesgo los riesgos potenciales que yo le estaba comentando ósea por ejemplo una microaspiración que pudo haberse convertido en una broncoaspiración que pues fue secundaria porque de pronto el paciente se bronco aspiró porque la cabecera no estaba a sus 30° o más o simplemente porque la sonda no está en posición en el momento que usted le inicio su soporte enteral o simplemente porque usted no identifico de forma oportuna que el catéter que tenía invasivo está con signos de infección local en fin o sea son como detalles que pueden ser muy pequeñitos pero que son vitales para el para el sostenimiento o para la evolución positiva del paciente.

Carlos: He:: Maribel con respecto a eso, de esos detalles que usted menciona, ¿puede pasar o ha pasado?

Maribel Andrade: si han pasado, claro que si han pasado, en los cuatro años que yo he tenido claro que si me pasado que el paciente se ha auto extubado faltando media hora para acabar el turno o se ventilo y de pronto no hicieron la sujeción y no se programó a tiempo la sedación con relación al peso del paciente y el paciente no se logró tener en una escala de -5 que era

totalmente dormido y que no se iba a auto agredir, se auto extubo, se retiró un catéter, claro de qué eventos han pasado y ,y pasan usualmente en las unidades de cuidado intensivo.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Ok, Maribel ahorita me han surgido otras preguntas respecto a eso, pero quiero primero abordar con respecto a lo que me cuenta qué tan importante es para su labor como enfermera, como profesional de enfermería la autonomía'

Maribel Andrade: bastante ,bastante porque lo que yo te decía si tú tienes un médico que realmente no es vez forma constante y hay muchos que porque son de escuela de años atrás por ejemplo señores que son mayores vienen con una metodología diferente eso o tratamientos diferentes que de pronto ya están comprobados que pues que la funcionalidad o ,o lo que pueden dar no son no son de forma positiva para el paciente entonces tener, el ser un ser un jefe que de pronto se deje y no solamente lo que diga el medico sin refutar absolutamente nada puede ser también perjudicial para el , porque pues enfermería está de tiempo completo del paciente es de que pues le hace seguimiento de forma diaria o inter diaria a la evolución de ese paciente entonces uno aprende a conocer a conocer si pues como lo positivo lo negativo con relacionada a ciertos manejo y médicos entonces si por ejemplo yo no estoy de acuerdo con no sé con iniciar equis ,equis medicamento por ejemplo no sé una vitamina si el paciente de pronto no la requiere por que de pronto está en como tal en la falla o si yo la necesito para la perfusión renal pero en mí ,intenta hice como por otro lado con otro medicamento como dilatar un poquito más las cosas entonces uno tiene como voz y voto también y pues con conocimiento o no puede refutar y cómo puede llegar como a conciliar, conciliar que el direccionamiento de ese tratamiento.

Carlos: Ósea que en su ejercicio profesional lo que usted vive en el día, día ¿puede decir que se ha sentido que, que es autónoma?

Maribel Andrade: sí claro que sí ,si ósea yo no soy de las que me quedo callada con de pronto ,no me las se todas tampoco pero pues a medida que uno va en las unidades de cuidados intensivos uno como que se va instruyendo un poquito más, como que ya va más, pero si va conociendo también muchos especialistas que uno consiguiera que son muy competentes y que tienen las capacidades de verdad pues bastante como decirlo que van en pro de la mejora de su paciente entonces uno aprende se instruye he:: ellos también lo instruyen a uno porque le explican cosas que uno desconoce entonces uno va cogiendo como esos tips y va profundizando un poquito más entonces no va formando ya como ,como decirlo como ,no sé ,como un conocimiento posterior a lo que de pronto uno ve el programa pues porque ellos son bastante en medicina pero uno va cogiendo esas cositas y va aprendiendo de esa forma y de esa forma unos puede refutarle al médico con criterio pues comprobando con supuestos y con ,con que ,con estudios que de pronto eso no va y aparte también va en que el médico se deje hablar no ,porque es que hay unos que no.

Carlos: Ha eso iba le preguntar ¿si ha tenido la experiencia o de pronto hay momentos y que no que se ha sentido que no es escuchada que no se tienen en cuenta estas recomendaciones o lo que ustedes refutan?

Maribel Andrade: sí claro, si no pues de lo poquito que yo llevo::, nos pasó al principio con uno de los especialistas que es cirujano cardiovascular ,el tipo ósea no se deja hablar, era lo que él decía ,ósea no lo escuchaba a uno para absolutamente nada, entonces uno se sentía impotente ahí, como qué pero es que doctor eso no le funciona doctor eso no es por ahí pero es lo que yo diga y como el yo soy el especialista que está de turno entonces yo voy a dar ese manejo y ese manejo tiene que ser así ,así uno supiera que la verdad era poco efectivo y que la verdad no iba a solucionar absolutamente nada sino que simplemente iba postergar el empeoramiento del paciente ,pero sí claro si los hay y hay unos que son poquito groseros, pero pues uno los aprende como lo que yo te decía unos los aprendí como por decirlo esa forma como que les demuestra con las capacidades que tiene uno y comprobándole las cosas que uno hace que uno no habla por hablar o uno simplemente uno no está redundando ideas o ensayando cosas que de pronto uno desconoce.

Carlos: Me surgen ahí dos preguntas Maribel cuando habla y quisiera saber entonces, cuando aparte sentirse impotente ¿sí? que más ha pasado en ese momento usted simplemente se limitó o sea limitado hacer a seguir la orden médica y ya o hay algo que o, ¿o efectivamente no siguió la orden médica?

Maribel Andrade: No , ya me pasó la primera estancia bueno en esa si me quede quieta y como que bueno él es el especialista , ya en otra oportunidad que otra vez me paso yo dije a mi no me parece que ese sea el manejo y yo simplemente le di el manejo de la forma que yo creo que yo creía y con base a las veces que ya me ha funcionado que era en el estabilizarse paciente, pues al principio él dice porque yo ordene X cosa X goteo X microgramos ,porque no está doctor porque esto es así así, esa bien jefe vamos a ver y pues efectivamente después de cierto tiempo pues unos les comprueba que, que si funciona ahí y ya como que van bajando un poquito esa barrera y como que yo soy el Dios en ese momento y solamente puede ser yo que puedo decidir las cosas, porque a veces a ellos se les pueden nublar las cosas ósea así como a veces a uno se le nublan cosas en el momento en el que dependiendo del caso, tú te quedas como que bueno y por donde más voy porque ya se le ha hecho esto y no responde ellos también se les puede nublar esa parte en el momento de la toma de decisiones.

Carlos: ok, lo otro que le quería preguntar Maribel es si usted de pronto puede identificar o me puede decir, de esos médicos y como son varias especialidades, que podría decir, no es que el médico, es que por tal especialidad tienen barreras o este médico más joven (más fresco) o este médico más viejito bueno viejito, tiene más edad más experiencia entonces es mucho más estricta y no se deja que uno venga y se involucre o a decir a cambiarle lo que está proponiendo no se puede pasar ¿no?.

Maribel Andrade: yo pensaría que, ahí en ellos influye más la parte de la edad porque actualmente nosotros tenemos dos cardiovasculares ,si tienen su, su especialidad en medicina cardiovascular ,tienen diferente rango de edad ,uno es mucho más mayor que el otro ,pero los dos ¡ay no! son polos opuestos con relación porque a veces uno no entiende las decisiones que toman y las ordenes medicas que dan ósea para criterio de uno son ,son que maniobras como dicen uno como maniobras un poco frustradas es como para tratar de sostener un paciente todo un día todo una noche para que al día siguiente a primera hora fallezca cuando

llegue el otro y decía cambiarle todos los parámetros que eran ineficientes y pues que ya no le están dando ningún soporte vital al paciente ,por especialidades ,ah:: por especialidad de los internistas son un poquito sólo un poquito más aprensivos en un poquito más arriesgado, son como más como decirlo ,como más extremistas pero con medidas más extremas, más extremas ósea como hacer ir aplicarle todo de una vez como para inyectarle totalmente todo para ver si una vez sale y no ir de a poquito ,poquito no ellos de una vez, tratar de lindar todos los sistemas y mirar que se esté cubierto a diferencia de pronto de otros que simplemente se van a dedicar de la parte que este alterada, los neurocirujanos he:: son solamente al punto de los que ellos tienen que tratar y el resto de sistemas se pueden volver una locura entonces uno tratar de mediar de pronto con el intensivista que esté de turno la compensación de todos esos otros problemas que tiene el paciente.

Carlos: Maribel ¿con cuántos médicos usted más o menos trabajan, por lo menos en una semana con cuántos médicos usted rota?.

Maribel Andrade: con cuántos médicos, cinco:: seis, sin contar al hospitalario.

Carlos: OK, he:: Maribel en ese momento que, pues usted me contaba que a veces ustedes no entendían estas dinámicas o decisiones de los médicos o de los especialistas en el manejo de un paciente he::ellos las comentan con ustedes estas decisiones o bueno antes de tomar la decisión comenta con ustedes el manejo del paciente o simplemente llegamos o llegue al médico y ya estoy esto y esto, esto ya.

Maribel Andrade: No hay unos que sí, si le comentan, así que comenta porque para eso se hace, es vital siempre hacer la revista médica porque pues en la revista médica tú tomas todos los parámetros del día posterior, con relación entonces lo que de que yo te decía ir mirando como por sistemas por ejemplo en la parte neurología como esta entonces ir le inyectando así de a poquito ,lo que de pronto este alterado irlo solucionando de forma mediada el llegar a imponer de pronto hay que hacer es si esto ya pronto son por ejemplo especialidades si el paciente requiere ir a un paso de salas de cirugía pues el cirujano no nos va a ir a decir nada simplemente van y le dije que se tome esta decisión se va a hacer ese procedimiento ,pero pues con quien nosotros tenemos más afinidad y más con relación a la parte de la evolución del paciente es con el intensivista que pues está de forma diaria y es el que implementar las decisiones, que ya llegué a recibirla de pronto hace como unas medidas de salvamento ahí como que de pronto volvió y reviso y ya le parece que hay que anexar la X cosa pues se le anexa X cosa pero igual si le informan a uno.

Carlos: Ok, Maribel con todo esto de todas las experiencias que ha tenido, usted me podría describir alguna experiencia en atención con un paciente de COVID en la que se ha ¿sentido ser autónoma como profesional? y ¿qué elementos tuvo en cuenta a la hora de tomar esa decisión frente a este paciente?

Maribel Andrade: Ah ,hay muchísimas ,muchísimas con relación de pronto pues ahorita con esto de todo lo del COVID que hemos tenido nuestros compañeros y padres de nuestros compañeros o incluso personal de salud que comparte el mismo espacio con nosotros he tenido casos y con relación por ejemplo el de la mamá de Adri y la mamá Adri fue como un

caso un poquito fuerte porque entonces la señora llegó con relación a la parte cuando ellos llegan unos realmente lo que les mira en la parte respiratoria son los otros factores de morbilidad entonces paciente que era obesa que era diabética que tenía una neo del sueño que por x o y razón es que la EPS ese no le había dado su dispositivo para las noches entonces la señora también es aparte un poco descuidada el siempre echo de llegar y decir bueno hay que probar y la doctora toca probarla bueno y yo doc pero pues la señora bueno tiene pafis por debajo de 200 normalmente el rango de nosotros para tener un paciente llega con esas neumonías que son casi multi tienen que tener un indicio de ti oxigenación mayor a 200 cuando van por debajo de 200 a 150 cuando están en ese rango uno dice bueno con las medidas de salvamento que sería una medida de pronación uno les puede ayudar pero cuando tienen pafis por debajo de 150 de 150 hacia abajo uno dice el empezar a trabajar con esos pacientes es muy complejo porque de pronto la pronación les va a servir por un momento pero en el momento de (...) no van a tolerar o simplemente el hecho de que yo la vaya a tronar no le va a servir entonces la doctora toca pronarla pero está taquicárdica está ,está saturando se hipotenso 70 80 y nada más ahí en posición supina, y no hay que pronarla la pronamos entonces empeoró se puso muchísimo más taquicárdica la señora se hipotenso mal no ventilaba absolutamente nada doctora pero si es que tiene que mejorar con esa y yo doctora es que la señora está un poco inestable y de esa forma no hay que pronar no relajémosla hagámosle esto y esto y la señora seguía igual,igualo,igual entonces a pesar de que con fisios ya la fisio doctora ya se le ha pasado ya se le ha pasado por todos los modos habidos y haber jugado con todas las presiones y la señora definitivamente no responde entonces, yo no quiero porque me toca pronarla y yo mejor doctora supinarla ,la estabilizamos mejor porque con esa frecuencia la señora va a llegar el momento que se va a cansar y pues le va a hacer a uno el paro aparte que ya está haciéndonos los signos como tal se choqueo completamente no ventila ni siquiera el ventilador le da a usted oxigenación del 100%, bueno está bien, entonces se supino nuevamente se programó todo se esperó a medida que claro se le cambio un medicamento por ejemplo en ese momento la señora estaba con queta mina la queta mina los pone mucho más taquicárdicos y los hipotensa entonces doc y posibilidad de que de pronto le coloquemos no se midazolam o propo o roco y decía midazolam no porque pues la señora aparte de eso tenía un infarto entonces no le funciona y aparte si hay potenciará aún más entonces bueno arranquémosle Propofol y montémosle roco a esto y ya va a ver que la señora se va a estabilizar y si efectivamente di tú se le cerro queta mina , se le monto Propofol y se le monto su roco y di tu a la media hora la señora ya estaba super estable porque ya la tenía con paso a cinco con (...) a cero cinco concentradísimo y la señora hacia tenciones de 58-30 di tu unas vez eso la señora ya se empezó a estabilizar ya la pude ir destetando y tanto así que en ese turno yo me acuerdo que le entré con Nora ah 0,2 la señora saturada ya saturada por encima del 90% supina a pesar de que por gasometría pues estaba mal pero estaban estable las otras constantes vitales entonces he:: esa fue una experiencia en el que uno dice bueno ya uno no está simplemente ahí como para seguir órdenes o como para verificar órdenes sino que uno ya va tomando como como un poquito más desperdicia y puede lo que yo te decía uno se puede lanzar así ellos a uno lo miren a uno al principio como eso no va a funcionar.

Carlos: Pero Maribel ahí en eso, en eso que hizo en esa experiencia que me cuenta, que fue la que, lo que, que la motivó si, a hacer eso a tomar esas decisiones, y a pelear porque se haga esto, que elementos tuvo en cuenta para tomar este tipo de decisiones y hacer esta esta actividad.

Maribel Andrade: Bueno pues elementos como tal, pues igual uno visualiza todo paciente como si fuera familiar de uno si y pues el saber que de pronto era la mamá de una compañera he:: también influye un poquito más y lo que yo te digo la experiencia de uno y cuando uno se pega de pronto a estudiar uno, uno aprende a conocer como cosas que de pronto le pueden funcionar al paciente y pues no puede pues como mediar las decisiones médicas en este momento no pero más.

Carlos: Y hay algo más que pronto considera o cree que, que los motiva me dice que, que sí que hay un vínculo por ser la, la mamá de un compañero cierto y si no fuera la mamá de un compañero ¿creería que fuera lo mismo?

Maribel Andrade: Igual ,igual si porque pues porque en esas unidades nosotros somos como los únicos que tenemos puerta de acceso a esos pacientes porque pues la familia está simplemente por medio un teléfono y simplemente he:: pues muchas veces ni siquiera entiende entonces uno comprende pues la angustia y el dolor que ellos presentan porque eso es otro rol con el que nosotros tenemos que jugar la familia el tratar de mediar como ,como esa angustia que les genera el no poder ir a visitar a su familia el no poder verlo no poder tocarlo aumenta mucho el factor de estrés tanto en ellos como en los pacientes cuando a ellos les hacen video llamadas porque pues son pacientes que están en un estado demasiado crítico y la verdad es un 50,50 de 50 de que fallezca o un 50 de probabilidad de que evolucione positivamente pero esa evolución no va a ser rápida como uno dice si hospitalice por ejemplo por una falla cardiaca me compensaron mi falla cardiaca pero mi familia siempre estuvo ahí siempre tuvo cara a cara al médico para explicarle a el especialista todo lo que se le ha hecho en ese momento no, en ese momento es sólo el especialista que no le va a decir todo detalladamente absolutamente todo por una cosa por que la familia de pronto por su nivel de escolaridad no comprende muy bien como el hecho de que bueno mi papá se ingresó allá ,ingreso le diagnosticaron esto ,pero no entiendo porque se desmejoró tanto ,pero no entiendo porque ella no solamente es el tubo que le colocar en la boca sino que también están poniendo bocabajo y que lo tienen completamente dormido y que aparte de tenerlo completamente dormido ya empezó a fallar el cerebro ya empezó a fallar el riñón ,ya empezó a fallar el hígado por la cantidad de medicamentos de pronto que le están colocando para lograr he::sostenerlo entonces eso he:: también hace que la familia tenga como un nivel de estrés bastante alto y que se lo transmitan correlación cuando hablan con el paciente, cuando los pacientes están extremadamente malitos es cómo decirlo es como muy no se es se vuelve uno como un poquito más sensible porque él es el ver las video llamadas que le hacen y como que se ve tienes que mejorar y progresar te espera zutanito y zutanita aparte que son personas que tienen chicos jóvenes o:: esposas que lo están esperando esto influye también muchísimo en la parte de como qué bueno que más le hacemos si ya le hicimos eso ,ya le hicimos aquello no mejora ,en la familia siguen esa tapa de negación de qué y guardar la esperanza de que el paciente tiene que salir entonces es complicado es bastante complicado ese lado.

Carlos: si no me imagino que debe ser tenaz y estar en esa posición y más en que cuenta y veo pues que se aparte que como que no se pierde esa esa parte humanización ,no antes no se siento como que me cuenta es que está ahí más latente como que antes floreció más de lo que de pronto en algún momento no es que se pierda o no piensa porque son más como esas críticas de externos que no somos humanos cuando pasan este tipo de cosas y más en una unidad de cuidados intensivos entonces de verdad que ve como esa sensibilidad a flor de piel y esa humanización y el estar peleando por lo que somos enfermeros que estamos al cuidado de un paciente he:: Maribel tú podrías describir la experiencia de pronto de algún compañeros de un compañero tuyo no sé con cuantos has rotado, pero con un compañero donde has visto también esa esa ejercicio autónomo por parte del colega o de pronto has visto que no el ejercicio no autónomo por parte del colega.

Maribel Andrade: Las dos caras se han visto en el día pues ahorita actualmente en el día con Jairo ,Jairo es muy autónomo demasiado entonces es muy arriesgado tenemos el caso de un paciente que tiene el diagnostico que tiene una hemoglobinuraparoxística el señor ya lleva diagnosticado más buenos 15 años con esa patología viene con hematoma en tratamiento con dosis de oculus y más de forma mensual el paciente ingresó hace menos de hace menos de ocho días ahí a la unidad llegó con una hemoglobina como de ,llego con hemoglobina de tres y llegó con plaquetas de 3000 no lo recibí yo ,yo lo recibí al día siguiente el señor estable lo único que tenía era que estaba bradicárdico y pues le pusieron soporte de oxígeno y lo subieron sospecha de COVID porque ingreso por una sintomatología respiratoria ,el paciente por su patología recibió medicamentos pues de Oncología los accesos venosos muy complicados con él de forma diaria si no se le está transfundiendo un clup de plaquetas porque hemató nos tienen metas de hemoglobina de siete y recuento de 30.000 para evitar pues sangrado y que posteriormente pues no empeore su patología he:: el día anterior ayer eso fue el martes intentaron canalizar un acceso venoso para transfundirlo porque toca colocarle hemoglobina, glóbulos rojos y plaquetas porque pues estamos fuera de metas según la indicación de hemato ,enfermería le intento de mil formas colocar un acceso venoso, ayer lo recibimos síntoma de paraclínicos porque no había sido posible pero pues es ,es no simplemente decir no ha sido posible porque el paciente no tenga acceso venoso o no porque yo ya lo he recibido y simplemente con tiempo que tú ingreses y como que establezcas una conversación con él como para no hacerlo como que hay venga buscar una vena y vengo a chuzarlo pero pues como no te sonó como que primero o yo siempre trato como que de ingresar a hablar con el ir hablando así de poquito a poquito mientras yo voy buscando lo que necesito y pues en ese momento le digo listo lo voy a puncionar debidamente se le toman las muestras el día ayer lo hizo Jairo fue exactamente igual y le tomas laboratorios posterior a eso esperamos el recuento llegó una cuenta 20500 había que transfundirlo otra vez pero pues esa vena era un yelco 24 y pues eso genera que el paso y más estén fuera un poco más extenso entonces Jairo y bueno se le anima usted a coger usted a coger en la yugular y yo dije no, no me le animo a cogerle la yugular voy por haya a plaquetas de 20.000 y dijo yo si me voy a arriesgar fue y le miro la yugular y dijo ahí fue ,doctora le voy a poner un central, si se lo voy a colocar un solo pinchazo y se le fue para adentro y nada acceso asegurado y pues un acceso central bien posicionado pues obviamente Jairo pues tienes experiencia ya de muchísimos años pero él es muy autónomo con ,con relación a ,a trabajar en pro del paciente si ve que

incluso el medico no puede hacerlo ,él se postula lo hace él es muy autónomo es un ejemplo también de admirar y es bastante arriesgado y pues lo que yo te digo la seguridad de uno genera que en ese momento como que todo fluya mientras yo con el temor yo no lo hubiera hecho yo no como que de una vez la barrera yo dije no entonces pues él dijo yo sí y pum lo hizo, la otra cara del del no ,es la jefe de pronto que no tiene autonomía si ,esa jefe que no tiene autonomía es otra Jefe que es de otro turno diferente a nosotros del día y pues simplemente ellos deja que fluya todo como va una vez con un paciente también toca iniciar un soporte de queta mina ,la queta mina obviamente estaba en rango por fuera ,fuera de rango porque uno para iniciar ese sedante tiene que estar de 1 a 5 miligramos la médica dijo yo lo quiero a 0.5 miligramos eso da como en mililitros toda la noche eso da 0.6 c/c ni siquiera era dosis ya no le yo no sé cómo sucedió en el paciente toda la noche con eso 0,6 que no ,no servía para nada y pues solamente si tú no seas viene el paciente el paciente va a empezar a pelear con el ventilador el hecho de que empiezan a pelear con el ventilador general con los índices de oxigenación amanezcan muchísimo más caídos el paciente vaya muchísimo más para atrás ,entonces lo que yo te decía en ese momento no fue falta de conocimiento o temor con relación a decirle doctora ese medicamento esta fuera del rango terapéutico con eso usted no va a lograr absolutamente nada el paciente va a empeorar entonces si no se hizo entonces si tenemos la cara de Jefe que no es autónomo actualmente en la unidad como que hay otro como que va simplemente no sé cómo hacer compañía porque pues no se sé no sé la verdad o sea no se no veo el rol de jefe en ese momento o sea como que soy como ser un auxiliar más como que simplemente hago X cosas y ya como que me dice bueno y dónde está el liderazgo que se le fuerza uno ósea y conocimiento pues si yo no tengo experiencia pues voy poquito a poquito pero pues puedo ir debatiendo de porque él debatir tú vas cogiendo muchísimas más herramientas y muchísimo más conocimiento y si a eso le sumas carácter y te puedas arriesgar hacer las cosas pero si tú tienes el conocimiento pero si tú no lo tienes pues mejor ni siquiera ni lo intentes ni te arriesgues porque es lo que vas hacer es complicar todo y complicar la estabilidad del paciente.

Carlos: Quería preguntarle entonces dos cosas ahí Maribel usted me puede decir o usted logra identificar ¿cuál es el jefe autónomo qué características tiene un jefe un jefe que es autónomo y qué características tiene un jefe que no es autónomo?

Maribel Andrade: si claro la autonomía siempre va a ir de la mano con el liderazgo, él jefe que es líder es jefe autónomo ,es jefe que pelea con conocimiento y justificación que siempre va en pro al cuidado del paciente en pro a que no se vaya a empeorar y por el contrario mejore, el jefe que no es autónomo es el jefe relajado ,es el jefe que a ti te dice que monte X cosa a tal goteo simplemente tú hacías eso o si tú ves por ejemplo que el paciente ya cumplió X determinado tiempo antibiótico y sigues dándole y sigue dándole y sigue dándole sigue dándole no pero doctor ya se acabó ósea el tiempo estimado que le vamos a dar ya no estamos haciendo absolutamente nada o doctor el paciente se le inició ayer X antibiótico y sigue haciendo fiebre y no funciona mire la posibilidad de no sé de escalar el jefe no autónomo es el que simplemente hace lo que le toca hacer simplemente llega su turno así sin ningún cambio.

Carlos: Si ,Maribel entonces qué crees que en su experiencia ya que dice que lleva cuatro años de experiencia haz estado con mucha gente no solamente ahorita en COVID si no de pronto antes del COVID en una unidad de intensivivos que ,que puede ser ósea que es lo que está pasando entonces con esos profesionales que no son autónomos que será de pronto la institución de dónde vienen la institución educativa, he:: falta de interés o no sé por qué son de otra ciudad o no sé qué factores considera que tomen ese liderazgo no lo tomen también entonces ahí me surge una pregunta si autonomía se va haciendo la vamos haciendo fortaleciendo o yo salgo ya con autonomía me gradué con el título de ser el jefe autónomo

Maribel Andrade: ¡No! se adquiere mediante la experiencia porque la autonomía es lo que te da a mí la seguridad que me da para ser autónoma es mi conocimiento si yo no me instruyó si yo no me esfuerzo por aprender de pronto por dejarme guiar por una persona que de pronto si tenga el conocimiento y la capacidad y que me pueda llevar a que yo progrese un poco más o adquiera muchas más habilidades que de pronto no tenía o que perfección esas habilidades que pronto tenía como debilidades eso me lo da mi experiencia y me lo da también la ósea como yo lo identifiqué como la gracia que me a trabajar de pronto en ese tipo de servicios si porque eso también puede influir muchísimo hay gente que no le gusta una unidad de cuidados intensivivos una unidad cerrada si tú no sabes un ciclo cerrado porque tú tienes un grupo cerrado tu grupo de médicos cerrado tu grupo es fisioterapeuta cerrado y los que ingresan ,ingresan hacer de pronto interconsultas o hacer X procedimientos o los que envían pues a suplir esos esos espacios cuando de pronto falta alguien y si a ti no te gusta eso si a ti no te gusta no te llama la atención de paciente crítico ósea el ,el instruirte con relacionada al entender el por qué el paciente está en X modo ventilatorio y porque después lo pasaron a este otro el saber de pronto una gasometría arterial que es como lo básico para yo poderle dar giro ah a la parte del soporte ventilatorio y que también me sirve para mirar todo lo que la parte a nivel de su corazón eso te hace un poquito más tedioso el trabajo en la unidad porque simplemente lo que yo te decía tú vas a llegar a hacer lo que te toca hacer nada más de ahí tú no vas a ir a dar absolutamente nada más entonces yo siento que no es tanto la universidad porque la universidad y lo que te da es ciertas herramientas porque todas las universidades no te dejan a ti 100% preparado porque la vida laboral es como un sorteo entonces tú no sabes con qué te vas a encontrar uno se encuentra con cosas buenas cosas malas cosas horrible mente malas entonces uno tiene que aprender a ,a formar su personalidad liderazgo su conocimiento por qué pues para estar en una unidad de cuidado intensivo uno tiene que también instruirse porque pues uno no puede ser el jefe bruto que le dicen jefe que se toca iniciar X terapia por ejemplo que ya montaron una edmo que vino chayo a montarla de un paciente ahí que se lo llevaron trasladado yo la verdad de edmo no se absolutamente nada, los chicos que estuvieron de turno lo grabaron porque él es una experiencia nueva es como conocer algo y pues nosotros tan chévere ósea que pues uno tienen los recursos para montar ese tipo de terapia están avanzadas dos ver los profesionales que sabían que tenías que hacer y tengas la disposición de ,de recoger ese conocimiento y de aumentarlo eso te hace que también formes tú ,tu autonomía y que cada vez se hace un jefe que ,que pueda liberar y sortear situación y es mucho más complejas que lo que de pronto estemos pasando en este momento con lo que estamos cursando.

Carlos: OK y bueno eh:: Maribel cree que su formación como profesional es suficiente para la toma de decisiones ósea como para reforzar yo sé que me ha contado mucho y yo creería que puedo tener ahí una respuesta, pero quisiera no sé si quiere complementar algo más con respecto a eso usted cree que su formación como profesional es suficiente para la toma de decisiones.

Maribel Andrade: Actualmente lo poco que tengo ,porque yo considero que tengo aun poco ósea no he llegado al de pronto al nivel que tiene Jairo que obviamente que son de muchos años y ,y eso yo considero que si tengo como como el criterio para para de pronto guiar y ,y pues ya también guiar a mi grupo de trabajo porque es muy importante también que uno como como enfermero del servicio sepa liderar y le de seguridad a su grupo si tú no tienes el conocimiento tus auxiliares van a estar como en una isla ósea no estar perdidos no van a saber van a naufragar porque no van a saber sortear uno siempre debe ir un paso adelante previendo lo que puede pasar entonces si tú tienes ese conocimiento tú puedes ir llevando ese paso adelante si no lo tienes todo va a ser un naufragio

Carlos: Tú crees que la experiencia porque al has nombrado muchas veces la experiencia, la experiencia va ligada o va en la mano con el conocimiento

Maribel Andrade: sí, sí, sí, sí claro porque yo no.

Carlos: Pregunto, Maribel perdón que le interrumpa si una cosa es la experiencia y cuál es el conocimiento porque yo puedo estar en la unidad ahí miles de años y cual es conocimiento que yo tengo ahí cierto no sé si me surge esa esa pregunta si van ligados de la mañana a veces si a veces no o cuál es la diferencia de cada es que la experiencia

Maribel Andrade: es que la experiencia es la que a mí me da la habilidad si ,si tú tienes conocimiento porque es que uno tiene que seguir haciendo su auto aprendizaje por uno cada día tiene que ir se instruyendo más ósea cada vez salen muchísimas más cosas con las cuales uno se debe instruir de pronto la destreza lo que yo le decía a Jairo porque colocar un catéter yugular central ,para poner una línea femoral que ahí voy intentándolo porque pues las líneas que yo coloco sé que la líneas arteriales no son competencia enfermería pero en esa en las unidades si nos hemos instruido pues en el paso de sus accesos invasivos si ,el de pronto manipular un catéter de Swan-Ganz cuando son los pacientes coronarios la ,la ,la experiencia con relación de pronto al tener yo más interacción con ese tipo de pacientes me ayuda que también vaya sorteando un poquito más como las situaciones y ,y con base pues de la mano de conocimiento que pues de lo que yo me auto instruya puedo comprender esas conductas médicas que se toman con relacionada al estado clínico del paciente.

Carlos: Ok, Maribel que se ha presentado algún tipo de limitación terapéutica del esfuerzo terapéutico en el manejo con paciente COVID ¿en la unidad donde usted trabaja?

Maribel Andrade: si se muestra ,recién empezamos como no teníamos muy claro de pronto la evolución clínica de los pacientes con relación a si ,si va a salir si ,si mejoraba si no mejoraban a principios se empezaban a limitar mucho con relación a nuestro primer indicador era por ejemplo si tolera los ciclos de pronación lo ideal era que un paciente que llegaba tan

deteriorado solamente saber si era de tres a cuatro ciclos de pronación después del cuarto ciclo de pronación nosotros esperamos que ya el paciente empezar a responder la parte respiratoria y ya ,ya hace empezar a ver el avance si entonces cuando ya llevamos cuatro ciclos de pronación y el paciente no mejoraba uno ya decía y actualmente lo dice es esperar que sus pulmones definitivamente como que colapsaron y ,y pues su paciente hiciera su falla respiratoria completamente ya como que se desentendiera,, limitación en el caso también en el que el paciente que estaba consciente te diga ti que ya pasó por un proceso de intubación y que se logró extubar pero algo pasó y el paciente por X o Y como uno los inmune suprime con corticoides ,porque como requieren estar ventilado uno les da ciclo de corticoides por siete días ellos de cierta forma salen inmune suprimidos ,entonces el hecho de extubarlos cualquier sobre infección por más mínima que sea genera otra vez descompensación del paciente y él tener que decirle toca ventilarlo y que ellos digan no me voy a ventilar estando con ,con sus cinco sentidos y valorándole su juicio con en compañía de la psiquiatra y que definitivamente la psiquiatra le diga a uno él tiene su juicio él puede decidir, no se va a ventilar es que, es un poco frustrante ver esa parte.

Carlos: Si iba a preguntarle precisamente eso que cuál es tu sentir en ese momento en el que un paciente tome esa decisión porque ya yo creería que estaríamos entonces estaríamos enfrentando a la autonomía del paciente versus la autonomía del profesional ,sino en el profesional de enfermería porque nosotros estamos a cargo del cuidado de ese paciente y ha manifestado que siempre es donde trabaja ha sido escuchadas se tienen en cuenta las recomendaciones toman decisiones que se siente en ese momento de ese choque cuando el paciente dice ya no más.

Maribel Andrade: jum:: se siente como impotencia mucha impotencia porque la familia dice si yo quiero, el paciente dice no, pues uno como que el ver que se empiezan a descompensar es complejo tener que utilizar medidas de salvamiento como9 por ejemplo infusión de opioide para que no sienta dolor como para que no sienta tanto el ahogo es complicado.

Carlos: Si es el de ser duro y esto y pues la idea no es que no quiero que se ponga mal yo entiendo toda la situación Maribel y este sentir si, si igual está manifestando con palabras con, con, con suspensiones he:: afectan algo en su actividad diaria o, al contrario.

Maribel Andrade: como así afectar con relación ¿a mi vida personal?

Carlos: No ósea me refiero por lo menos yo sé que se siente impotente que le da rabia y lloras porque le da rabia porque sentirse como enfrentada al paciente que no quiera seguir y usted quiero seguir luchando por el eso afecta en algo o:: al contrario, le da más fortaleza para seguir en lo que en lo que usted está en su objetivo.

Maribel Andrade: En ese momento pues uno como que no entiende, porque pues nos ha pasado con pacientes jóvenes he:: uno no entiende como un bueno puedes luchar otro poquito, pero pues en ese momento uno dice pues es la decisión del brindémosle otras medidas como para ayudarlo, pero si en ese momento uno si y experimentar muchas emociones muchísimas emociones pues con el equipo, pero pues no como que respira y tiene que seguir sigue, sigue por el resto.

Carlos: claro he:: Maribel entonces ya como para ir concluyendo usted me decía que entonces su voz es escuchada en las reuniones en las rondas que hacen con los médicos y entorno pues al, al a la toma de decisiones de un tratamiento de manejo médico, no se desde su experiencia y quisiera saber porque es tan cuestionable el uso de la autonomía en el profesional de enfermería porque considera que están cuestionable es un tema que es cuestionable.

Maribel Andrade: ¿ósea como polémico algo así?

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: si ósea la autonomía he:: en el profesional de enfermería

Maribel Andrade: Como yo la puedo ver con respecto a los que no son autónomos es a lo que tú quieres llegar

Carlos: He:: bueno ,es la autonomía en el profesional de enfermería es muy cuestionable es cuestionable en que no se pues la experiencia que tú tienes has podido ejercer la has podido fortalecer la ,lo que no lo que me has contado y ves que él tiene la experiencia o has visto otros colegas que no son autónomos o puede que no es que no sean autónomos pero no es esa autonomía de pronto a la par como la tuya o de pronto la par como otros compañeros con los que te alineas por decirlo así pero si hemos escuchado o yo creo que eso no es no es tu secreto para nadie de que nuestra profesión con respecto a la autonomía de que tomemos decisiones no estamos como muy bien fortalecidos si ,si entonces siempre esa polémica siempre nos cuestionan eso si no se entonces quisiera saber desde su experiencia porque considera que está cuestionable la parte de la autonomía profesional .

Maribel Andrade: pues es que yo siento que el ser autónomo ósea el tener un jefe por decirlo de esa forma es algo positivo para el paciente y para el grupo médico que en ese momento y todas las personas que rodean que integramos una unidad porque esa forma podemos lo que yo te decía a uno a veces se le nublan muchísimo las ideas por X oye pero hay otros que de pronto está ,está focalizado en otra parte y pues el aporte así sea muy mínimo o haces uno lo que yo le digo a las auxiliares ustedes pueden tener ideas o pueden tener opiniones que pueden decir porque a veces a uno se le puede pasar ciertos detalles que pueden ser tan bobitos pero esos detalles tan bobitos sirven como para que uno no puede edificar el problema un problema que de pronto perjudica también la evolución del paciente el ser autónomos nosotros yo pienso que es algo positivo es algo positivo para el trabajo de equipo de una unidad porque nosotros en una unidad en que trabajamos al igual un servicio de hospitalización en pro al bienestar del paciente el paciente en la unidad es mucho más frágil es mucho más frágil porque uno, muchas veces ni siquiera es consciente de lo que le sucede porque simplemente está abajo bajo soporte de sedación entonces con relación a eso simplemente nada más ahí tuya pierdes toda tu capacidad de decidir y si porque tú ya dejas de ser autónomo en ese momento porque tú no decides quien decía es el personal de salud que te está atendiendo y tu familia que está pidiendo que te hagan absolutamente todo para que te preserven la vida ,si entonces si no solamente el profesional de enfermería autónomo sino el grupo médico también no tiene como esa autonomía al no la van a dar toda o no la van luchar como para que ese paciente se mejore se recupere evolucione positivamente y pueda llegar nuevamente a donde estaba que era su núcleo familiar si no hay autonomía en ninguna parte ,si no autonomía del grupo de personal de enfermería o del grupo médico que

va pues arras con su con la parte de fisioterapia y la otra parte del grupo de enfermería que está tratando de ,de ,de implementar estas medidas y también de minimizar los otros riesgos a los cuales mi paciente se encuentra expuesto si yo no soy autónoma pues se van a complicar muchísimo más cosas y ,y todo va entender en que vamos a entrar en un círculo vicioso que siempre vamos a tratar de ir solucionando algo pero como no puede influir en otras ideas otros problemas que pueden estar presentes pero simplemente por temor mío porque muchas veces es temor de uno de ,de hablar de proponer o su pensamiento o su parecer con relación en ese momento todo se queda como truncado y todo va a ser simplemente al seguir una indicación médica y pues enfermería ,enfermería yo siento que tiene también las bases y lo que yo te digo y la forma de instruirse para para poderle hacerle frente y poder refutar una decisión médica con relación con conocimiento que uno tiene y ,y pues de esa forma todo fluya de una forma positiva para el paciente entonces pues sí es importante no seas como yo y así te entiendo la pregunta no sé si ,si sea lo que quieres que te responda pero pues fue como lo que logré interpretar.

Carlos: ah bueno pues Maribel no yo no tengo la verdad pues de pronto hay muchas más preguntas y surgen, pero pues creo que ya está aquí y pues he podido pues escucharla la experiencia, no sé si de pronto quieras preguntar algo o de pronto quieres comentar algo o adicionar algo con respecto al, al.

Maribel Andrade: Al tema no lo único pues que enfermería nunca de verdad lo que yo te decía hay momentos de lo que uno siente la impotencia no simplemente porque se frustra porque falló el tratamiento médico sino que es mucho más frustrante por qué pues eso somos nosotros lideramos un grupo auxiliares paguemos en blanco como que es un jefe más ahí como del montón y no es un jefe como que tiene el carácter y como que la iniciativa de pronto es que si conoce o desconoce eso como que demuestre que aprendido y que como quiere el interés de aprender y esforzarse por aprender y que todo en un turno fluya bien siempre vaya uno como previendo las cosas que pueden suceder y pueda las uno sortear de la forma correcta para pues para el beneficio del paciente entonces pues sí me gustaría no porque ya se vuelva rutinario en las unidades si para que uno coja mucha rutina porque pues tú no llegas esa cosa no sé qué medicamento revisan en evoluciones ya no o sea es como hombre o sea no te vuelvas no entras en ese ciclo y es como que haya simplemente entro ,entro a las siete y salgo a la una lo que haya pasado si paso por mi mente simplemente hice lo que me tocaba hacer pero como que no le dediqué oh:: no le aporte nada ah a la evolución de mi paciente siento que ,que eso no se debe perder porque pues sería pasar como un segundo plano y como cómo hacer un chiquito más como hacer un auxiliar más sin desmeritarlos a ellos entonces como que no.

Carlos: OK Maribel pues no le da muchísimas gracias ,si verdad me gustó muchísimo hablar contigo pues conocer esa parte de esa parte igual manera es lo que tú a veces dices muchas veces y no se pensamos solamente en puntos y a veces como que olvidamos que somos un equipo de trabajo y desconocemos o lo que puede estar pasando tanto los que están allá en una UCI como las que están en este otro servicio como los que están en esta oficina si muchas veces desconocemos de verdad he:: muchísimas gracias por haberme compartido estas experiencias como decía en el consentimiento esto va a quedar entre nosotros voy a

transcribir la ,la ,la entrevista apenas la tenga yo sé la hago llegar tranquila por si de pronto hay que corregirle algo por si tú sientes que escribí algo que no o ,o de pronto no quiso decir cosas y no estuvo otro se pueden corregir si ,si necesito también profundizar un tema y pues con respecto a lo que estamos hablando de la autonomía y de pronto la molestaría nuevamente para después entonces tocaría más específico algún tema en especial pero ya muchísimas gracias de verdad.

Maribel Andrade: Listo Carlitos.

Entrevista 4: Enfermera Patricia Arias

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: bueno entonces lo que le venía contando Patricia es que es un trabajo de investigación que estoy haciendo para la maestría en bioética que estoy cursando ya pues quiero trabajar toda la parte de la autonomía o del ejercicio autónomo del profesional de enfermería, me enfoque pues con lo de la unidad de cuidados intensivos y pues ahorita con todo lo que está pasando con lo de la pandemia la idea es conocer todas esas experiencias y como reconocemos o como es ejercicio autónomo por parte de parte de nosotros los profesionales quisiera como empezar a que me contara brevemente cuál es su labor principal en la unidad de cuidados intensivos donde trabaja bueno antes de esto Patricia quería preguntarle usted es egresada me contaba que es la Universidad autónoma de Bucaramanga cuánto lleva de experiencia en la unidad de cuidados intensivos.

Patricia: he:: Si yo soy egresada de la UNAB de la universidad autónoma de Bucaramanga en 2012 en el 2013 inicie a trabajar en el área hospitalización y en el 2015 inicié en el área de cuidado crítico he:: ya llevo cinco años larguitos en la unidad de cuidados intensivos de la clínica comuneros acá en Bucaramanga he:: soy especialista en cuidado crítico hace año y medio y pues las funciones que nosotros tenemos en la unidad de cuidados intensivos donde laboro actualmente pues es el acompañamiento al paciente la administración de los medicamentos, las curaciones a los pacientes y las valoraciones al paciente en cada turno el acompañamiento en la ronda con el especialista con el médico general, con él fisioterapeuta, la enfermera he:: en esas rondas médicas pues he:: si es un grupo multidisciplinario que siempre tienen en cuenta pues lo que enfermería puede aportar sí ,he:: se nos pregunta siempre que tenemos que decir sobre el paciente, como está el paciente, como lo vimos, los cambios que ha tenido en las últimas horas, cómo está su parte anímica ventilatoria, hemodinámica.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK, con todo esto que me cuenta de esta parte pues asistencia de todas sus actividades ¿qué tan importantes es para su labor como profesional de enfermería la autonomía?

Patricia: para mí es bastante importante, he:: inicialmente cuando llegué aquí a la unidad era un poco cerrada era lo que él intensivista del momento pues decidiera pero surgieron unos cambios importantes de la unidad donde nos tienen en cuenta, en donde nosotros como

profesionales de enfermería los que somos especialistas y los que no ,tenemos la experiencia y la experiencia de participar en una ronda ,por el ejemplo diciendo cierto medicamento que le van a agregar al paciente doctor pero digamos que el paciente renal no debería tener losartán u otro hipertensivo entonces esa parte ya se ha venido teniendo en cuenta en la unidad antes no éramos tenías simplemente nosotros recibíamos órdenes y las ejecutábamos estuviese bien o no estuviese bien.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK, pero cuando usted me habla de ese de esos cambios que se han venido generando, ¿ha sido por cambios estructurales del funcionamiento de la dinámica de cómo van a hacer la ronda o cambios a raíz de, de ustedes como enfermería?, no sé.

Patricia: Yo creo que los cambios se han venido dando por parte de enfermería, si porque somos más participativas el 90% del personal de enfermería somos mujeres en la unidad y somos muy participativa, somos muy de estar pendiente del paciente decir doctor mire esto, doctor creo que esto sería mejor, yo veo que eso podría hacerse así, entonces siento que hemos venido dándonos ese lugar y ganándonos ese espacio de nosotros como personal de enfermería.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK, bueno ya ahorita le pregunto algo más sobre eso, pero entonces usted me diría que en su ejercicio profesional ¿se ha sentido autónoma?

Patricia: en el último año si me he sentido más autónoma, a lo que, a mi experiencia anterior, si la verdad si me sentido más autónoma en el en el momento, de yo digamos decir que esto se lo voy a colocar esto, no se lo voy a colocar, voy a y tengo toda la justificación de decirle al especialista, al médico no lo hice por esto por esto por esto.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ¿Que la lleva a que usted ahorita sea autónoma y anteriormente no?

Patricia: yo creo que la experiencia he: y el estar constantemente estudiando, retroalimentando capacitándome, eso es algo que le da uno mucha seguridad, cuando empecé en la unidad no podía opinar no podía controvertir algo porque no tenía ni la experiencia ni conocimiento necesario para hacerlo y la experiencia y los conocimientos y entender que el estar estudiando capacitándome diariamente es lo que me da seguridad y la autonomía de mi ejercicio mi profesión.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK Patricia y con respecto a este cambio que se ha venido generando, si de pronto no sé con todos los médicos ¿con cuánto médicos labora usted en la semana por decirlo así siempre es con el mismo o cambia de médicos?

Patricia: Siempre tenemos los mismos especialistas en la clínica ,donde trabajo actualmente por la pandemia por COVID tenemos cuatro unidades de cuidado intensivo ,dos para COVID de onces pacientes cada una otra de diecinueve camas que son pacientes de otras patologías sepsis, cardiología y hay otra unidad con seis camas que eso lo paciente intermedio que ingresa para estratificación coronaria para estudios electrofisiológicos y todo el tiempo tenemos los mismos especialistas siempre es el mismo especialista de la mañana ,siempre es

el mismo especialista en la tarde y en las noches si cada quinta noche va a un especialista de los mismos que van en el día

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ¿usted ha tenido la oportunidad de rotar con todos?

Patricia: si ahorita ,mira ahorita yo siento que la autonomía en la unidad es algo que se ha visto más reflejado porque, diría yo un 80% de los médicos generales son nuevos entonces recién graduados no tiene la experiencia he:: tienen el miedo de hacer las cosas todo uno le dice doctor el paciente está en FA no que mejor no lo haga porque el especialista no está , doctora así se hace acá ,así lo hacemos nosotros, le puede ir avisando al médico especialista pero nosotros vamos haciendo esto, entonces para nosotros ha sido de más autonomía este tiempo porque es un buen (interferencia) es sobre la unidad que está haciendo un procedimiento ellos nos dan el aval y el apoyo.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: se entrecortó ahí cuando dice que ha sido en estos tiempos que ha sido más de apoyo o por más autonomía ¿por? es que se entrecorto no le escuché bien.

Patricia: ha porque los médicos generales son nuevos la gran (.) espérame (.) si es que son médicos recién egresados y no tienen experiencia que tengo de hacer algo entonces todo se lo contestan al especialista mientras ellos hacen las consultas del especialista en nosotros como personal de enfermería ya hemos arrancado hacerle a la atención al paciente sin que ellos nos digan a nosotros ya cuando llegue al especialista doctor le hice esto ,le hice esto ha bueno jefe está perfecto vamos a seguirle haciendo esto vamos a ayudar con esto.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK, pero si no, si no estuviera el médico general, si no fuera solamente el especialista cree que en este momento está, usted pudiera desempeñar o podría seguir siendo autónomos como lo están haciendo en este momento o ¿si hay un limitante?

Patricia: si claro hay un limitante he: pues en nuestra unidad donde trabajo, el intensivista siempre nos ha dejado claro que es una unidad cerrada donde es lo que él dice, pero él recibe nuestra sugerencia y las toma en cuenta, pero cuando los otros especialistas ellos nos dejan ser más autónomo.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK ah bueno Patricia entonces ya seguimos en con, con eso de pronto me surgen otras preguntas, pero quisiera saber he: si me puede escribir alguna experiencia en atención con un paciente diagnosticado COVID 19 en la que usted ha sentido he: ser autónoma como profesional y al ser autónoma qué elementos tuvo en cuenta a la hora de tomar ese tipo de decisiones frente a este paciente COVID 19 en la UCI.

Patricia: Bueno yo una experiencia iniciando la pandemia muy interesante he:: inicialmente sólo tenemos cuatro pacientes cinco pacientes y yo estaba con esos pacientes con mi auxiliar y obviamente cuando empezó todo esto era más complejo pues uno entender el miedo, pues no había experiencia he: no había como tal los protocolos ya como tal estandarizados para el manejo de estos pacientes, todo el mundo tenía miedo a contagiarse por enfermarse he:: tenía un paciente que estaba malo desde la mañana ,pero no estaba malo ,bastante soportado ya lo habíamos logrado estabilizar y era hacia la 1:30 de la tarde y yo decidí salir a almorzar

cuando yo decidí salir a almorzar quedó encargada mi auxiliar pues ellos están capacitados para hacer ciertas cosas no todas las cosas y todos son tan hábiles para hacer ciertas cosas he:: no se había establecido quién era como el jefe de apoyo en este momento para esos pacientes ,estuviese fuera ya sea tomando el almuerzo o en el baño o tomando un minuto descanso ,fui almorzar había salido me había quitado todos los elementos de protección personal he:: me lave las manos ,salí de la unidad y fui a tomar el almuerzo ,cuando a los siete minutos diez minutos me llama una compañera al celular que mi paciente estaba en paro en este momento lo que yo hice me entre corriendo y entre la unidad y entré sin nada ósea solamente con la careta y me puse unos guantes le tome el pulso y si estaba en paro y:: iniciamos la reanimación y no entraba nadie no entraba el médico no entraba el especialista no entraba el fisioterapeuta porque no hay ,lo que yo hice fue darle las indicaciones a mi auxiliar vamos a reanimarlo ,vamos a hacerle esto ,empezamos a reanimar después de que el paciente pues logró salir a los tres minutos ,ellos entraron pero fue un momento como de ,de discordia en que usted porque no entro usted porque lo hizo sola ,entonces fue un momento difícil luego se le retroalimentó con el comité de calidad se le comentó al especialista y en ese momento se dejaron claro qué funciones tenía cada uno he:: yo siento que en ese momento fui totalmente autónoma hice lo que yo sabía que tenía que hacer ,después cuando no se calma cuando está más tranquilo pues entendí que no era la forma en que debí entrar ,debí haberme vestido debí haber seguido como todo el protocolo pero pues para mí era más importa el paciente era un paciente joven de 45 años eso es uno de los momentos más complicados que yo he vivido en esta pandemia y me sentí autónoma y yo le dije al doctor hicimos esto y me dijo pero es que él nunca estuvo en paro porque en el cardioscopio mostraba 30 y yo claro doctor eso se llama actividad eléctrica sin pulso yo estaba allá y yo no le sentí el pulso al paciente , estaba en paro y esa fue la experiencia más difícil.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Y en esa experiencia que tuvo Patricia aparte de que usted quería resucitar al paciente porque era joven porque usted estaba convencida y sabía lo que tenía que hacer que elementos ¿qué otros elementos tuvieron en cuenta en esa obra o que la ha motivado con el sino con todos los pacientes para tomar decisiones?

Patricia: yo creo que el estar segura de lo que estoy haciendo ,el saber y el tener los conocimientos obviamente pues uno no se las sabe todas pero considero que en el momento que tengo que actuar lo hago porque tengo claridad de lo que se y de lo que puedo hacer y lo que le pueda brindar al paciente ,es claro en cierto momento digamos cuando uno aclara con la parte médica con la parte de fisioterapia ,cuando se llega a un consenso en grupo en el que el paciente definitivamente no es reanimable aunque uno quiera hacerle ,usted ya sabe ya se dejó claro ya se estableció que es un paciente que no se le va a hacer nada ,pero cuando no el instinto de uno es ir a revivirlo.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ¿OK Patricia y en esas mismas experiencias que usted vivió usted me podía de pronto contar si ay no, claro está si hay experiencia sobre el ejercicio profesional autónomo o no porque puede pasar de que hay ejercicio no autónomo ¿de algún colega? ahorita en tiempo de pandemia ... me explico nuevamente ósea, así como, como se tuvo esa experiencia donde usted me cuenta que me está contando que fue autónoma por esto

por aquello hay alguna experiencia que usted haya visto que la haya vivido un colega suyo que haya sido autónomo o puede ser que también no haya sido todo puede pasar.

Patricia: si claro hemos tenido varias ,varias experiencias esta esta pandemia nos ha dejado muchas experiencias en la parte personal en la parte profesional he:: entonces yo creo personas muy buenas ,personas muy malas personas que simplemente va a cumplir 12 horas para pues para ganar un sueldo si ,conozco de un caso que era un paciente que ,que estaba muy bien el señor estaba muy bien que le habían hecho su traqueostomía ,el paciente ya lo habían desconectado ,estaba hablando se le había permitido hacer una video llamada con la esposa y la señora como de 70 años se le había permitido esta mañana hacer una video llamada con la esposa y en un momento el paciente es simplemente empezó a desaturarse ,desaturarse he:: me refería que estaba ahogado ,se puso cianótico he:: y obviamente mi compañera lo primero que hizo fue salir llamar al terapeuta al médico le colocaron le hicieron y aún así el señor pues no logró salir y ella le decía doctor pero porque no le quita la la tráquea y lo entuban nuevamente ,doctor porque no le ponen esto ,doctor por favor hágale esto y él doctor simplemente decía es que ya no hay nada que hacerle, ya todo lo que se le podía hacer ya se le hizo, pero ella en su desespero quería hacer las cosas y es una compañera que es muy buena y sabe mucho y tiene mucha experiencia y ver la anímicamente como quedó después de que falleció el paciente fue bastante duro para nosotros porque ella quería hacerle más y hacerle y hacerle ,y ya no se podía hacer nada han habido casos en que pues compañeros que simplemente mire el paciente está hipotenso esta bradicardico ha si normal ,entonces en ese momento uno quisiera intervenir pero llega como el punto en el que uno dice no es mi paciente me duele porque no es mi paciente es de mi compañero pues él decidirá cómo actuar como hacer manejo ,pero si es un poquito a veces esa parte es bastante choque porque uno quiere hacerle o colaborarle o mire hágale esto súbale bájele ayúdelo pero pues uno llega hasta donde se pueda.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ¿entran en un conflicto ahí grande?

Patricia: si uno entra en un conflicto ético.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: cree Patricia que qué bueno con lo que me está contando con su experiencia con la experiencia que usted ve de sus otros colegas de sus otros compañeros cree que su formación como profesional ¿es suficiente para la toma de decisiones?

Patricia: no creo que sea suficiente creo que uno día tiene que aprender más estudiar más perfeccionarse más porque cada día es un reto nuevo por ejemplo nadie estaba preparado para para esta pandemia nosotros en la UCI manejamos siempre midazolam ,fentanil y aprender a manejar pancuronio, rocuronio ,sisatracurio 1000 medicamentos que nosotros no estábamos acostumbrados a manejar fue todo un reto aprender a que se despertó ,que se desacoplo ,no que cuanto le puede pasar de sisatracurio ,no que cuanto es el bolo que se le puede pasar inicialmente un proceso para nosotros complicado entonces yo creo y confirmo con eso que uno día tiene que estar estudiando formándose no por uno sino para el paciente para una mejor calidad a los pacientes y uno siempre de pensar que ese paciente o pienso yo

es un familiar o puedo ser yo misma y quiero que me hagan todo y me lo hagan de la mejor manera y la forma correcta como debe ser.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: claro Patricia he:: usted me contaba en un momento al principio que ustedes hacen rondas y usted cuando me contaba pues la brevemente su labor principal o las actividades que se viene generando en el en la UCI esas rondas que hacen ,usted siente que es escuchada ,la sugerencia que usted da o las sugerencias que dan sus colegas siente que su voz es escuchada que:: las decisiones que ustedes toman o las propuestas que ustedes hace en el cuanto al manejo de un paciente ¿es atendida por los médicos?

Patricia: siento que con unos sí es tomada en cuenta hay unos que primero le preguntan a la jefe antes que al general ¿qué piensa? Como lo ve usted ,será que aguanta ,será que si va a salir, será que le bajemos al soporte ,será que aguanta que le empecemos a bajar a la sedación para extubarlo ,como se ha despertado, si como como ha sido el proceso el ,otros no tanto si hay otros y no son todos son cómo dos que aunque usted les diga con todas las justificaciones doctor eso no es así ,mire eso no le va a servir ,doctora mire ya lo hemos hecho ,no es simplemente lo que ellos digan y punto y con especialistas he personalmente aunque pues a mi o me parezca simplemente tengo que cumplir las órdenes porque pues él es especialista él es el médico él es el que dirige el manejo del paciente ahí veces como te decía Carlos que le permiten a uno decir no doctor mire el señor esto está haciendo falla renal deberíamos quitarle el losartán ,doctor mire el paciente ya tiene muchos líquidos deberíamos bajarle al goteo de los líquidos ,será que si le concentramos los antibiótico ,será que si hacemos esto ,sí que le permiten a uno mostrar lo que uno sabe ,mostrar lo que uno ha aprendido el conocimiento que uno tiene y estar como de igual a igual con ellos.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Patricia cuando el médico le dice cuando no se tiene en cuenta esa esa, ese criterio que usted da o esa si ese manejo que ustedes ofrecen y usted termina haciendo lo que el medico dice ósea lo qué pasa con ese médico especialista que es cerrado que pone la barrera que dice se hace lo que yo diga y punto que no usted termina haciendo lo que él dice.

Patricia: sí:

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: y que y que se siente cuál es su sentir ante esta situación de no ser escuchada en ese momento o no ser atendida a la a la a las observaciones o a lo que ustedes ofrecen.

Patricia: no ósea eso es algo frustrante realmente frustrada porque uno doctor ,no doctor pero mire no le haga eso a que miren que no sé qué he:: y ya cometió el error y el paciente falla y el paciente hace paro y el paciente no mejora, uno como que si ve doctor si me hubiera hecho caso o si hubiésemos podido llegar un acuerdo mutuo entre los dos si pues hubiese sido algo beneficioso para el paciente ,es que no es beneficioso para mí ,es para el paciente nunca yo creo que uno nunca dice doctor hagamos esto así no porque yo quiera sino porque en la experiencia en el estar con los pacientes y nosotros como personal de enfermería que estamos en la unidad de cuidado intensivo 12 horas continuas con el paciente mirándolo hora a hora

,cambiado el medicamento hora a hora ajustándole el soporte hora a hora uno tiene ósea como decirles a ellos porque es que debería hacerse así ellos ocasionalmente están tres horas en la unidad salen al estar ,están pendiente ,obviamente estar pendiente de 19 pacientes es muy complicado muy complejo con diferentes patologías en cambio nosotros tenemos cuatro pacientes en los que estamos pendiente hora a hora podemos decirle doctor es que este paciente está actuando así ,no está actuando igual que él dice es diferente se está comportando así ,está haciendo así ,está rechazando esto está haciendo intolerancia ,es ese el estar nosotros todo el tiempo en la cabeza del paciente es lo que nos da la seguridad de decir eso se debería ser así.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: si claro si lo que usted ,lo que uno va identificando en el día en las 24/7 ,si de comportamiento la dinámica del paciente lo que le da usted la seguridad para poder de todos los días de dar la seguridad de justificación de qué es el tratamiento ideal o indicado para ese paciente .con referente ,volviendo a: al tema de los especialistas no sé si usted logre de pronto identificar esas dos o tres especialistas los que son que ponen la barrera a que me hago refiero a que me hago referencia Patricia mucho mayor en edad ,mucho más experiencia ,menos experiencia es que es de pronto es de esta especialidad y los de esta especialidad son un poco más o de pronto es que es de esta otra que son más accesibles ,cuál es esa diferencia o usted porque logra identificar ,cómo podríamos lograr identificar que médicos son los que tienen más barreras o que especialistas son los que tienen más barreras que otros ya me dijo que los médicos generales los que están recién ,egresados porque están aprendiendo ,son mucho más asequibles si son más ,tienen más en cuenta y vienen a ustedes a preguntar como es ,qué puedo hacer o cómo lo hago pero estos especialistas ya de cuidado crítico que es lo que los diferencia para no ser tan accesibles o para no he pronto permitir que ustedes una opinión o un tratamiento.

Patricia: bueno yo tengo identificado 3 especialistas uno es una doctora que es médica internista se graduó conmigo de la UNAB ósea es de la UNAB también yo la conocí cuando era jefe en hospitalización ella estaba haciendo su residencia en medicina interna cuando llego ella no era muy hábil en la parte en la parte asistencial en la parte de hacer de pasar un central de colocar un paciente ,en la parte de reanimar un paciente ,no era tan habilidosa que pasa que entonces el compañero que estaba siempre en las noches con ella el otro especialista era un especialista de mucho más trayectoria un anestesiólogo cardiólogo intensivista que él mientras reanimaba podría estar pasando perfectamente el central el marcapasos y todo yo siento que para ella eso fue como algo difícil porque ella siempre que iban con un pacientes entonces nunca lo podía ser y nosotros doctora le llamamos al doctor martines no yo lo voy a hacer y ella intentaba 3 4 veces y nosotros doctora ,hasta un momento que un médico general decidió llamarlo comentarle y él llegó y ella ósea ese ese yo creo que se fue como como el punto en que ya se cerró a cualquier ayuda a cualquier sugerencia cualquier todo porque se sintió que estaba como pasando por encima de ella pero no era por eso sino por ayudarla si ella sintió que no lo podía hacer y que todo el mundo veía todos los que estaban en el rededor de ella que ella no era capaz y no era que no fuera capaz y no que no tenía la habilidad en ese momento estaba recién egresada recién graduada como médica internista

desde ese momento ella cambió mucho desde ya es siempre es lo que yo diga jefe yo le estoy dando una orden es lo que yo diga no lo que usted diga ,ni le vayan a preguntar al otro especialista ni nada porque yo soy la especialista y yo soy la que le estoy dando las indicaciones ,otro es un médico esto cirujano general es más por él y a él no le gusta que le diga al doctor mire esto ,el no tolera que haya nadie más por encima de él ni que sugieran un acetaminofén el nada no lo tolera y menos de una jefe no puede venir acá porque no sabe nada para él y hay otro que también es pero es porque es muy nuevo entonces él se siente inseguro ,primero le consulta a todo el mundo y después jefe como era lo que usted me decía doctor se hace así ,mire esto es lo que se está el protocolo así y así ,entonces ya como que empieza bajar un poquito la guardia y empieza como a dejarse hablar pero es más porque es nuevo en la unidad y los otros son ya ,tienen mucha experiencia ya llevan mucho tiempo de estar con nosotros en la unidad y siempre nos tienen mucho en cuenta.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ha ok Patricia en todo esto en su experiencia y no sé si han presentado alguna situación de limitación esfuerzo terapéutico en el manejo de pacientes COVID-19 en donde usted trabaja, ¿en qué tipo de limitaciones son los que se han presentado?

Patricia: he:: bueno las que más hemos pasado como por el proceso que inicialmente queríamos reanimarlos a todos ,ya entonces no ya no vamos a reanimar a todos ya entonces vamos a reanimar por ejemplo los que mejor respondieron a la parte ventilatoria los que no requieren soporte ,los que mejor estuvieron definitivamente delimitan a los que han estado inestables a los que han pasado por varios paros a los que no han respondido a ninguna maniobra para mejorarle su oxigenación he:: la funcionalidad del paciente los años del paciente todo eso pues ya se ha ido como clasificando mejor ,que pacientes si vamos a reanimar y que pacientes definitivamente no vamos a reanimar es duro porque hemos tenido pacientes jóvenes que definitivamente no vamos a reanimar ya el doctor ,el especialista ,el fisioterapia nosotros mismos hemos llegado a que no si es que ya no se le puede hacer nada al señor no se le puede hacer nada más ósea ya lleva 15 20 días en la unidad y no está en un punto ni retorno ni de ni de mejora ni para adelante ósea nada simplemente nada y en ese momento ya empieza entonces ya empiezan ellos a tomar esas decisiones y a clasificar que pacientes se va a reanimar y en la mayoría (.) en la mayoría de los casos yo creo que la mayoría hemos estado de acuerdo en esa limitación.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ah bueno limitar estos pacientes x o y paciente ya empiezan ustedes a estar en la terapia de fin de vida de alguno de ellos o de todos ¿sí? con uno, de pronto, una experiencia que tenga de estar en esa terapia de fin de vida con ese paciente como ha sido como tal su experiencia, que ha sentido, que ha generado esta parte de limitar al paciente de ya estar en todo ese proceso de fin de vida.

Patricia: bueno pues para mí siempre ha sido duro tomar la decisión de estar de acuerdo con el especialista de limitar al paciente pues porque siento que es una decisión que lleva muchas cosas involucradas tanto la parte médica, la parte espiritual ,como una parte del acompañamiento del paciente ha sido difícil que se limite a los pacientes que llevan 20 22 días en la unidad y que los familiares nunca lo vieron ,que nunca los pudieron ver ,que nunca

podieron volver hablar con ellos ,eso no ha sido duro y la otra parte de la limitación y de ver la terminación de la vida es que tanto se les permite como el padecimiento el sufrimiento y bueno está bien doctor límitelo pero por favor sí que muera tranquilo algo para que esté tranquilo para que no se le vea su cara de sufrimiento uno los ve sufriendo uno sufre con ellos aunque uno trata de no mezclar todos los sentimientos con los pacientes terminan haciendo y viendo que están sufriendo que haciendo no sé unos gestos ,unos movimiento es algo difícil siempre soy una de las que les dice al especialista durmámoslo bien ,que no sienta dolor que se vaya tranquilito porque eso para uno es duro verlo ósea uno no dice bueno lo limite ya menos un paciente ,no el sigue siendo el paciente hasta que ya termine su ciclo ,es importante que estén tranquilos que mueran sin dolor que mueran en paz.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ok Patricia ya te mandé...

Patricia: lo que me ha dado duro es lo que te digo en la parte de la acompañamiento familiar eso ha sido algo terrible porque ingresan a su familiares caminando y hablando y nunca más lo vuelven a ver, no pudieron hacer el proceso de duelo de verlo de entender como mi papa esta así, mi papá tenía un tubo, le han colocado otras cosas, le han colocado más medicamentos como de verlo de hacer su duelo diario de estar ahí acompañándolo y cogiéndole la mano viéndolos a pasar a no volverlos a ver.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: en ese aspecto en ese momento que usted cuenta ¿cómo ha sido su ejercicio autónomo ante esa situación?

Patricia: bueno mi ejercicio autónomo ha sido muy arriesgado en ocasiones permitirles a través de no está bien ,pero a través de mi celular que puedan hacer una video llamada que puedan hacer una llamada ,que se puedan comunicar, porque es yo digo es muy difícil para la familia estar al otro lado sin saber cómo esté si le dieron de comer en la clínica si está muy aguantando frío el señor ,que lo entubaron ,la familia no dimensiona que es un tubo , la familia no dimensiona que es estar sedado ,la familia no dimensiona que es estar en pronación ,la familia no logra dimensionar eso entonces muchas veces y no solo yo muchas compañeras lo hemos hecho regalarles una video llamada un minuto que se escuchen que hablen que puedan tener un momento un espacio íntimo entre familiar y el paciente está prohibido en la institución está prohibido hacer eso el único que lo puede hacer él es el especialista pero pues yo siento que a veces es necesario es algo necesario para el paciente por ejemplo a un paciente que no está entubado un paciente que simplemente hace pronación vigilia está con su máscara de no reinalacion despierto usted sabe que es pasar 24 horas al día siete días solo escuchando los monitores escuchándonos a nosotros hablar ,viendo tal vez al paciente de al frente que lo están reanimando y no poder hablar con su familia no poderla ver no poder saber cómo está para ellos esa parte anímica también es importante

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: claro Patricia, muy interesante todo lo que me cuentas de esa experiencia que han vivido y pues sí me gustaría de pronto saber en esos en, todo eso todo en todo lo que usted en toda esta información que usted me ha brindado que se ha recopilado he:: y conocer de pronto no sé si quiera contarme algo más de su sentir en este

tiempo de pandemia y no sé comparado de pronto con cuando no estamos en pandemia y ya otra pregunta y un poco aparte es:: que es entonces cómo podemos nosotros catalogar como puede catalogar un enfermero autónomo dentro de una unidad de cuidados intensivos

Patricia: bueno yo creo que catalogar un enfermero autónomo se puede hacer he:: en como preste el cuidado en cosas muy sencillas encontrar como un ejemplo claro que todos sabemos para que sirve la furosemida en qué momento usted se la coloca en qué momento no ,catalogaron un compañero que tiene faltas de autonomía es cuando usted le está recibiendo ,le ve un gasto urinario de 3 3.5 4 y le pregunta y se revisa el Kardex ha tiene furosemida ,no le coloco la furosemida si claro pero porque no es que estaba escrito ósea no es que este escrito es que uno sabe para que esta medicamento para que lo coloca y sabe en qué momento no se va a colocar dejan de ser autónomos simplemente por cumplir la orden médica y no van más allá si de visualizan lo que están presentando el paciente día momento hace dos días podría necesitarlas pero hoy ya no la necesito entonces eso si yo lo catalogo siempre es cuando en mis entrega de turno ,era esto ,ha pero es que ahí estaba el doctor fue el que me dijo ,no bueno pues porque uno tampoco va a entrar en discusión en discordia con sus compañeros creo que cada uno tiene muy claro cómo trabaja lo que hace y porque lo hace pienso yo.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK y la y la primera parte de ese sentir todo esto que le ha hecho cambiar que le ha hecho he fortalecer no sé si hay una diferencia de antes de la pandemia ahorita la pandemia.

Patricia: bueno ya que ha mejorado mucho más la empatía ,la empatía con lo que puede estar sintiendo ese esa persona que está en una cama esa persona que está confiando en lo que nosotros estamos dándole a ellos sí y lo que nosotros estamos brindándoles nuestro tiempo nuestro cuidado y la calidad del cuidado como lo hacemos no simplemente por hacerlo entonces yo creo que a mí personalmente ser más empáticas con ellos con los pacientes entenderles sus quejidos , entenderles cuando se molestan ,entender cuando se disgustan entender muchas cosas de ellos que uno vez es por el ejercicio de hacer tantas cosas que uno tiene en sus actividades diarias una veces las omite la salta y a veces uno no le dedicaba pues de pronto un poco de voy a escuchar a los que podían hablar que ,está sintiendo que preocupación tiene porque está desesperado porque quiere ir porque no se quiere atender que no le gusta que siente pena que esa comida no le gusta que nunca había estado en una clínica ósea ser más simpáticos con ellos es lo que a mí me ha dejado porque un día lleguemos simplemente a cumplir y para mí ese día perdemos como tal el ser de la profesión.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK patricia y con toda esta experiencia que usted tiene y porque ,quisiera saber por qué es tan cuestionable el uso de la autonomía en los profesionales de enfermería ,creo que es lo que siempre he escuchado de que hemos escuchado muchas veces los médicos lo que usted decía precisamente que el jefe no sabe porque el enfermero tiene que opinar cosas así se escuchan ahí yendo aparte ,entonces mi pregunta es porque está tan cuestionable el uso de esta autonomía en los profesionales.

Patricia: yo siento que es cuestionable porque nosotros nos encargamos de perder esa autonomía nosotros nos acostumbramos la gran mayoría del ejercicio de enfermería es

obedecer la orden que nos dan y yo siento pienso que no es obedecer es estar en un común acuerdo para brindar lo mejor a mi paciente si yo no tengo porque obedecer algo que está mal que yo sé que está mal que le va a causar mal y el miedo quizás el ser señalado ,no es que la jefe me está llevando la contraria la jefe es desobediente la jefe tal cosa es lo que también nos ha hecho perder la autonomía porque no quiere ser de pronto del agrado de del especialista del compañero de trabajo ,pero uno se puede ganar el respeto la autonomía y todo con los conocimientos como usted trabaje y con lo segura que usted esté de lo que está haciendo las cosas.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK Patricia pues de verdad creo que no tengo más preguntas he: muchísimas gracias mentiras una última pregunta si quisiera saber hay algo que no sé si tenga que ver cómo está el con el tema, pero si me ha surgido preguntar con todo esto de la pandemia e iría un poco ligado a la última pregunta de la Autonomía por qué tan cuestionable la autonomía o el liderazgo del profesional de enfermería cierto y ahorita llaman, llaman a los enfermeros los héroes de la salud ahorita la enfermería está reconocida totalmente, qué piensa de eso está de acuerdo no está de acuerdo que piensa de, de que la estén llamando la héroe de la salud, vea la enfermera héroe está luchando por esto porque ahorita si, antes no.

Patricia: no yo no estoy de acuerdo que ahorita si antes no, siempre he tenido en mis pensamientos que he:: somos una profesión que es muy mal tomada en cuenta, he:: nosotros por amor a la vocación por servicio sacrificamos el tiempo con nuestra familia, el descansar con nuestra familia, estar una noche su casa descansando teniendo un sueño conciliador para hacer y ejercer lo que decidimos ser, enfermería no existe hace seis meses cuando empezó la pandemia ,la enfermería tiene muchísimos años atrás donde ha servido donde ha estado a la cabeza del paciente donde ha sido como el motor para que todo funcione ,si ,recuerdo cuando se celebra el día de la enfermera que el doctor nos dice sin ustedes la unidad no funcionaría ,porque sea tan siempre 24/7 encima de los pacientes pendiente diciendo recordando haciendo todo entonces no me parece justo que digan que somos héroes ahora siempre ,siempre lo pido y no héroes si no que hacemos todo por vocación o la gran mayoría de los profesionales de enfermería hacemos las cosas por vocación no todo el mundo tiene la vocación y pues para eso yo creo que se quedaron las ramas de la enfermería diferente al estar en el área hospitalaria porque no todos tienen la vocación de sacrificar un fin de semana ,de sacrificar una fecha especial una navidad o cumpleaños de su hijo suyo una noche en su casa por estar con los pacientes ,quien no tiene esa vocación se ha tomado otras, otros rumbos la parte asistencial ,la promoción a la prevención otras cosas ,los que estamos ahí en el cuidado del paciente es por vocación por amor y me da una molestia cuando dicen que somos héroes ahora y siempre yo siento que siempre hemos estado ahí para servirle a nuestros pacientes.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Si claro Patricia pues muchísimas gracias por su entrevista muchísimas gracias por compartirme he:: su experiencia he:: y de verdad que es muy gratificante y que también pues haga parte de del trabajo investigación que estoy haciendo

con todo esta lo que yo decía lo que leíamos en lo que leíamos en el consentimiento y lo que le contaba pues la idea es generar más conocimiento y fortalecer lo que es nuestra profesión de enfermería sí y fortalecer está autonomía que como ustedes nos decía y a veces la dejamos perder por X motivo razón circunstancia dejamos perder esta autonomía y voy a transcribir esta entrevista si la apenas la tenga lista yo sé la envío para que la lea si de pronto yo escribí algo que no quiso decir si hay que modificarle algo que usted quiere o de pronto quiere agregarle algo más entonces yo sé la hago llegar en Word a su correo para que la analice y la idea pues es sacar de aquí ciertas conclusiones muchísimas gracias y ahí estaremos nuevamente en contacto.

Patricia: No, gracias a usted y espero que, que le sirva y que la parte ética en el ejercicio de la enfermería pues sea más presente es algo muy interesante la parte de la bioética es muy interesante me alegra mucho Carlitos

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: bueno un abracito cuídense mucho.

Entrevista 5: Enfermera Mariana Álvarez

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Listo Mariana entonces he: quería saber he: ¿usted es egresada de dónde?

Mariana Álvarez: yo soy egresada de la Universidad de los llanos:

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: De la Universidad los llanos, que ¿tiene alguna especialización?

Mariana Álvarez: en docencia universitaria

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: En docencia universitaria ¿en qué universidad?

Mariana Álvarez: la universidad del bosque.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: la universidad del bosque, OK y sus años de experiencia en unidad de cuidados intensivos.

Mariana Álvarez: casi 11 años.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: 11 años y ¿actualmente está laborando?

Mariana Álvarez: en la fundación Hospital San Carlos unidad COVID

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: listo Mariana, entonces pues quería como quería como conocer primero pues como ir para entrando en materia quería conocer o que me escribiera brevemente su labor principal de como enfermera en la unidad de cuidados intensivos que me cuente cuál es esa labor que usted que hace ahí en la unidad de cuidados intensivos.

Mariana Álvarez: en general nosotros somos los encargados de recepcionar por los pacientes no ,el paciente cumple un protocolo para recibirlo en la unidad ,el paciente inicialmente se presenta directamente con el especialista después de qué es aceptado por el especialista ,no lo presentan a nosotros a nosotros no lo presentan ,con pues con todo lo que tiene el paciente

en el momento que no lo van a subir ,de los servicios de los diferentes servicios del hospital del único sitio que no nos presentan los pacientes es de referencia ,estos pacientes llegan directo a la unidad sin ninguna presentación simplemente con la remisión, después de presentarlo uno da tiempo prudente para tener la unidad lista de acuerdo a las necesidades que tenga el paciente si necesita la ventilación mecánica si necesita tener uno listo todo lo de reanimación para un paciente crítico y pues ahora más con los pacientes que necesitan ,los COVID que necesitan tanto su soporte ventilatorio y su disponibilidad oxígeno inmediato ,he:: la unidad de nosotros, es una unidad completamente COVID el personal que está dentro de la unidad pues tiene toda la medida de seguridad de cuidado para cada uno desde que inicia en el turno entonces pues si no necesitamos como otras unidades que necesitan el cubículo separado y la puerta cerrada donde se detiene solo pues el traje de mayo y se lo poner el resto de protección ,nosotros en la unidad de nosotros en la unidad si tenemos todo el tiempo en los elementos de protección personal después de que llega el paciente, de ,recensionado el paciente nosotras somos las encargadas pues de tomar por ejemplo el electro presentar el personal que está a nuestro cargo y que va a estar al cuidado de ellos y el paciente dentro de su estado de salud permite tener una interacción pero pues el paciente que está ventilado pues es totalmente diferente es un paciente que necesita su ventilación inmediatamente y su iniciar su reanimación si necesita inotropia pues uno es el que la inicia si tiene ya un central o una acceso central o si no nos toca preparar nosotras para un acceso central con ayuda del personal auxiliar y pues eso sumerce sabe que todo es un grupo multidisciplinario donde la fisioterapeuta está organizando su ventilador, nosotros estamos organizando nuestro nuestros accesos venosos para ver si necesita inotropia sedación lo que requiere el paciente y si no viene ventilado pues asegurar la vía aérea y tener todo de acuerdo a lo que nos han presentado previamente ya cuando el paciente está en la unidad ya es como amante mantenerlo no de pronto participar en la revista estar pendiente de sus estudios de imagenológicos sus laboratorios sus cambios que se hagan oportunamente he sus cuidados de piel he sus cuidados con los medicamentos he de pronto lo que más tenemos autonomía nosotros en las unidades es en el proceso cuando es iniciar el destete de inotropia o ,o el hecho de uno titularon una inotropia, titular una sedación en ese tipo de conceptos tiene una autonomía he:: para los procedimientos accesos venosos centrales periféricos y pues después de que el paciente puede dársele de alta también pues presentar el paciente en las diferentes destinos finales y sacarlo de la unidad haciendo el mejor propósito que salgan mejor de lo que llegaron y pues desafortunadamente a veces no logramos eso que la mayoría de veces en una unidad de cuidado crítico no logramos sacar pacientes muchos pacientes bien después de COVID ese es el resumen de lo que nosotras hacemos en la unidad y pues mantener nuestro grupo de personal a cargo que son los auxiliares como en la coordinación en el trabajo en equipo que se necesita y más con este nuevo virus que en cualquier descuido de alguno de los de los que están a nuestro alrededor puede estar fallando en algo es algo perjudicial para el grupo porque resultamos contaminados en el grupo o entre ellos o contaminamos un paciente que ha llegado la unidad con una sospecha y sale como un positivo entonces todas estas cosas también hay que tener las en cuenta.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK Mariana con respecto a todo lo que me cuenta y esa labor que ustedes hacen con ese breve resumen que me cuenta las actividades que ustedes

vienen desempeñando en el día ¿que tan importantes en esa labor como profesional de enfermería la autonomía?

Mariana Álvarez: Buenos es algo que se ha venido perdiendo con los años como te decía yo ya llevo años o un poco un poquito de tiempo en esto se ha ido perdiendo con los nuevos profesionales no nomás profesionales tienen una visión totalmente diferente a la a la a la vieja escuela yo personalmente lo digo desde mi estudio yo trato de que no sólo sean las ordené órdenes médicas y no tratar de que las cosas que yo pueda hacer y puede actuar y tome decisiones para mi paciente dentro de su manejo por ejemplo el hecho de que un paciente esta ventilado y pronado entonces yo le voy a cuidar la piel doctor fórmúleme tal cosa porque tal cosa es la que necesito para la piel porque pues es algo que nosotros no podemos hacer pero si podemos pedir que nos formulen parches que nos formulen cremas que nos formulen muchas cosas que hacen que el paciente mejore mantenga su al menos por ejemplo entre nosotros que es muy básico del cuidado de la piel entonces son cosas que uno debe aprender y aplicar pero con el día y lo que te digo de los nuevos profesionales no tienen de pronto esa de negociar con el especialista y decir miren que hemos probado tal cosa y nos ha ido con tal producto tal cosa pero toca hacer por ejemplo el MIPRES que a muchos no les gusta hacer el MIPRES entonces nos vemos sujetos aquellos hagan un MIPRES pero eso también va en como yo le diga cómo le voy a mejorar o ya a mantener algo al paciente que no le va a de pronto a dar una celulitis cuando le hago ver eso de pronto fijo en eso y la autonomía como en la personalidad inherente a la profesión no porque muchos son muy buenas profesionales pero no tienen la personalidad de dar su punto de vista frente a otro profesional o especialidad.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Mariana aparte de pronto de del cuidado cierto y ya que nuestra profesión dentro de la profesión de enfermería va mucho al cuidado he: usted contaba en su breve resumen de las actividades que ustedes hacían rondas medicas en ese momento en que ustedes hacen rondas medicas en su ejercicio profesional ¿ha sentido que ha sido autónoma? Ósea no se de pronto a sugerido tal cosa, tal tratamiento, ¿sea ha tenido en cuenta?

Mariana Álvarez: si afortunada ,afortunadamente las revistas médicas en el sitio donde yo estoy la hacemos fisio ,especialista ,médico general y enfermería he:: definitivamente la autonomía de enfermería tiene que ver con el conocimiento si yo no tengo conocimiento yo no puedo aportar en una revista o en una evolución mientras que si yo tengo conocimiento y he visto la evolución del paciente yo puedo sugerir yo puedo sugerir y con el conocimiento uno puede dar ,dar aportes en la revista yo personalmente me siento escuchada y teniendo en cuenta por esas dos cosas ,si me toman si me toman en cuenta dentro de la revista las sugerencias que todos los aportes que yo pueda dar

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK Mariana y ha pasado que en algún momento no se ha tenido en cuenta esas sugerencias que ha dado.

Mariana Álvarez: si realmente cuando y desafortunadamente lo enfrentan a uno a esos esos sentimientos encontrados que uno tiene y que se le han vuelto a flor de piel a pesar de que uno tiene un temperamento fuerte cuando los pacientes están en un estado muy crítico y por ejemplo el especialista se va a las seis de la mañana entonces para no hacer una epicrisis

,súbale la Nora a 1 ,súbale la vaso a 6 y entonces uno se encuentra con la entrega de turno entonces no es que el paciente tiene esto tiene un yodo al 100% un pic 15 y uno dice de por Dios que es esto ,entonces no le pusieron sedación porque si le ponemos sedación se termina su vida más rápidamente hace paro y el doctor se tiene que ir entonces ese tipo de situaciones me ponen mal y he tenido enfrentamientos por eso ,porque:: no estoy de acuerdo con ese tipo de cosas y si yo a veces también corro porque trabajo en otro sitio pero yo pienso que, que si hay algo que siempre aprendí fue a que mis pacientes ni se pueden ir solos ni se pueden ir con el sentimiento y como la está de que tengan dolor o ansiedad de no poderse ir ,eso me ha tocado mucho en estos días porque los pacientes de COVID son muy críticos entonces casi siempre el desenlace es la terminación de la vida pero entonces uno se enfrenta situaciones donde dice doctor pero es que como le voy a colocar eso si ya el paciente no hay tóquelo no se le siente es una actividad eléctrica sin pulso y no es que me tengo que ir ,es que no sé qué eso me atrasa que ,entonces son otras cosas que no se tienen en cuenta y lo obligan a uno a hacer cosas con las cuales uno a veces ósea casi siempre no está de acuerdo en ese momento.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Mariana, pero igual termina haciéndolas ósea termina haciendo lo que el médico lo que el médico.

Mariana Álvarez: yo voy a hacer bien sincera

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: si claro y de eso se trata

Mariana Álvarez : me ha pasado por ejemplo esta semana llegue a turno y tenía un paciente de 46 años y ya el día anterior había hecho dos paros ,Guillain-Barré, aparte su COVID ya se estaba recuperado de su COVID ,pero esos Guillain-Barré definitivamente neurológicamente ,no salía con síndrome raquimedular y todas las consecuencia y no mejoraba ya llevaba más de un mes con nosotros el paciente entró en paro el día anterior lo habían reanimado por más de tres minutos había salido entrado en paro y en la noche lo titularon para no hacer un rud y yo llegué a las seis de la mañana recibí turno el paciente sin sedación con la respiración agónica que uno se da cuenta como si estuviera ,si escuchara todo a su alrededor que sabemos que ese es el último sentido que se pierde y la agonía de verlo porque la inotropia no lo dejaba no hacía y tienes que ponerle adrenalina y yo le dije ,yo soy creyente y si te tienes que ir vete ya no sufras más y le cogí la mano y seguí recibiendo turno cuando iba en el tercer paciente después de ese comenzó a ser bradicardia y yo le dije va entrar va hacer asistolia lo deje que entrara en asistolia le puse un poquito de hidromorfona y le llamé al doctor y digámosle que hizo asistolia y claro llamo y te dijo no toca hacerle masaje ,;masaje doctor! Y si toca hacerle masaje y no doctor pero es que ya llevamos tanto tiempo , toca hacerle masaje jefe, y yo le dije pero doctor pero está muerto tóquelo es una actividad eléctrica sin pulso si lo sacamos y dijo toca hacerlo , ponle adrenalina ,no estoy de acuerdo doctor pero si usted lo ordena yo lo hago pero no estoy de acuerdo y lo dije y lo exprese delante de todo mundo ,cogí la adrenalina se la coloqué y los auxiliares empezaron hacerle masaje ,tenía una tráquea comenzó a sangrar por la tráquea yo no tenía ningún tipo de sedación le coloqué un poquito de hidromorfona y yo le dije no doctor ya nomás no le voy a colocar nada más ,se puso furioso y se fue sin embargo yo sé que yo le hice un ciclo al paciente sin estar de acuerdo ,entonces uno finalmente con personas así desafortunadamente

el especialista todavía tiene esa potestad de hacer ese tipo de órdenes sabiendo que ahí no hay nada .

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Mariana y con respecto a eso usted podría identificar si pasa con todos los especialistas o con algunos en especial no se de pronto usted puede decir es que tal vez especialista son más condescendiente no por concepto de descendencia si no si con quien se puede trabajar o con tiene más barreras que si (interferencia).

Mariana Alvarez: tú sabes que cuando uno trabaja uno se da cuenta que ahí el que el ahí el especialista que ahí de toda clase de especialistas está el especialista que el a no se puede decir nada porque él lo sabe todo ,ahí el especialista que es lo que uno diga ,ahí el especialista con el cual uno puede sentarse y hablar del paciente de la patología del paciente y puede dar su aporte y ahí el especialista que por no hacer nada prefiere hacer un tipo de cosas de estas entonces si por no hacer nada es porque si un paciente fallece dentro del turno ellos les toca hacer ruap ,les toca hacer epicrisis ,le toca llamar al familiar le genera un poco de actividades que le van a quitar por ejemplo de estar sentado chateando hablando haciendo cosas que no entonces no todos son así no todos son así yo pienso que con el que más uno tiene problema es con el que cree sabérselas todas y con el que no le gusta hacer nada.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: pero, pero podemos de pronto no sé si usted logra de pronto identificar que el que tiene más experiencia, el que está recién egresado o el de esta especialidad o esta otra o ...

Mariana Alvarez: no el que sabe cuáles son los más difíciles de uno entrar y de pronto interactuar en la unidad son los de cuidado crítico los internistas son más de pronto abiertos a que uno les hable y le diga no pero doctor acuérdesese que a este paciente le hicimos esto y no mejoro en cambio al de cuidados crítico así tenga doble soporte seguimos con adrenalina seguimos con albúmina seguimos con no sé qué ,el de cuidado críticos es más agresivo por decirlo así el de medicina interna es más asequible es más negociador por decirlo así el de cuidado crítico no.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: no sé de pronto desconozco un poco ahí Mariana ese que dice de cuidado crítico ¿qué especialidad es? o no se

Mariana Alvarez: ahora antiguamente , antiguamente te acuerdas que en las unidades de cuidados intensivos podía estar un cirujano que podía estar un médico internista he:: que más no sobre todo ellos ahora ahí especialidades específicas entonces por ejemplo ahora para las unidades de cuidados intensivos la mayoría ,ahora ahí especialidades que se llaman cuidado crítico y son exclusivas para unidades de cuidados intensivos son de unidad de cuidado crítico ellos se llaman intensivistas ellos son intensivistas ellos son especialistas y ya casi no hay internet ahí ya muy pocos son internistas o son cirujanos por ejemplo en hospitales como la universidad nacional los que están en la unidad de cuidados intensivos tienen que ser especialistas en cuidado crítico ya no son internistas

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Bueno Mariana retomado en nuevamente con todo lo que lo que me cuenta de eso de esos enfrentamientos no enfrentamientos esos escenarios que se presentan, esos obstáculos que se presenta en donde usted siente que esa impotencia donde usted manifiesta que sea enfrentado con el médico he: termina haciendo lo que el cierto lo que el médico dice, como ve entonces ahí en su ejercicio profesional la autonomía.

Mariana Alvarez: lo que te decía desde un comienzo es muy difícil porque nosotras, nosotros los enfermeros nos hemos dejado pasar como profesionales en un segundo plano nos ponemos en el primer plano todos ,al mismo nivel de todos pero por lo que te decía por el conocimiento si yo no tengo conocimiento no puedo debatir al mismo nivel que el que está al frente mío así tenga no sea de la misma profesión pero si por ejemplo yo le digo no doctor a mí me parece que el paciente no le podemos seguir colocando dexametasona por ejemplo ahorita que con COVID se utiliza porque ya llevamos más de ocho días colocándole dexametasona , entonces por ejemplo cumple ocho días con dexametasona pero el paciente a parte del COVID ,aparte del COVID ,por el COVID hizo una ACB , entonces el paciente necesita dexametasona , pero si yo no sé qué aparte de la de que la dexametasona se utiliza para el tratamiento de COVID se utiliza también para su estado neurológico entonces uno lo que dice es esto pues yo no sé eso pues si quitémosela, pero si yo le digo al doctor le digo no te porque lo necesito porque no neurológicamente lo necesita para su edema cerebral para que para todo esto por lo menos necesita tenerlo 20 días si yo no sé yo no le puedo decir eso a él y no le puedo dar ese aporte que él no sabe entonces no lo ha considerado para ese paciente porque no vio eso pero yo si no tengo el conocimiento no lo puedo aportar entonces es limitante muy grande que a veces nosotros nos conformamos con lo que aprendimos en la universidad y nunca más volvemos a leer entonces eso eso nos limita mucho la autonomía el hecho de yo decirle doctor este paciente tiene potasio tiene una reposición de de ,le tengo la dippertónica a veces me toca ponerle destrozada porque el paciente me hace hipoglucemia yo le voy a colocar un pis hágame el favor y me lo pide y entonces de pronto él me dice pero para que lo va a invadir ,porque si uno no tiene conocimiento sobre eso entonces limita mucho la autonomía esas dos cosas van unidas del conocimiento con la autonomía si yo tengo conocimiento puede ser autónomos en muchas de mis actividades diarias.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: claro ,bueno Mariana quisiera no sé, si ,saber o si me puede describir alguna de las experiencias ¿que ha tenido en la atención con un paciente con diagnóstico COVID en el que se ha sentido autónoma como profesional? y ¿qué elementos y quisiera saber si se sintió autónoma como profesional en esa atención de ese paciente que elementos tuvo en cuenta a la hora de tomar en cuenta esa decisión frente a este paciente COVID , que fue lo que la motivó que elemento tuvo en cuenta para para esa atención.

Mariana Alvarez: realmente a mí me marcó mucho la muerte de un paciente muy joven muy joven que ya lo habíamos sacado de la unidad ya lo habíamos estuvo luego a la unidad lo ventilamos logramos extubar paciente 47 años logramos extubar le hicimos turno bien hablé con él estuve Super ese día estaba muy animado y me dijo ese día hizo una dificultad respiratoria corrimos por que el paciente ya habíamos logrado tener una pafis por encima de 150 para ya sacarlo casi de la unidad y estuvimos hablando preciso una dificultad respiratoria se saturó él nos vio correr en medio de nuestra correría no me alcancé a colocar la careta ahí y le coloqué que respirará por una máscara de no relación con una cánula de qué él y al

siguiente día que llegue lo encontré ventilado con tres inotropianas adrenalina Nora y baso neurológicamente sin respuesta el día anterior antes de irme me dijo tranquila jefe siente descansa qué que yo voy a salir de acá no se preocupe ya no corra más ,salga báñese y ahora hablamos el día anterior y al siguiente día encontrarlo así para mí fue bastante he:: me aturdí mucho he:: y el día que tome la decisión fue cuando él hizo la dificultad respiratoria he:: lanzarme sólo con un tapabocas en N 95 pues con mis gafas pero sin careta con mi bata con mis guantes pero sin esto he:: era las ganas que el tenía de vivir y como la satisfacción que yo tenía de que él iba saliendo entonces eso me motivó a darle a ponerle la máscara de no reinalacion y ponerle una cánula y hablarle para que respirara ahí y sacarlo de esa falla que hizo en ese momento pero también al otro día llegar y encontrarlo y encontrarlo con esa inotropia , neurológica mente nada y que con hipoperfusión distal moteado con pupilas fijas entonces uno dice yo ese día le dije si te tienes que ir pues vete pero yo sé que hicimos lo que pudimos pero pues esto era lo que te tocaba y si se fue ,se fue y la doctora me dijo Mariana lo vamos a reanimar hagamos le masaje es un paciente joven yo le dije no doctora no lo voy a hacer y ninguna de mis auxiliares lo va hacer yo le voy a subir la sedación y la subí la sensación y él se fue y esa ha sido una experiencia que me tocó y todavía me hacen paciente que conocí en la hospitalización.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: claro y Mariana hay algo más de pronto aparte de querer pues el estar uno ahí para los pacientes para ese cuidado para que ustedes la buena salud, la vida, hay algo más que pueda decir que de pronto la haya motivado o tuve en cuenta otros elementos aparte de los que ya mencionó.

Mariana Alvarez: no es el hecho de que nosotros ya habíamos hecho muchas cosas y habíamos mantenido habíamos logrado extubarlo habíamos logrado iniciar terapia de rehabilitación en el cómo culminar un trabajo con él era la ,el motivo era que no podíamos fallar en el camino que ya llevamos recorrido todos porque la fisioterapia el intensivista nosotros enfermeros habíamos hecho muchas cosas en ese punto que no podíamos perder entonces uno como que dice no hasta este punto donde él va no podemos ,no podemos fallar con toda la terapia con todo lo que vamos a echo eso hace que uno diga no yo sé que sale yo sé que se puede yo todo lo que hemos hecho como llegó esto es eso no es nada a diferencia de cómo llegó y termina pues en un desenlace que uno no quiere que termina

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Si claro y Mariana he:: aparte de esa experiencia que usted ha vivido no sé pronto y puede contarme de alguna experiencia sobre el ejercicio profesional autónomo de alguno de sus colegas o de pronto un ejercicio no autónomo porque puede pasar ,no así como puedes tener un compañero que veas que también es autónomo en la toma de decisiones ,en el manejo ,en todo el cuidado cierto también puede no sé si también tenga la experiencia o ve que algún colega no tiene ese o no pueda usted evidenciar ese ejercicio autónomo.

Mariana Alvarez: ah pues Carlitos lo que pasa es que a los he:: Profesionales nuevos ellos son muy o yo no sé si son muy metódicos a como el hecho de cumplir órdenes el hecho de no tomar decir oiga paremos o sigamos uno normalmente debe o por ejemplo cuando uno tiene un conocido si me entiendes cuando el que está ahí acostado es alguien que uno conoce

y lo Liga por ejemplo el papá de una compañera que estuvo en la unidad ,si él estuvo en la unidad salió y volvió desafortunadamente falleció entonces en ese momento él es mi compañero que estaba de turno con él si tú tenía COVID lo subieron a piso mejoró lo subieron a piso el paciente es hizo tromboembolismo masivo toco ventilarlo pero como era el papá de una compañera de uno cuando no sabía que no tenía que estaba desaturados saturaba 40 50 y reanimarlo 30 minutos uno desde una barrera y 30 minutos de uno dice mucho tiempo pero entonces también yo me ponía a ver lo desde el punto de vista que era el papá de su compañera entonces son muchas situaciones que tienen que ves la autonomía también va Liga a eso que yo creo que él pensaba que ósea no sé en ese momento uno piensa que uno está haciendo las cosas bien y está ligado al sentimiento que lo tiene a uno por su compañera porque es una persona importante para su compañera entonces uno quiere hacer más de lo que realmente se puede hacer sí y uno se está dando cuenta que desde la barrera uno se da cuenta y si no pues no tenía nada no se puede hacer nada si me entiendes y toca Jefe pero no se podía entonces son esas dos cosas no se puede pero no por el sentimiento que lo une a su compañero hace eso si me entiendes

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Mariana y con respecto a que rota me imagino que rota con varios colegas no diferentes colegas o siempre están los mismos 2 o 3 colegas ¿me imagino que rotan no?

Mariana Alvarez: no uno rota y rota con compañeros diferentes

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ok usted me usted me hablaba del conocimiento que va ligado a la autonomía ha hacer llegar a ser autónomo hay que tener conocimiento referente ha con todas las personas que ha tenido experiencia no solamente por lo menos en una unidad covid de pronto antes del Covid en una unidad de cuidados intensivos que usted dice que ya lleva 11 años de experiencia he::: y que puede decir que más caracteriza estas personas o cómo puedo yo llegara o ¿cómo yo puedo llegar a ser un enfermero autónomo?

Mariana Alvarez: pues no yo he tenido infinidad de compañero que cuando tú ves un paciente el monitor que uno se tira a tomarle el pulso el otro ya está encima haciéndole masaje, y el otro que ir a tomarle el pulso y no sabe qué está haciendo uno ese es una diversidad de profesionales grandísima pero pues definitivamente yo insisto que el conocimiento es el que le da uno la autonomía lleve el tiempo que llevas y pues yo puedo llevar 20 años trabajando pero si no me preocupo por obtener un conocimiento más allá el que yo estudie , en una universidad yo creo que no me permite ser autónomo en decidir si pongo una línea arterial si paso una sonda orogástrica si le digo al doctor que me pida fonaudiología si considero que el paciente necesita clínica heridas y considero muchas cosas que si no tengo conocimiento simplemente no las voy hacer y eso va con todos con todos, vuelvo y repito con él con el pasar de los años el profesional más nuevo el que está sale ahora el que se graduó ahora tiene menos compromiso y le gusta menos el compromiso con el paciente es muy poco el que le gusta y se mete y le gusta hacerle el hacer con el paciente el que no pierde el hablar con el paciente y si está hablando y le llegó la comida ofrecerle la comida es muy poco el que ahora hace eso

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: si Mariana y bueno referente a eso que cree que es lo que pasa entonces por qué ese profesional que usted nombra el recién egresado en estos tiempos y le falta como más humanización o bueno no se mas compromiso ¿Qué cree que hace falta? o hay alguien que tiene la responsabilidad de eso o hay que factores hace que pasen estas cosas sí.

Mariana Alvarez: yo creo que muchos factores yo creo que el:: yo creo que el amor mucha y mucha gente diría que el amor a la profesión de enfermería no existe porque muchos nos catalogan como unos limpia colas ,pero hasta para eso hay que tener amor si me entiendes o sea hasta para yo decir unos buenos días a un paciente que está acostado y que en esta época no ve a su familia tienen que tener la forma de decirlo es diferente y que te digan muy buenos días a que le digan cómo le va ,enseñarle que el que está allá y por el cual tú vas a trabajar y que te va a ganar te vas a ganar dinero por él ,lo tienes que cuidar como una gema o algo precioso y lo tienes que cuidar también que él quiera volver a ir ,quiera volver el día que le falta o este quebrantado su salud quiera volver a ir a ese sitio porque allá se sintió importante para las personas que estaban ahí porque no fue sólo lo que yo te digo por cumplimiento ir a cumplir 6 horas o 12 horas sino que se sentía importante y sentía que las personas que están a su alrededor hacían algo importante por él ,es que se nos olvidan las facultades en la escuela primero hacer sentir a los enfermeros que son personas y son seres humanos con sentimientos capaces de sentir capaces de detener tristeza de tener un día malo, de tener un día bueno para poder reflejar eso con sus pacientes no que porque si uno tiene que dejar los problemas de su casa afuera de su trabajo por eso no le quita los sentimientos de uno sentirse vulnerado de sentir que la otra persona necesita de uno que la persona que está en ahí acostada necesita sentir que lo que yo estoy haciendo es para mejorarlo entonces es incentivar al estudiante de primer semestre en que son seres humanos y que están vulnerables y que dependen de nosotros del cuidado que si es como el niño chiquito si tú lo tratas mal ese niño no va a querer ir donde lo tratan mal y le gusta estar con el que lo trata bien entonces se va a sentir bien se va a sentir agradecido va a tratar de ayudarse también así mismo tenemos eso a veces los docentes nos olvidamos y no nos preocupamos por enseñarle a un estudiante a saludar bien ,ah agradarle hasta para darle un acetaminofén en los cinco minutos los dos minutos que está dándole el acetaminofén preguntarle cómo se siente como a estado ,si lo visitaron ,si lo llamaron entonces esa parte yo pienso que se ha olvidado mucho y entonces eso hace que hizo supuestamente sólo nos basamos en el conocimiento pero muchas personas salen sin conocimiento por que el pensum académico es muy exequible.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ok bueno Mariana ya quisiera preguntarle quisiera saber si ha presentado no sé si se han presentado algún tipo de situación de limitación terapéutico de limitación terapéutica en el manejo de pacientes Covid en la que usted trabaja qué tipo de limitaciones se han presentado, si se han presentado claro está.

Mariana Alvarez: todos los días ,desafortunadamente todo los días pues ya hay protocolos respecto a cuantas veces se tiene que pronar ,cuantas horas se tiene que pronar y que si el paciente no mejora con pafis en tanto porcentaje pues nada que hacerle ,que lo vamos a

supinar y lo vamos a dejar supinado en la última la última opción de tal paciente es ayudarlo con el ventilador a hacerle a reclutarlo a muchas cosas y le dan cierto tiempo y si ya hemos tenido limitación del esfuerzo donde no se les ósea limitación del esfuerzo pero no se les quita por ejemplo si ya tiene una inotropia montada pues se le deja la inotropia lo que no se hace es titularla y se le da una sedo analgesia pues desafortunadamente hemos tenido que se han tomado decisión han tomado decisiones para la limitación del esfuerzo terapéutico porque son pacientes que no que ,duran por ejemplo 20 días un mes y no mejoran y cada día empeorar más se infectan se sobre infectan con antibióticos más los electrolitos.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: en esas limitaciones que con las que vivió y que las que se han presentado personalmente he: ¿usted ha estado o a tenido la experiencia en terapia de fin de vida con alguno de esos pacientes? ósea limitándole, ya limitándole ¿cómo ha sido esa experiencia y cuál ha sido su sentir

Mariana Alvarez: bueno cuando ha habido pacientes que ya le hemos luchado y ya uno se da cuenta que no y sus compañeros y en cada grupo en cada turno ha hecho lo que nos ha tocado hacer y el paciente no mejora y uno ve cómo decirlo uno así su agonía su no acopla el ventilador a pesar de que les dé le hacen muchas cosas y uno le tiene que montar sedación y titularse la para que ellos vayan terminando sus vida ,su terminación de vida y uno el tiempo que ellos pasan con uno no ,sin conocer su historia ,les toma aprecio entonces es ahí cuando uno dice doctor pero realmente si es que no hay otra cosa y entonces uno mismo se responde porque le dice no pero es que ya le hicimos tal cosa pero es que ya le hicimos tal otra ,no mejor y si lo movemos si me estabiliza más y si lo cambiamos de posición ya definitivamente se le hizo tal cosa otra y no mejoras y acompañarlos y como te di la compañía es duro despedirse de ellos es duro ,colocarles la sedación para que se vayan es un poquitos como un descanso que no siente que pronto les da un alivio pero se siente duro después de que uno se ha hecho los acompañaba tiempo no se es a mí todavía me ha me da mucho sentimiento todas esas cosas y titularle la analgesia que le digan a uno en revista toca írsela titulando para que se vaya y el fisioterapeuta tiene que ir le bajando un poquito los parámetros y dejarlo hasta que ellos se van ,a veces es un alivio pero un sentimiento de haberlo podido mejorarlo

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ok, bueno Mariana entonces ya como para como para ir concluyendo quisiera volverte de pronto a tocar algo, quisiera volverle a preguntar he:: si usted siente que su voz es escuchada en las reuniones en las conversaciones en la toma decisiones y que puedan generarse en torno al tratamiento del paciente en esos momentos de pronto de revista médica ah ahí con su equipo de trabajo

Mariana Alvarez: yo personalmente yo si me siento escuchada yo en las revistas que yo hago si me siento escuchada y siento que puedo participar dando un aporte o dando mi punto de vista si soy escucha a mí sí me siento escuchada y siento que mi punto de vista es tomado en cuenta

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: y ¿ha visto que otros colegas no son escuchados?

Mariana Alvarez: esa es la otra parte que desafortunadamente a mi otro grupo de compañeros yo diría que más de la mitad no son tomados en cuenta insisto yo pienso que por el

conocimiento y la disponibilidad de hacer las cosas te hacen tener credibilidad y ah un punto de vista, tu punto de vista vale te da credibilidad el conocimiento y las cosas que tú haces con tu actuar ganas credibilidad ganas nivel de conocimiento de la participación en las decisiones entonces eso juega mucho ahorita en el grupo que nosotros estamos todos mis compañeros han tenido y antes la mayoría han sido auxiliares y ahora son profesionales entonces no quiero ósea que haya una diferencia en:: si se alcanza ver una diferencia en el actuar de un auxiliar que ahora es profesional y no tiene claro o no tiene claro su nuevo estatus como enfermero

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: el rol

Mariana Alvarez: exacto muchos no tiene claro eso, entonces muchos quedan inmersos en eso en que nunca salen del rol de estar cumpliendo órdenes

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK Mariana con respecto cuando usted hablaba de cuando ve se me olvidó ahora ya cuando usted hablaba de conocimiento cierto que hay que seguir estudiando ,me surge la pregunta es si yo ya llevo 50 años un ejemplo no es que tengo 50 años de la unidad de cuidados intensivos con exagerado 10 años en una unidad de cuidados intensivos tengo conocimiento la experiencia y llega un colega que esta recién egresado con especialización o sin especialización pero tiene buenos conocimientos buenas bases ¿cuál es la diferencia para que él sea como o para que no sea autónomo yo sí sé autónomo? o no sé no hay diferencia.

Mariana Alvarez: que trae el que viene el que viene nuevo y el que está recién hecho su especialización de la unidad intensiva si la misma conciencia trae al conocimiento fresco de la nueva tecnología de los nuevos avances de las nuevas teorías eso trae muy muy nuevo pero que trae que con que va a chocar el que trae sus nuevos conocimientos que no en todas las instituciones hay los recursos para hacer lo que él aprendió por ejemplo nosotros no tenemos un pico y en la especialización ya no utilizan un swan ya no sé un Swan si se habla de Swan pero no como se hablaba hace cinco años o seis años si no se habla de un pico entonces si acaso podremos tener un termostato para poner swan la disponibilidad de un Swan entonces yo pensaría que es como el que te lleva muchos años ahí en la unidad se tiene que actualizar definitivamente porque si se acaba el trabajo ahí tiene que salir a otro lado donde haya una unidad más más reciente entonces van a ver otras tecnologías pero de pronto el que viene recién egresado no va a tener esos inconvenientes es como cuando uno sale del pregrado hay no es que canalizar es así pero cuando uno sale y se estrella uno lo que menos hace es canalizar como enfermero.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: sí pero Mariana referente por lo menos al ser autónomo en su ejercicio autónomo si usted me dice que para que yo teniendo experiencia y teniendo conocimiento cierto soy más autónomo porque me puedo me puedo justificar ante hasta la otra especialidad médico y esa persona recién egresada tiene conocimiento pero es puede ser igual de autónomo o si usted puede identificarlo ese ese colega que tiene autonomía toma decisiones o hay algo o no simplemente el hecho de que yo tenga conocimiento yo me puedo aprender un libro mejor dicho de cuidado intensivo

Mariana Alvarez: eso era lo que yo te iba a decir tú te puedes aprender el libro pero no tienes el liderazgo en el que hacer listo ,tú has tenido ,tú has tenido lo has tenido el que sabe mucho pero no sabe aplicarlo es que lo que tú dices se aprende un libro y lo tiene en la cabeza y lo tiene claro y puede llegar aquí a hablar de eso pero en el momento por ejemplo hacer un procedimiento no tiene claro cómo lo va hacer y el que hacer también te da el liderazgo en un procedimiento y en una toma de decisiones yo le puedo decir al doctor esto se puede hacer o no se puede hacer en este paciente primero porque si lo hacemos de tal forma que es tal si quiere hagámoslo va ser el resultado que ya tengo el conocimiento que lo obtuve pero si no tengo el liderazgo de hacerlo y que saberlo hacer no puedo tampoco aportar entonces esas son cosas quedan como lo que yo te decía Liga al conocimiento con el que hacer

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK Mariana ya como para ir finalizando entonces quisiera saber desde su experiencia ¿porque es tan cuestionable el uso de la autonomía en los profesionales de enfermería?

Mariana Alvarez: por qué es tan cuestionable ,porque nos hemos dejado quitar ese hemos pasado a ser profesionales digo yo ,lo digo yo como de segundo plano si tú escucharas cuando hiciste la parte asistencial a no es que ese jefe hace lo que el doctor diga o lo que los auxiliares digan entonces porque no hemos dejado la no sé si nos dejamos envolver por el medio no sé ósea no yo a veces no entiendo es porque uno se sienta ver a veces a veces las actuaciones de uno y de sus compañeros y dice pero pues que le paso en ese momento ,si me entiendes uno se pone analizar y todo eso y yo pienso que es lo que pasa es que nos hemos dejado no hemos sabido defender nuestra profesión frente a otras profesiones y darnos el puesto dentro de un grupo interdisciplinario si hay un médico es médico y una enfermera es una enfermera si una fisioterapeuta la fisioterapia somos un grupo interdisciplinario donde cada uno podemos aportar y ese pedacito de aporte enfermería no lo dejamos quitar si ,no lo dejamos nos hemos dejado desplazar en tus por ejemplo el médico y a veces de eso pero es que jefe usted mire como le tienen la piel respecto a los cuidados de las curaciones no tiene por qué opinar sobre eso porque eso es mi de mi pertinencia pero él lo toma porque yo no estoy haciendo lo que debo hacer entonces nos hemos dejado como desplazar de los otros de los otros de los otras profesiones entonces yo pienso que por eso se cuestiona mucho cuando te hace un aporte pero si lo dijo fue una enfermera ósea que le puedo poner una enfermera es porque no hemos sabido y poco a poco lo hemos perdido más y más porque ahora nos dedicamos más a lo administrativo entonces perdemos la parte asistencial un poco.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK Mariana y ya como para finalizar me acaba de surgir una pregunta con respecto no sé de pronto se me ocurre que me gustaría saber ahorita con todo esto de la pandemia los héroes de la salud las enfermeras los enfermeros son los héroes mejor dicho eso es como enfermero la enfermería ha ganado ahorita por nombre no digo yo personalmente lo digo a ganado un estatus o un nombre que los héroes y todo eso que piensa usted de eso aquí considera que si es así ,relacionándolo con este tema de la autonomía.

Mariana Alvarez: yo realmente pienso que eso es un decir de dientes para afuera es un decir de dientes para afuera te explico porque es un decir de dientes para afuera porque a veces los que estamos en las unidades no necesitamos que nos digan que somos héroes yo llevo seis

meses en una unidad covid hoy y no me he contagiado pero de la misma manera tampoco y todo mundo dice héroes y son mejor dicho son unos machos y cuando comenzó esto nadie nos quería saludar nadie se no se arrimaba nos toca salir bañados y muchas cosas pero a la hora del té nadie te dice gracias nadie te dice gracias porque tuviste calor sudaste estás cansado de tener marca la careta en la cara gracias porque usted hace aunque sea tengan una atención esos pacientes que están allá ,yo personalmente he eso me lo pienso y cada vez que termines le digo a mis auxiliares muchas gracias chinos nos vemos mañana que les vaya bien que descanses porque yo sé que una administrativo está sentado en una gerencia en una coordinación en eso él nunca te va a llamar y te va decir oye gracias por porque terminó su turno y le fue bien porque eso nunca va a pasar por eso te digo que son cosas de dientes para afuera y quieren mostrar pero realmente a nosotros los que estamos ahí en el puesto y que estamos los que hice en llamarnos de primera línea ninguno nos dice realmente oiga usted ustedes son unos berracos no con cosas que le den a uno no me refiero a eso ,que te llamen y te digan ,oiga gracias por que la unidad funciona y ha funcionado y la dinámica gracias porque eso ,es gracias a ustedes no al que está afuera esperando que no la embarre para criticarlo entonces frente a esa palabra héroes es para mí es muy discutida y pues para mí valen mejor que te digan oiga gracias porque usted ayuda a cuidar y se cuida usted y tuvimos en términos generales no hemos tenido por ejemplo brotes por ejemplo gracias más que le den a uno porque uno no le interesa y pues aún no le pagan es para eso pero cuando uno sale aturdido por un paciente por una situación de un paciente porque no pueden ver porque ellos lloran porque no pueden ver a su familia por diferentes cosas que lo ligan a uno a ellos y tanto tiempo que pasan ellos con uno y sale uno aturdido entonces no es que usted no hizo es que usted dejó de hacer y lo llaman a la casa porque usted no hizo porque voy a hacer y por si las moscas pero nunca lo llamar a la casa a decirle oiga gracias entonces de pronto eso es ese ese esa partecita por eso digo yo que es como muy de dientes para afuera.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: listo Mariana pues muchas gracias por ,por el haberme compartido las experiencias esa experiencia que ha tenido haya en la fundación San Carlos en la UCI y pues por aportarnos y también puedes por hacer parte de este trabajo porque de igual manera pues estás haciendo parte de un trabajo de investigación que lo que lo que lleva es generar conocimiento lo que lleva es fortalecer nuestra profesión de enfermería y voy a estar voy a transcribir esta entrevista apenas la tenga se la hago llegar por si de pronto redacte algo mal por si de pronto hay que cambiarle algo por qué no lo quiso decir así y si de pronto para profundizar en algún otro tema la estaría molestando , muchísimas gracias por el tiempo por todo por estos aportes que me acaba de compartir y cualquier cosita entonces la estaré molestando nuevamente

Mariana Alvarez: bueno Carlitos entonces nos estamos hablando, bueno chao

Entrevista 6: Enfermera Lucia Rodríguez

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: bueno Lucia he:: entonces quisiera como empezará a preguntarle o que me contaron me describiera brevemente la labor principal del enfermero en la unidad de cuidado intensivo ¿cuál es su labor como tal en la unidad de cuidados

intensivos?... perdón, perdón que la interrumpa Lucia que pena y no le pregunté he:: ¿usted egresaba de dónde?

Lucia Rodríguez: yo soy ingresada de la Francisco de Paula Santander el pregrado y el posgrado también lo hice de especialización de cuidado critico ahí también en la Francisco de Paula Santander de Cúcuta.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ok ¿qué tiempo lleva como enfermera?

Lucia Rodríguez: estoy entrando a los nueve años.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK

Lucia Rodríguez: llevo 6 años en el trabajo actual y en el anterior 3

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: 3 y ¿en la unidad de cuidados intensivos lleva todo el tiempo?

Lucia Rodríguez: no en cuidado intensivo llevo seis años que es relativamente digamos el tiempo de mi segundo trabajo que en la en la clínica San José ahí entré y desde el principio me he mantenido en la unidad de cuidados intensivos hay tres UCIS y digamos que en la que siempre me he mantenido en la de cuidados post quirúrgico y hace como dos o tres estoy en la UCI de y preciso del área Covid.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK, ah bueno entonces ahora si Lucia quisiera saber que, quisiera que me escribiera brevemente pues su labor principal como enfermera en la unidad de cuidados intensivos.

Lucia Rodríguez : bueno pues digamos que dentro del ámbito laboral de esta clínica dice que en todos los sitios de trabajo es diferente digamos he:: en las actividades tanto asistenciales como administrativas en algunas clínicas y que vamos enfocado hacia la parte más administrativa que asistencial digamos que aquí siempre habido como una combinación de ambas cosas existen cosas tanto administrativas como asistenciales durante el turno entonces todo lo que tiene que ver con el ingreso de pacientes en le concierne a la enfermera jefe ,todo lo que tiene que ver con papelería con nosotros en la clínica actual todavía manejamos la historia clínica a mano no está esta sistematizada en una parte pero digamos que lo que tiene que ver con sábanas con registros y demás se hace a mano lo que se hace en sistemas son evoluciones y digamos que pedidos entonces eso en cuanto con la parte administrativa y lo que concierne como tal del ingreso ,todo lo que tenga que ver con invasivas o se hace asistencia o ya lo hacemos directamente nosotros llámese paso de líneas arteriales las cosas invasivas como entubación y catéter central si lo hace directamente ya pues el médico o el especialista ,sé que en algunos otros sitios de administración de medicamentos y el inicio de las infusiones he:: y el seguimiento de las infusiones lo hace enfermería como tal en nuestra clínica lo hace la auxiliar de enfermería nosotros tenemos digamos la responsabilidad de mantener los objetivos de cada paciente las metas que nos proponemos pero es la auxiliar de

enfermería quien hace la administración y colocación como tal de infusiones y de medicamentos pues los que tenga

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ok, me recuerda el nombre de la clínica de donde está laborando

Lucia Rodríguez: clínica San José de Cúcuta se llama.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ((clínica San José)) cuando usted habla de metas Lucia a que, esas metas las proponen ósea solamente enfermería o hay un hay un equipo interdisciplinario que en conjunto o esa parte

Lucia Rodríguez : claro digamos que es un manejo interdisciplinario realmente interdisciplinario no es ,aquí sí hemos podido tener un poco más autonomía en cuanto al manejo sobre todo el soporte vasoactivo en los pacientes ya lo que concierne como tal lo que concierne al manejo de cada patología pues si es directamente con el especialista ,de resto en cuanto al manejo de las metas guiadas por objetivos durante el turno lo hacemos entre todo el equipo de trabajo entonces le decía que desde el principio hasta hace más o menos como unos tres meses que empezó pues como todo el pico aquí en Cúcuta cómo todo el pico de la pandemia venía trabajando en la UCI de cuidados post quirúrgico que es a donde llegan todos los pacientes de cirugía cardiovascular y todas las patologías quirúrgicas entonces es una UCI de cinco camas y todos los días se opera corazón revascularización miocárdica ,recambio valvular ,sierras de ductos ,he:: angioplastias ,cirugía endovascular y reconstrucciones aorticas por aneurismas y demás entonces todo lo que tiene que ver con cirugía cardiovascular como tal la UCI donde yo trabajaba hasta hace estos tres meses que le cuento se encargaba de sus cuidados post quirúrgicos cuando empezó el pico de la pandemia se asignaron dos unidades de cuidados intensivos más que la clínica y hay 3 de adultos y 1 pediátrica entonces cuando empezó todo este tema del del pico digamos que sea una organización y me pasaron a una de esas UCIS ,entonces porque le cuento esto porque como siempre hemos ese tipo de pacientes digamos que el manejo multidisciplinario vagueado hacia las metas de cada patología entonces sabemos que si es una revascularización miocárdica si es una cirugía de corazón digamos que ya tenemos dentro del protocolo que objetivos de presión arterial media supongamos es el que vamos a manejar con este paciente diferente de si es un paciente de una cirugía una patología neurológica un trauma cráneo encefálico ,un trauma raquímedular o si es el paciente de cirugía abdominal entonces digamos que el manejo siempre es guiado las metas son guiadas por objetivos y ya lo tenemos no tenemos bien claro entonces digamos que el manejo siempre es hacia la patología entonces por eso le decía que la autonomía si es nuestra en cuanto a manejo de soporte vasoactivo ya el manejo como tal directo del del de la patología ya si le concierne al especialista de resto durante el turno yo soy la responsable de decir mi objetivo de presión arterial media con este paciente de cirugía cardiovascular es de 70 80 mmHg con eso profunde bien ,orina bien con eso lo mantengo y puedo destetar soporte o no eso me concierne a mí y yo soy la responsable de hacer eso en conjunto con mi auxiliar y con mi médico general.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: en la unidad donde usted está, solamente usted es la jefe o hay más ¿hay otros colegas?

Lucia Rodríguez: 2 siempre estamos 2 por turno

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK con todo esto que me cuenta Lucia que tan importante es para su labor como profesional de enfermería ¿la autonomía?

Lucia Rodríguez : yo pienso que es como lo más importante en todo este ámbito si nos hemos podido dar cuenta o me he podido dar cuenta que el manejo de un paciente es interdisciplinario entonces si no se trabaja en equipo es imposible que un paciente salga adelante y tener esa autonomía o tener digamos esa disposición para para tomar decisiones para saber que si de pronto en un momento el especialista no está y el médico general tuvo que ir a responder alguna interconsulta tuvo que ir ayudar a otro compañero y yo me quede a cargo de la UCI como tal y en ese momento pasó algo entonces que yo tenga la autonomía decir iniciemos este soporte o pasemos una carga de volumen ,pasemos tal analgésico pues es directamente mi responsabilidad entonces la importancia va más hacia eso hacia el querer realmente que el paciente evolucione siempre hacia la mejoría entonces más que por porque desafortunadamente yo pienso que no solamente aquí sino en todas las unidades de cuidados intensivos del mundo he:: digamos que el tema ego orgullo por la sapiencia de cada de cada especialista de cada médico pues siempre ha sido como un inconveniente y como bastante difícil de manejar sobre todo en este ámbito de cuidado intensivo entonces es como que simplemente tener en cuenta que estamos es trabajando por el bienestar de un paciente y no por ver quién tiene el ego más grande o el orgullo más grande o quién sabe más o si usted no lo hizo entonces digamos que siempre tenido en cuenta que la autonomía de la enfermera o el enfermero profesional debe ir dirigido hacia el bienestar del paciente entonces a mí me parece primordial 100%.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: en su ejercicio profesional ¿ha sentido que puede ser autónoma o ahí en su en el entorno en su entorno laboral?

Lucia Rodríguez : si completamente ,completamente digamos que eso también va de la mano va de la mano con su forma de actuar todo el tiempo con que realmente el equipo de trabajo con el que usted está compartiendo todos los días sepa qué clase de profesionales usted ,sepa que si en algún momento tome una decisión determinada y funcionó pues va a tener como como esa confianza de decir si se puede si se puede hacer si se puede manejar si porque se tomó una decisión acertada entonces ,entonces si digamos que si habido esa confianza dentro de mi equipo de trabajo para poderlo hacer sin ningún inconveniente en ningún momento porque no había ningún problema y más bien si se ha visto mejorías y se ha visto que funciona

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: cuando ,cuando usted toma esa autonomía cuando toma esa decisiones cuando usted es autónoma ahí en sus sitio de trabajo he:: ¿cómo lo toma el médico como lo toma ese especialista? contaba que hay en especialidades que si ósea el ego les puede más y entonces he:: {aló} si es una enfermera entonces son de los que se salen los

comentarios no sé si allá lo harán o bueno ,la enfermera no puede opinar ,la enfermera no puede eso pero como le vamos a creer la enfermera no se preguntó.

Lucia Rodríguez : no realmente he:: yo en cuidados intensivos solamente he trabajado aquí en la clínica San José pero pues si he tenido la oportunidad de compartir con muchos especialistas de UCI precisamente porque son 3 unidades de cuidado intensivo y son como más o menos unos 7 u 8 especialistas de UCI que rotan y con los que hemos tenido la oportunidad de trabajar entonces realmente aquí nunca he visto que haya como esa esa discriminación en cuanto a usted no puede opinar y más bien por el contrario porque ,porque no, no sé no sé en otros en otros sitios cómo se maneje pero tengo muchas colegas aquí en otras clínicas que me comentan lo mismo entonces digamos el especialista de cuidado intensivo llega y quien debe presentar al paciente es la enfermera profesional más que ni siquiera el médico general si quien realmente conoce la historia del paciente ,la patología lo que ingresó lo que él lo que pasó durante su estancia hospitalaria o durante su estancia en urgencias antes de ingresar a la UCI más que cualquiera lo conoces es la Jefe entonces siempre se ha seguido como ese mismo patrón entonces digamos que realmente durante todo el tiempo se ha forjado como esa confianza y esa veracidad en cuanto al manejo de la historia clínica entonces digamos que por ese lado siempre ha sido siempre ha sido muy muy llevadero el tema de del manejo y digamos que del seguimiento del paciente porque más allá de ,de que si existe un médico general quien en otros sitios normalmente debería ser quien presenta el paciente pues aquí lo hacemos nosotros entonces o digamos si de pronto hay alguna duda alguna pregunta del especialista que salió a quien llamas a la Jefe y a quien le preguntas a la Jefe entonces dime.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Lucia y en ese momento que ustedes están presentando el paciente en esa revista médica que hacen, cuando hay una sugerencia de parte de ustedes o por lo menos de su parte suya como profesional, si usted no está de acuerdo con algún tratamiento médico hacia este paciente, usted no sé, no está por su conocimiento por su experiencia que se yo, no está de acuerdo y usted sugiere otra cosa ¿se tiene en cuenta? o que pasa ahí.

Lucia Rodríguez : si ,si totalmente siempre es tenido en cuenta y si digamos no estamos de acuerdo con el especialista pues digamos que se habla de una de una buena manera nunca es de una forma despectiva ho:: sabes nunca es así como con como con esa con esa riña si no siempre es de una buena forma si tienes razón pero digamos que yo lo veo yo orientó el manejo hacía ,hacia este lado o si por el contrario tengo razón entonces si Lucia me pareció muy buena su sugerencia vamos hacerlo entonces digamos una cosa muy sencilla o ejemplos pequeños el inicio de o el cambio de un inotrópico por X o Y motivo entonces doctor es que está presentando esta arritmia o está haciendo tal cosa será que podemos rotarlo si Lucia me parece acertado entonces ho:: por ejemplo hizo un episodio de hipotensión y digamos que las variables me indican que es más hacia la hipovolemia entonces le pase un carga de volumen ,listo Lucia entonces dejémosle líquidos de base o pasémosle más o no sé ,entonces realmente siempre ha sido algo muy asertivo que despectivo.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: y ¿considera que ha visto que le ha pasado algunos colegas o con todos han sido iguales?

Lucia Rodríguez: no realmente con todos siento que el manejo ha sido exactamente el mismo.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK Lucia usted me podría describir alguna experiencia en la atención con paciente diagnosticado Covid 19 en la que usted se sintió autónoma como profesional y quisiera saber qué elementos tuvo en cuenta a la hora de tomar esa decisión frente a este paciente.

Lucia Rodríguez : una experiencia como tal ,digamos un paciente ,como estábamos haciendo el manejo de estos pacientes específicamente haya en la clínica los pacientes que llegaban respiratorios por urgencias se pasaban a una sala de observación que es en el tercer piso y empezaban a hacer el seguimiento tanto de saturación de oxígeno como de gases arteriales entonces todo paciente que tuviera pafis menor a 150 iba hasta observación del tercer piso ,los que no podían pasar hospitalización sin ningún problema entonces digamos que esta observación tercer piso era como el paso antes de ser ingresados a la UCI como tal entonces todo el tiempo estábamos teniendo estos estos ingresos de estos pacientes digamos que habían momentos en los que realmente podíamos recibir si uno de nuestros pacientes fallecía entonces.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: perdón es que quede en el inicio en que lo suben los suben a hospitalización, que los suben de urgencias al tercer piso

Lucia Rodríguez : Ok ,listo si quedan ahí en el tercer piso y ese tercer piso es como un paso antes de ser llevados a cuidado intensivo entonces todo los pacientes que tenían pafis menor a 150 iban a tercer piso con máscara de no reinalacion ,los que progresaba hacia falla ventilatoria pasaban directamente a UCI si ,si no había disponibilidad de UCI y pues se entubaban ahí en el tercer piso entonces en esta UCI que es donde le digo que me habían pasado desde hacía como unos 2 3 meses cuando empezó el pico digamos que en ese entonces desafortunadamente la cama que quedaba libre era el que se moría 4 5 muertos por turno y esas eran las camas disponibles que quedan para los pacientes que estaban llegando en falla ventilatoria del tercer piso entonces digamos que una de las experiencias es que en la clínica el médico especialista está de esta asistencia al 100% durante el día en la noche es más por disponibilidad ,digamos alguna urgencia viene sino pues por teléfono entonces.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Queda la jefe sola

Lucia Rodríguez : no con el médico general ,este entonces digamos que en una de esas ocasiones en las noches el médico general es el que se encarga de ir a responder las interconsultas o si una intubación difícil o no sé qué el que a apoyar esas eventualidades entonces en una de estas de estas tantas cosas que venía sucediendo un paciente nos había fallecido se bajó se embolsó se bajó y quedo la cama disponible nos llaman para recibir a otro paciente entonces venía era un paciente que venía haciendo pronóstico en el tercer piso evoluciono a falla ventilatoria y lo recibimos con pafis de 80 85 más o menos ya estando

entubado entonces digamos que en ese momento la autonomía para tomar la decisión de decir hay que pronarlo digamos que fue nuestra en ese momento porque el médico general no estaba entonces antes de que él llegara y todo lo demás ya estaba pronado el paciente entonces digamos que durante toda esta experiencia Covid y esta pandemia las medidas y las digamos que los las determinaciones que se toman durante el turno o el manejo digamos que siempre es el mismo para todos los pacientes ante el manejo clínico como el manejo antibiótico como el manejo de ventilación mecánica entonces ya sabemos que modos ventilatorios estábamos manejando como les iban mejor a los pacientes entonces si teníamos el ingreso he:: y el médico general no estaba entonces tomamos la determinación de ventilarlo esta forma entonces digamos que durante todo este tiempo esa esa parte autónoma siempre se ha mantenido así y ha funcionado bien sin ningún inconveniente por qué si yo sé cómo es el manejo y que lo que le va a funcionar al paciente no veo porque no se puede hacer entonces digamos que esa ha sido como una de las experiencias en este caso o por ejemplo estos pacientes después de un tiempo nosotros nos pudimos dar cuenta no sé si por el manejo del habían algunos medicamentos sedantes tipo remifentanil porque desafortunadamente hay un momento en el que todo escasea entonces toca echar mano de lo que haya entonces se nos había acabado fentanil se nos había acabado midazolam se os había acabado relajante este y ay perdón voy a poner a cargar el celular , he::: pero teníamos que echar mano de lo que tuviéramos entonces en este momento tocó manejar a todos los pacientes con remifentanil y nos dimos cuenta que el remifentanil producía taquicardia sinusal y muchas veces producía otro tipo de arritmias entonces en otro momento paso que desafortunadamente el intensivista de la tarde el doctor Hernando Mesa se contagió de Covid falleció como 20 días después y nos quedamos sin intensivista en la tarde entonces el médico de la otra UCI pues tenía que ir como a cubrir no estaba cubierto 100% todo el tiempo la UCI y pues estamos con el médico general mientras la contingencia inicialmente pues pensábamos que mientras el doctor salía de su paso y demás jamás se pasó por la mente paso que fuera fallecer entonces no se había no se había propuesto a alguien para que lo reemplazara 100% si no se mantuviera digamos como que él mismo médico ,el mismo especialista de la otra UCI se partía las dos las dos UCIS una parte de la tarde entonces y uno de estos pacientes me hace una articular estaba con soporte vasopresor entonces pues cuál es la determinación que vamos a cardiovertirlo entonces lo hice de una yo sé que es lo que se debe hacer para este paciente pues porque no hacerlo si realmente le va a funcionar y efectivamente salió entonces digamos que esas cosas en cuanto a la autonomía del manejo de una urgencia sobre todo si se pueden manejar sin ningún inconveniente y ya se ha hecho y no habido problema y que le va funciona para paciente entonces no ha habido ningún lio.

Jefe Carlos Harvey Jaimés Pabón: Lucia usted me estaba contando que sí ,si ustedes saben o tienen o tienen claro los procesos los procedimientos los protocolos o el manejo de un paciente cierto ,si ustedes tienen el conocimiento claro cierto ustedes actúan autónomamente toman sus decisiones ¿que más le puede llegar a usted a motivar? no se o solamente eso hubo o hay algo más que a usted la motiva o hay algún otro elemento que usted tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones aparte de ese conocimiento de que usted conoce el proceso de que aquí se acepta así de qué es lo que hacerle no sé si hay otra cosa que pronto se considera importante y necesario para la toma de esas decisiones

Lucia Rodríguez : No digamos que siempre todo es enfocado a que realmente mejore mi paciente y a poder entregar un mejor turno y que si esta mañana me entregan un paciente con (interferencia) mi objetivo durante todo mi turno es entregarlo sin ese soporte entregar lo mejor por ejemplo en este caso de ser de qué forma puedo ayudar a que se me lo entregaron con pafis en 140 o 100 20 80 o 90 mi objetivo sea mejorar y si lo estoy manejando con él con el esquema prono supino pues entonces intentar y decir si le ha funcionado no le ha funcionado pienso que lo que más motiva hacer eso es la mejoría del paciente más que cualquier otra cosa por delante.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK ,de pronto no se tiene alguna experiencia o conoce alguna experiencia sobre el ejercicio profesional autónomo de algún colega o de pronto también puede pasar no autónomo que usted haya identificado que quiero decir que de pronto este colega usted ,está usted de turno por su colega y usted y vio que están haciendo tal cosa o llego tarde otra y usted diría puedo actuar de esa manera puede que su compañero su colega haya tenido un ejercicio autónomo o no , no pude atender pero porque no hizo eso siempre sí se podía ir pero bueno no sé.

Lucia Rodríguez : totalmente siempre pasa siempre pasa yo soy muy soy muy muy digamos soy de tomar decisiones y hacerlo así no esté el médico así no tengo que hacer una llamada yo soy de hacerlo y actuar si se lo que estoy haciendo hay quienes no hay colegas que esa parte de seguridad o confianza en sí mismos entonces y hasta que no esté el médico hasta no llegue el especialista no lo hacen entonces sí es cierto que digamos si yo me siento segura de hacerlo lo hago he:: y pues más adelante le explico y tengo mis razones y tengo mis motivos y digo funcionó o no funcionó miremos a ver qué más vamos hacer ,pero si efectivamente como siempre estamos acompañados de la otra colega este si me puedo dar cuenta que el manejo es completamente distinta la toma de decisiones de aparte de confianza en sí mismo y el de pronto llegar hacer juzgado porque hizo eso aun no teniendo el conocimiento aun sabiendo que puede funcionar.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: está como fallando el internet que va y como no la escucho quería preguntarle Lucia cuando usted identifica ahí de pronto algunas experiencias así sea chiquita donde haya identificado que su colega no haya sido autónoma que me pueda de pronto compartir.

Lucia Rodríguez: si por ejemplo el más caso más frecuente de la unidad de intensivo {no se aprecia a escuchar debido al bajo tono de voz}

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ¿y ahorita en pandemia también se presenta mucha arritmia o?

Lucia Rodríguez : si pero es más como enfocado hacia el manejo de la sedación entonces son supraventriculares ,taquicardia sinusal que progresan a supraventriculares pero digamos en este caso en hubo un caso específico de un paciente que lo acabamos de pasar de prono a supino muy inestable hemodinámicamente en ese momento estaba con epinefrina como y

este el ventilador con fius del 100% saturando 80 82 sea sedado relajado el paso del prono al supino que los inestabiliza más que les pone un poco más hipoxémico sobre todo cuando la SDR allá es muy avanzada efectivamente hace un episodio de arritmia severa fibrilación auricular el médico no está en ese momento y aun sabiendo que pues si yo tengo un paciente inestable ya está entubado ya estaba ya tiene eso porque pienso porque si yo sé que lo que debo hacer es cardio decirle que no le va pasar nada malo que si lo voy a ayudar es porque no hacerlo pero pues no momento ella no lo quiso hacer simplemente espero a que llegara el médico como 10 15 minutos más nos esperan esos 10 15 minutos más en donde la norepinefrina que estaban. ocho tocó subir la 1 µg para que para que el médico general llegara hicieran lo mismo que ya teníamos que hacer, cardio vertámoslo y ya dos veces y ya salió y se pudo destetar más el soporte y todo lo demás, pero lo mismo es más como el tema de seguridad y autoconfianza más que otra cosa.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ok Lucia he:: en este tiempo de pandemia me imagino o creería no se han presentado alguna tipo de limitación alguna situación de limitación terapéutica en el manejo de pacientes Covid 19 en la UCI cierto en la que usted trabaja ¿qué tipo de limitación necean sean presentado?

Lucia Rodríguez : bueno pacientes ya con edades avanzadas ,paciente que viene Covid positivo que hacen SDRA que no mejoran ,pacientes con días de UCI prolongados digamos que más de 12 15 días de UCI y que no han mejorado absolutamente con una de las estrategias que se hicieron entonces he:: digamos que el contexto sería el siguiente paciente de 85 años de edad hizo SRDA por Covid se le dio el manejo y el tratamiento de entrada y tratamiento antibiótico o el tratamiento normal general que le estamos dando a todos los pacientes ventilación mecánica para protección ciclo pronosupinación por tres hasta cinco días y no mejora y que entran en falla multiorgánica entonces se les ha dado absolutamente todo el manejo y ya vienen pasando digamos que son estos pacientes que en algún momento tiene una pequeña mejoría entonces digamos que la pafis venia 80 70 de pafi lo pusimos en prono durante tres días y mejora 120 130 luego al día siguiente vuelve y cae la pafis 80 90 ,radiológicamente es una imagen blanca de un pulmón blanco completamente ya casi que progresado nuevamente viene el descenso la pafis y entonces se le da dos días más de prono no mejora asociado a eso entonces empiezan los gérmenes oportunistas y empiezan los temas de sobre infección que los llevan a shop sépticos ya más en situaciones más avanzadas pues definitivamente todo empieza a fallar , entren en falla renal ,he listo se le da la oportunidad pongámosle filtración endovenosa continua , no mejoro entonces ,entonces en soporte vasoactivo alto bastante alto ya con hipoperfusión tisular ya con demás órganos comprometidos coagulo apáticos entonces ese contexto del paciente que en algún momento ya si se puede hacer limitación de esfuerzo terapéutico ,pero como es la limitación del esfuerzo terapéutico no es retirarle cosas si no simplemente dejarlo ahí y no ofrecerle más nada más porque ya todos se le ofreció en algún momento no hay más que ofrecer entonces

(.)

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: si tranquila

Lucia Rodríguez : entonces he:: sabemos que en algún momento va a entrar en paro es un paciente no reanimable, pero no le quite nada sígale dejando el soportes no le suba más tampoco, pero sígale dejando el soporte ,si todavía tiene antibiótico manténgale el antibiótico analgésico ,sedación digamos que todas las medidas de comodidad y confort he:: igual los parámetros ventilatorios, pero pues simplemente si hace paro lo vamos a dejar quietico.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Lucia ,en ese momento que deciden limitar el esfuerzo terapéutico de ese paciente ,usted ya ha tenido ya esa experiencia he:: en esa terapia de fin de vida que me está contando que no le quitan nada pero tampoco le ofrecen más simplemente dejan al paciente ya quieto le ofrecen el confort ¿cuál es su sentir ante esa situación de llegarle usted a trabajarle tanto a un paciente y de un momento a otro no salió no hay que hacerle más hasta aquí llegamos cuál es ese hacer sentir hasta el momento en el que el paciente fallece?

Lucia Rodríguez : si digamos que, en un momento, lo que yo le decía hace unos momentos es real, este tema de una mejoría en algún momento y luego una desmejora bastante importante y progresiva sobre todo en este tipo de pacientes nos hemos podido dar cuenta que son como una montaña rusa entonces hoy están super bien mañana ya no ,pasado mañana muestran una pequeña mejoría después ya no entonces digamos que en un principio ya cuando sabemos que está entrando en esa fase de falla multiorgánica y sabemos en qué va terminar todo pues es como más el sentir y el sentimiento de impotencia de decir bueno lástima que no funcionó pero se le ofreció todo entonces eso es una mezcla de sentimientos entonces por este lado está la impotencia de no poder haber hecho que no funcionará todo lo que se le hizo pero pues por otro lado está la satisfacción de haberle ofrecido la oportunidad de darle absolutamente todo lo que se hace y al final ya digamos que eso en la fase inicial donde ya uno vas a ver cuál es el desenlace ya es más como de estar así es agradable sobre todo el pues ya nos dan probablemente no sepa nada no sienta nada pero la familia que una vez el paciente entro a la unidad de cuidados intensivos y saber que no lo pudo volver a ver más ,bueno afortunadamente después de un tiempo ,lo que se hizo fue he:: hacer las video llamadas a la familia entonces mire a su familiar está ahí y esa es la única forma de comunicación del familiar y hacia los pacientes simplemente verlos ahí en una cama lleno de tubos por todos lados y no entender muchas cosas saber que si se murió que ,no lo voy a poder ver entonces por qué lo van a envolver en tres bolsas y lo van a bajar a la morgue y ya no lo volví a ver ,entonces es más como ese sentir de la familia que del paciente que ya en últimas ya realmente no estaba sintiendo absolutamente nada entonces en un principio es más como la impotencia, después es más como como ,después como que ya es más la aceptación de eso definitivamente no va a funcionar y ya después es más como decir ya es hora de que descanse entonces son más y siempre es como enfocado hacia lo mismo diferente muy diferente en los casos en pacientes más jóvenes donde hacen absolutamente todo el mismo procesó pero a estos si por ejemplo si hizo paro se reanima 1 2 3 veces porque a nosotros desafortunadamente nos han fallecido pacientes de 24 25 años 30 años 40 años entonces en esos pacientes si es el choque de emociones es diferente pero pues también ya hay un punto en el que uno dice ya nomás ya no hay que más ofrecerle ,lo hemos sacado de cuatro paros ahorita y ya definitivamente no sigue haciendo paro y sigue haciendo paro y sigue siendo

paro que más vamos a hacerle ,entonces:: esos ese tipo de pacientes son los que generan más impotencia

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: que pena es que otra vez quede

Lucia Rodríguez : tranquilo ¿En qué quedo?

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: En el choque de emociones con los pacientes jóvenes

Lucia Rodríguez : los más jóvenes eso entonces que es más como más como ese choque de emociones de decir se le ofreció no funcionó he::y me hizo ,hoy lo he sacado de cuatro paros y sigue haciendo paro entonces es como decir ya definitivamente no hay nada que hacer y es peor aún con en el manejo familiar de estos pacientes jóvenes, pero es más eso.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Ha ok ,¿cree que su formación como profesional de enfermería es suficiente para la toma decisiones Lucia?

Lucia Rodríguez : Totalmente 100% enfermería es una profesión completamente autónoma es una profesión de trabajar de la mano con el especialista de cualquier área porque en cuidado intensivo estamos a diferencia del profesional de enfermería de cuidado intensivo está preparado para manejar cualquier clase de patología llámese de cirugía general llámese de traumatología llámese de nefrología llámese de neuro cirugía ,cirugía cardiovascular de absolutamente todo lo que usted quiera ,enfermería ha sido completamente capacitada para manejar cualquier tipo de paciente para conocerlos entonces 100% de acuerdo en que enfermería puede hacerlo y estamos en completa toda la capacidad total de enfrentarlo.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: pero ahí hay quien hiciera no sé preguntar entonces porque es tan cuestionable el uso de la autonomía de los profesionales de enfermería a que a que me hago referencia Lucia porque ósea yo personalmente digo ,digo o bueno le pregunto considera que un profesional recién egresado o no recién egresado que solamente he:: no tiene ningún tipo de experiencia ¿considera que el tener una especialización o no tener una especialización o estar recién egresado ósea tenemos la misma autonomía somos igual de autónomos todos?

Lucia Rodríguez : no realmente no ,digamos que depende de que depende de su actuar y de ganarse la confianza con tu equipo interdisciplinario para decir ya es autónoma de tomar decisiones y estoy de acuerdo y le doy el aval para que lo haga en cualquier momento ,diferentes y claro totalmente alguien que digamos un poco más de alguien que es inexperto en el manejo de ciertas patologías y que pues desafortunadamente si no demuestra su nivel de conocimiento para que su equipo de trabajo le dé la confianza suficiente para hacerlo pues definitivamente no entonces yo pienso que ésa cuestión de digamos de juzgar el actuar de alguna enferme en algún momento y detener ese choque con las especialidades o con digamos estas líneas de quien de mando van más encaminadas a eso primero hacia lo que usted me está diciendo en cuanto a la experiencia no es lo mismo un profesional recién egresado que llega a una UCI que una persona que lleva más de 5 6 años en una unidad de cuidado intensivo que sabe manejar el protocolo de cada patología que sabe cómo es el manejo del especialista con estos pacientes a donde voy con esto que digamos si en la mañana vino tal

especialista yo sé cómo es el manejo de una cosa tanta sencilla como el volumen del que le gusta si no le gusta el otro es un poquito más guiado por objetivos entonces todo depende de eso de cómo conozca yo a mi equipo de trabajo y de la experiencia definitivamente entonces estoy 100% acuerdo en que el tema confianza va unido a la experiencia que tenga el profesional de enfermería para la toma de decisiones y para ser catalogado como autónomo en el en el turno

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Okey Lucia he: cuándo usted me habla al principio de los de los profesionales no sé de los especialistas perdón y usted lo ha venido diciendo que para hacer ahorita autónoma se ha ganado la confianza por su experiencia por su conocimiento, en algún momento tuvo algún choque con algún especialista de todos esos ocho especialistas con los que usted más o menos labora o a rotado en las unidades ya sea ahorita no solamente con lo de la pandemia sino anteriormente cuando no estábamos en pandemia que igual estabas en una UCI he:: podrías de pronto diferenciar es que este médico este he:: especialista son más asequibles o si tienen en cuenta o no tienen en cuenta lo que uno les dice o es que estés porque es más joven o es que es por este tipo de especialidad que de pronto los médicos internistas un ejemplo no es que esté diciendo que es porque este médico internista de pronto el anesthesiólogo es un poco más, con más barreras ,bueno que se yo porque puede pasar.

Lucia Rodríguez : si hemos tenido choques diferencias en muchos aspectos sobre todo con profesionales que lleguen a la UCI nuevos ,especialistas nuevos por lo que le decía yo el conocimiento digamos en el manejo de sus de sus cosas de pronto vienen de una escuela distinta a las que uno está acostumbrado con su equipo de trabajo entonces de pronto ese el choque digamos de decisiones en este momento por ejemplo cosas sencillas como que es que este especialista le gusta más el manejo con cierto inotrópico que con otro entonces no yo estoy más de acuerdo con el mírenle porque produce menos arritmia pero no yo estoy más de acuerdo con la dobutamina porque es el milrenole produce más tendencia a la hipotensión en fin en entonces ese en ese sentido de escuelas de conocimiento cuando hay choque de diferencias o por ejemplo lo que le decía hace un momento el tema volumen entonces hay quienes están de acuerdo en manejar con altas cargas de volumen hay quienes no entonces pero pienso que todo es mientras vamos entrando en sintonía y como que vamos conociendo como es su manejo guiado por objetivos yo o no en cuanto a las diferentes la patologías ,que haya tenido algún inconveniente en algún momento con algunos ,sí pero lo que le digo ha sido más como por ese motivo como por conocerlo como de decir nosotros venimos acostumbrados a manejar esta patología así de esta forma y él le gusta encaminar el manejo hacia esta otra manera entonces es más por eso pero siempre a pesar de que hubieran diferencias siempre ha habido una línea de respeto en medio de esa diferencia digamos que nunca ha sido algo despectivo pero mientras se conoce

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: si, pero en ese momento que de pronto no se tuvo en cuenta la sugerencia o la, si la sugerencia que ustedes hacen ya teniendo ustedes unos protocolos establecidos y el médico se para y dice no es que lo hago como yo lo estoy diciendo y como enfermero lo hace ,¿usted lo hace no lo hace? ¿qué se siente?

Lucia Rodríguez : bueno realmente ¿qué pasa? lo hacemos porque no solamente soy yo si no el grupo como tal todo de enfermería lo hace ,si el profesional no está de acuerdo siempre se respeta entonces listo vamos hacerlo como usted diga si usted le gusta preparar esta infusión en tanto y nosotros aquí el protocolo institucional dice que se prepara de tal forma igual bueno vamos a respetar su decisión volvemos a lo mismo son líneas de autoridad entonces así enfermería se autónoma nosotros sabemos que por encima de nosotros existe el especialista en cuidado intensivo y al fin de cuentas es quien está respondiendo por ese por ese paciente ante la dirección científica ante los familiares sí y pues que sabe que realmente es quien lleva la batuta y el mando de la UCI entonces siempre respetando esas líneas de autoridad pero se hace.

Jefe Carlos Harvey Jaimés Pabón: pero ,pero hay entonces si ya si me causa una curiosidad Lucia en ese sentido ,conocemos el código de antológico de enfermería cierto e independientemente de que sea el médico especialista nosotros también como enfermeros también somos una profesión ,si estamos nuestro ser y nuestra esencia es el cuidado a nuestro pacientes cierto ,he:: pero si usted no está de acuerdo con un tratamiento que en un momento usted lo decía que ya pronto si la experiencia usted ya saben si usted tiene unos protocolos establecidos es porque hay evidencia de que así funciona o de qué es que el paciente es mejor tenerlo en prono tantas horas porque es que la evidencia me ha demostrado lo que llevo a demostrado de qué es que ese efectivo tantas horas y no menos o nomás bueno si no bueno en fin ,un ejemplo usted me dice que entonces por el respeto cual él lo que el médico ordenó así usted

Lucia Rodríguez : si desafortunadamente creo que se le volvió a ir la señal aló

(.)

Jefe Carlos Harvey Jaimés Pabón: dónde quedó

Lucia Rodríguez : no que sí que el respeto y todo lo demás a

Jefe Carlos Harvey Jaimés Pabón: donde queda donde queda como entonces esa esa autonomía de parte suya en su ejercicio profesional y entonces que la motivó a cumplir una orden donde usted no está de acuerdo en donde si eso no le está beneficiando al paciente

Lucia Rodríguez : si claro que desafortunadamente a pesar de que yo sé que no que pronto no está funcionando o no va funcionar volvemos a lo mismo hay líneas de autoridad y se dene respetar 100% en donde queda en decirme a mí misma si lástima que no sé si lástima que no me haga caso lástima que no pero cumplí con el digamos cumplí con mi deber ser lo que hablamos hace un momento mi ética profesional me hace decirlo no quedarme callada y si no dar mi opinión dar mi punto de vista y no espere es que yo pienso que eso no le está funcionando y que debería ser de otro forma ,no si pero lo vamos a manejar así porque no sé qué un ejemplo puntual sobre todo en este tema pandemia pues veníamos dando cuenta que todo los pacientes estaban venditalando en modo APRB con el requerimiento de CO3 que necesitaran como le decía (interferencia).

Jefe Carlos Harvey Jaimés Pabón: se fue la señal Lucia que pena

Lucia Rodríguez : en que en, donde queda

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: creo que pues si ni modo APRB

Lucia Rodríguez : Bueno que los pacientes veníamos manejándolos sobre todo aquí en este tema pandemia se habían establecido que el protocolo de ventilación mecánica para este tipo de pacientes fuera en modo APRB en el requerimiento de que necesitarán y pues aunado a eso el tratamiento antibiótico mientras salía o no algún germen tipificado en filamentos o secreción bronquial o lo que sea y pues el manejo prono supino que es como el manejo integral de la de la SDRA pero qué pasa habían ahí muchos artículos que avalan en el manejo de la ventilación mecánica convencional en SDRA ósea asistido controlado con volumen con parámetros de protección pulmonar entonces nos esta vamos dando cuenta que el manejo APR realmente no estaba funcionando como muy bien con los pacientes entonces en ese momento hicimos la sugerencia incluso yo misma hablé con fisioterapia es momento llegamos a la misma conclusión entonces hablamos con el especialista y dijimos es que nos hemos dado cuenta que realmente en modo ARP no ha funcionado porque no intentamos manejarlos en asistido controlado con volumen y vemos a ver cómo como cómo evoluciona entonces en este momento por ejemplo el especialista nos dijo no sigámoslo manejado en APR pero igual una forma muy respetuosa no entramos en choque de discusiones ni de nada por la sugerencia respetuosa que se le hizo he:: la rechazó en su momento y pues quedamos de seguir los manejando en APRB una semana después viene este mismo especialista y dice no es que nos hemos dado cuenta que realmente como que el APRB no está funcionando entonces vamos a empezar a manejarlos en asisto controlado por volumen con parámetros de protección he:: y empezamos a manejarlos y vemos que si hubo una mejoría en los pacientes ,entonces es en el momento en el que uno piensa y dice mi deber ser como profesional de enfermería fue en su momento decirlo si tomo o no tomo la determinación de hacerlo pues bueno desafortunadamente es el jefe de la UCI y no podemos hacer nada más porque es algo que le concierne directamente a él ni siquiera el fisioterapeuta ,ni siquiera el médico general ,ni siquiera enfermería ,porque si hay un jefe de cuidado intensivo pues es quien definitivamente quien lleva la batuta o quien lleva la guía de manejo de absolutamente todos los pacientes entonces todos los pacientes ,entonces mi deber ser es opinar y decir pensamos que pasa esto y esto para el bienestar del paciente si lo toma o si no lo tomas en ese momento pues bueno yo como profesional lo hice lo manifesté y hasta ahí puedo hacerlo desafortunadamente hasta ahí puedo hacerlo pero fíjese que más adelante nos dio la razón y si tiene la razón vamos a manejarlo de esta forma y vemos que hubo mejoría entonces como que llega un momento en el que esa sugerencia que se hizo y que no se tomó más adelante teníamos la razón se tienen cuenta y mejora entonces uno como que tiene ese respiro ese alivio de decir ¡hey! bueno teníamos razón en su momento y ya se está tomando ,pero definitivamente si no se puede ,hasta donde sugerencia pero en definitiva respetando la línea de autoridad si no lo deja hacer, nada ni modo

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK bueno Lucia pues creo que no tengo más preguntas, he:: no sé si de pronto usted quiera complementar algo quiera de pronto decir algo con respecto al tema

Lucia Rodríguez : bueno no pues realmente era como como eso el tema de autonomía en cuidado intensivo , indicado para el profesional de enfermería yo pienso que siempre va a ir encaminado al nivel de confianza que se tenga con el equipo interdisciplinario y con su nivel de conocimiento y de cómo su seguridad en cuanto a la toma de decisiones afectan de una forma benéfica en el paciente entonces en mi autonomía en ciertas experiencias en ciertos casos funcionó pues me gane la confianza para seguirlo haciendo si cometí un error en cuanto a la toma de decisiones y ese error es repetitivos 1 2 3 4 veces entonces pues definitivamente no voy a tener la confianza para que mi equipo multidisciplinario el intensivista al médico general diga no mejor cualquier cosa que vaya hacer me avisa entonces yo pienso que todo va encaminado hacia ese tema confianza y conocimiento del profesional pero que somos una profesión autónoma 100% de acuerdo.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK Lucia muchísimas gracias ,gracias por compartirnos la experiencia en su clínica en con todo esto de la pandemia y pues la idea es voy a transcribir la entrevista apenas la tenga yo sé la hago llegar para que la lea de pronto si hay que corregirle algo si de pronto no quiso decir algo o si hay que hacerle algún cambio lo podemos hacer sin ningún problema de pronto si también debe mirando ya cuando ya tenga transcrita lo de la entrevista pues si debo profundizar en algo de pronto la molestar nuevamente para profundizar en algún tema específico ya más más más entradito ,pues muchísimas gracias entonces yo le estaré contactando así tengo una última preguntita algo chiquitico es que me ha causado mucha curiosidad también ahorita con todo este de pronto no tenga mucho que ver con autonomía pero pues de pronto sí uno lo analiza de otra manera está sí de qué ahorita con todo lo que llaman ,los héroes de la salud de que ahorita en pandemia entonces los enfermeros los héroes y anteriormente donde estaban esos héroes

Lucia Rodríguez : si eso es algo muy controversial porque de hecho hace un hace poco tiempo estábamos hablando con el grupo de colegas y decimos exactamente lo mismo ósea como en medio de hasta ahora ósea tanto tiempo después entonces la el mundo afuera de las clínicas si se da cuenta de cómo es que se mata uno allá adentro por salvar una vida entonces claro como ahorita es una cosa así tan expansiva y tan voluminosa pues es que si se vienen a dar cuenta sin embargo el personal sobre todo el cuidado intensivo y de urgencias es quien le está poniendo el pecho ah esta guerra y que sí que evidentemente en este momento como el boom de todo lo que está pasando y que definitivamente si existe cansancio físico ,existe cansancio emocional ,existe más más más ansiedad ,existe más presión sobre todo por eso porque nunca había sido por ejemplo mi parte vivido saber que llegué a mi turno de 12 horas y perfectamente puedo embalar hasta cinco cuerpos en 12 horas entonces el choque de emociones es difícil y claro y verte que uno está ahí en esa línea de guerra entonces no se héroes o lo que sea porque pues definitivamente el estar ahí en el nido como tal del virus pues si eso es bien difícil de manejar pero qué lástima pero pues lástima que el resto del mundo se está dando cuenta de eso apenas en este momento.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK bueno Lucia muchísimas gracias nuevamente entonces le haré llegar la entrevista transcrita y cualquier cosa la necesito pues la volveré a molestar, pero de verdad muchísima gracia y por hacer parte de mi trabajo de contar estas experiencias porque pues también se trata de esto también de como enriquecer a enfermería de que tengamos un trabajo para mostrar de que tengamos ,que estos profesionales que vienen de aquí ,que están recién graduados vean la importancia de que seguirle estudiando de comprometernos de tener confianza seguridad todo lo que todo lo que usted ha manifestado listo

Lucia Rodríguez : completamente de acuerdo Carlos, estamos pendiente

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: bueno si señora chao

Entrevista 7: Enfermero Jaime Camargo

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: entonces quisiera como empezar Jaime a preguntarle, o quisiera que me describiera he:, brevemente he:: su labor principal de enfermero en la unidad de cuidados intensivos

Jaime Camargo : bueno he:: mi nombre es Jaime Camargo he:: yo soy enfermero profesional de la Universidad Nacional de Colombia, soy especialista en cuidado crítico de la Pontificia Universidad Javeriana he:: en este momento soy candidato a baumeister de cuidado crítico he: y mi experiencia en cuidado intensivo llevo ya cinco años he: en cuidado intensivo he trabajo en diferentes unidades de cuidado intensivo he: las unidades que he trabajado han sido hospitales y clínicas de tercer y cuarto nivel he::

Jaime Camargo : que más me pregunta usted Carlos

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: he:: quisiera que me describiera brevemente su labor principal de como enfermero en la unidad de los intensivos

Jaime Camargo : listo entonces el enfermero he: de cuidados intensivos está encargado de inicialmente del cuidado de los pacientes que tienen he: algún tipo de alteración cardiovascular, respiratoria, neurológica y/o renal he: estos pacientes he: dado que su condición de salud se encuentra en este momento en la unidad de cuidados intensivos son muy vulnerables y se encuentran en un alto riesgo de mortalidad entonces el enfermero está encargado de varias cosas he: inicialmente he: el enfermero he: procura de prevenir complicaciones del paciente promueve desde ese momento acciones educativas en el en la en el paciente para que a futuro no se llegue a complicar aún más y de la misma forma y eso es una cosa que de pronto va de la mano que horita te cuento Carlos de la mano de lo que estamos haciendo en mi trabajo de grado es adecuar o limitar ese esfuerzo terapéutico en la unidad de cuidado intensivo

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK, con esto que me cuenta Jaime que habla de prevenir que tan importante es para su labor como profesional de enfermería la autonomía

Jaime Camargo : creo que es lo más importante digamos en el marco de y yo creo que es así yo creo que tú también lo viviste Carlos cuando uno va estudiando va aprendiendo muchas más cosas no solo lo que uno de pronto aprende en el salón no sólo lo que uno aprende de los compañeros, sino aprende más cosas de la vida y aprende a que enfermería va mucho más allá no entonces enfermería es creatividad, enfermería es innovación, enfermería es una profesión, una disciplina, una ciencia que es autónoma he: y creo que eso lo hemos ido fortaleciendo cada día más lógicamente el camino es muy largo lo que nos hace falta como enfermería pero creo que debemos empezar con nosotros, nosotros que somos enfermeros, que de pronto queremos ser especialistas, queremos ser Magister, queremos ser doctores y creo que eso va hacer que día a día vamos a tener más autonomía y creo que es una de las cualidades más importantes que tiene enfermería porque la autonomía hace que nos desliguemos de algo tan dio médico como lo es una carrera de medicina como lo es un médico que es más ilidiario médico y de pronto uno estando en la unidad de cuidado intensivo he: se va mucho hacia esa parte pero cuando uno comprende que enfermería tiene aún más ese contexto he: se da cuenta que ahí está la autonomía de nosotros en desligarnos de esa parte dio médica nos desligamos totalmente porque sabemos que nuestro cuidado con es cuidado elistico integral pero he: pero si nos desligamos más de la parte biomédica y nos preocupamos por otras cosas la parte psicosocial del paciente, la parte emocional, la parte familiar, la parte afectiva, la parte espiritual y creo que eso hace que sea he: nuestra autonomía como como carrera o como profesión de enfermería.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: sí, claro cuando usted habla Jaime de que en el día a día pues uno va como adquiriendo va aprendiendo va uno dándose cuenta de qué es lo que qué es lo que necesita si y lo decía uno no necesariamente, no es que no necesariamente no es que uno no tiene que quedarse solamente con lo que aprendió en el pregrado y ya si he:: con el tiempo pues uno se va queriendo varias cosas varias más conocimientos, más fortalezas, en relación a todo lo que me ha contado y con esa experiencia que ha tenido y ahorita en estos tiempos de pandemia en la UCI donde trabaja, en su ejercicio profesional se hacen ha sentido que ha llegado a ser autónomo o que es autónomo.

Jaime Camargo : si Carlos mira que he: ahorita he: nos hemos dado cuenta que hay escasez hay escasez de personal de salud, en general hay escasez de enfermero, de médicos, de terapeutas de todo, de auxiliares de enfermería, bueno de todo en general y eso ha hecho que he: de pronto a enfermería le den otro campo en ese paciente crítico entonces he:: tenemos seis pacientes, ocho pacientes en esa condición

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Perdón Jaime que pena fue que la señal como que se cayó quedé en donde decías qué hay escasez de enfermeros de médicos

Jaime Camargo : eso perfecto esa escasez de personal ha hecho que he:: se ocupen otras tareas adicionales, entonces ya entra más la autonomía ahí, entonces enfermería he: ya tiene

la oportunidad de decidir por ejemplo he: bueno vamos a, se le toman gases arteriales a este paciente con estos gases arteriales vamos a definir pronar este paciente, definimos destronarlo ya llevan dieciocho horas, ya llevan veinticuatro horas, ya lleva treinta y seis horas en esa posición entonces dada su condición de mejoría o que se empeoró he: vamos a pronar vamos a destronarlo y de pronto se han hecho esas cosas he: más autónomas que lo lógicamente tiene que ser con un equipo multidisciplinar pero que lógicamente ha hecho qué he: tengamos la oportunidad de decidir he: venga vamos hacer estas cosas he: y lógicamente he: se involucra mucho más allá que es la decisión de uno no entubar al paciente o sea de discutir un momento con él médico venga no lo entubemos he: o ya llega un momento en que ya quince días sedado el paciente no mejora, no mejora, entonces llega el momento en que uno dice a él médico venga no hagamos más lleguemos hasta aquí hablemos con la familia que puede ser un desenlace fatal y de pronto uno ya decide, dejarlos ir por así decirlo y ya fallecen esos pacientes y entonces creo que ahorita se ha visto más esa autonomía de enfermería en la unidad de cuidado intensivo.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Jaime ahí cuando me cuentas que deciden tomar gases arteriales pronar el paciente que hacerle esto que hacerle aquello, en su ejercicio lo hace ahí en la UCI o lo toman en conjunto en decisión con los médicos ya sea en una revista médica ya sea en, dependiendo del estado clínico en el momento que presento el paciente una alteración que no sé o usted toma la libertad lo hace y es respetable qué pasa con el médico hacer

Jaime Camargo : no, si o sea si claro o sea lógicamente he: digamos yo identifico que el paciente está esas condiciones he: y es un equipo no o sea identifico que está en esas condiciones de pronto yo sí le tome la muestra de gases arteriales sin haber que el médico la hubiera formulado he: el terapeuta fue y la proceso o yo fui y la procese y salieron tal datos entonces yo le dije al médico mira tiene una tangil tanto, tiene una AT en tanto tienen la saturación en tanto y he: entonces uno le dice pues toca pronar al paciente y en términos generales pues el médico le dice si porque lógicamente eso lo que hay que hacer entonces esa parte de autonomía va de mucho de la mano con los conocimientos científicos que uno pueda tener como profesión entonces si no tiene el criterio de tomar esas decisiones he: igual siempre he pensado que cuidado intensivo es equipo multidisciplinar en que todos trabajamos de la mano he:: entonces he: lógicamente como te digo hay momentos el momento en que hay crisis cuando está muy hay una sobrecarga de pacientes muy alta entonces en que toca tomar esas decisiones pero regularmente se hace en un equipo multidisciplinar, en una revista médica.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: y hay momentos Jaime donde usted sugirió algo y el médico dijo no, o no se tuvo en cuenta y usted estando seguro de que eso era lo que lo que el paciente le, le convenía.

Jaime Camargo : si, si, digamos, digamos eso, eso pasa mucho he: o me paso mucho cuando yo empecé a trabajar en la unidad de cuidado intensivo eso, eso me paso mucho pero ya posteriormente ya uno se forja una experiencia he:, ya digamos el médico, ya uno tiene

amigos de cuidado intensivo por así decirlo, entonces el medico es amigo mío, tal enfermero yo lo conozco, tal medico yo lo conozco porque trabaja en tal unidad de cuidado intensivo entonces se va uno encontrando con esas personas en las unidades de cuidado intensivo y ya sabe uno cómo trabajan y ellos ya saben cómo uno trabaja entonces he: lógicamente como te digo al principio si uno entra a chocar pero uno va aprendiendo de esas cosas y aprendiendo en que he::, y ellos también aprenden lógicamente, en que debe ser un equipo multidisciplinar el que define al paciente y si pasó muchas veces en que de pronto uno si tenía la razón venga yo leí eso ayer y lo leí de pronto en un artículo de hace un mes y decía que tocaba hacer tal cosa y él dijo que no que había otro tipo, pero bueno varias cosas que pueden suceder y si lógicamente y de pronto eso era lo que sé lo que lo que servía y de pronto te cuento así una pequeña experiencia he:, cuando yo me gradué del pregrado yo no hice la especialización inmediatamente si no yo hice un diplomado en cuidado crítico y yo entre a trabajar a una unidad de cuidado intensivo que era quirúrgica cardiovascular y he:: había si un médico de pronto con mucha experiencia y varias cosas, he:: yo no tenía tanta experiencia de pronto no tenía los conocimientos suficientes pero yo siempre he pensado que, que el manejo de un paciente en la unidad de cuidado intensivo es de tener un poquito de lógica, entonces el paciente era un posoperatorio cardiovascular entonces estaba como deshidratado y yo lo veía como taticardico, como hipotenso he:: yo le dije, entonces yo le pase, yo le dije al auxiliar oye pásale a totito pásale trescientos de líquidos, trescientos mililitros de lactate de riger y porque esta competente como taticardico bueno, entonces ya se los paso y no después el medico vino a hablar conmigo he: lógicamente no de buena manera y me dijo porque yo le había hecho eso entonces le di mis razones, y me dijo que eso no es así que yo no sé qué y él fue con el ecógrafo hacer un barrido he: ecográfico y lógicamente no le hacían falta trescientos si no le hacían falta como mil entonces tuvo que pasarle más liquido pero eso no me lo dijo a mí, si eso fue lo más curioso yo me reía de eso después no, no me lo dijo, no me lo dijo a mi sino le dijo al auxiliar oye pásale por favor otros quinientos ahorita y complétale los mil con otros doscientos eso no me lo dijo a mí, sino que después el auxiliar me dijo ven es que el medico dijo que paso libre y yo le dije si claro pasa y dale líquidos porque los debe necesitar y, y pues eso fue una experiencia y yo después, ahorita me rio de eso porque digo a veces hay una lucha entre nosotros y pues y no es un equipo multidisciplinar en que debemos trabajar juntos.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: no y eso suele pasar Jaime yo también tengo he tenido la experiencia porque la he pues ahorita así como para salirme un poquito del tema he ahorita estoy en la parte administrativa he laborando en la parte administrativa pero si también dure varios años trabajando en la unidad de cuidados intensivos nunca hice la especialización la verdad he: porque tenía como quería otro enfoque en fin, pero, pero lo que dice es cierto uno al principio empieza como a chocar por eso he: también estoy de acuerdo en que si uno no está en constante disciplina cierto, en constante disciplina de estar uno estudiando, estarlo prestando atención he se puede quedar uno corto y entonces uno como que no, no gana no se gana esa confianza, si de los médicos para uno poder también aportar o dar su, su, su propio criterio, he: bueno volviendo otra vez entonces quería si quiero escucharte pronto Me, no sé si me pueda compartir Jaime una de sus experiencias en la atención con paciente con diagnóstico Covid-19 en la que usted se ha sentido autónomo como profesional y cuando se

ha sentido en esa experiencia que elementos ha tenido en cuenta para esa toma de decisiones que es lo que le ha motivado para que se pueda tomar decisiones o tomar

Jaime Camargo : Carlos se le fue la onda, aló, aló.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: se había ido la señal otra vez

Jaime Camargo : si, si te escuche hasta que elementos uno necesita para.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ha bueno entonces le contaba, quería saber si me puedes contar una de las experiencias con paciente Covid donde se ha sentido autónomo y al estarse a la verse sentido autónomo que lo ha motivado o qué elementos atendido en cuenta a la hora de tomar esas decisiones o tomar ese criterio del manejo del paciente de la decisión que haya tomado.

Jaime Camargo : si claro mira, tengo la experiencia del primer paciente que, que yo tuve con covid imagínate que he: fue irónicamente el 11 de abril ya hace como seis meses un paciente joven 35 años he:: sin ningún antecedente si era, está poquito sobrepeso pero pues no, no era eso ni nada que no tenía ningún otro antecedente he:: el señor era como comerciante y se había contagiado allí, he, ingreso en malas condiciones generales, he, requirió la intubación orotraqueal y bueno todo el cuento, he:, pero he: cuando abrieron una institución, la UCI covid he yo dijeyo voy, yo voy a abrirla, entonces llego ese paciente yo estuve con él, entonces como era (no se entiende lo expresado) habían poquitos pacientes solo teníamos dos y ese era el paciente que estaba más, más inestable por así decirlo y por lo tanto ahí en esa UCI no había medico porque como todavía no se había precipitado con, con como con tanta euforia ahorita tantos pacientes que hay, entonces no había médico, sino el médico se compartía, he:: entre la UCI médica y esa UCI covid, en la UCI no covid y la UCI covid, entonces lógicamente no tenía medico yo estaba como auxiliar no más, auxiliar de enfermería, tampoco tenía terapeuta respiratorio porque estaba lógicamente donde habían más pacientes en el otro lado y he:: recuerdo tanto que esa noche yo estaba he: con dos auxiliares de enfermería he: entré a la habitación del paciente con todos los elementos de protección personal está cambiando la nutrición (no se entiende lo expresado) que ya se le había acabado entonces se la estaba cambiando le estaba administrando algunos medicamentos y estaba pronado ese paciente, y he:: le estaba mirando si, o sea ya le deje montada la nutrición, ya, ya iba a salir, le estaba mirando los signos vitales y de repente empezó hacer una taticardia ventricular, he: sostenido he luego salía entonces yo dije algo, algo va a pasar, algo grave va a pasar, entonces he se puso más hipotenso, le subió el soporte vasopresor otra vez, otra vez le reinicio la trasvia ventricular, entonces he, si le tome el pulso inmediatamente he, y el paciente estaba sin pulso, entonces sólo le inicie las compresiones como se debe ser, el paciente estaba pronado, estaba boca abajo, he:: le inicie las supresiones lógicamente le debo al auxiliar, buenos mal tenía dos auxiliares en ese momento le dije uno traiga el carro de paro, y a, a el otro auxiliar, no ve y llamas al médico porque como era algo nuevo ni siquiera sabíamos cuál es la extensión, no, no o sea no teníamos ni idea, entonces ve y llamas al médico, iniciamos la reanimación ella trae, la otra auxiliar trajo el carro de paro he:, cambiamos, ella empezó la reanimación para yo poder administrar los medicamentos, que le administre una adrenalina, todavía no había llegado el médico porque

eran como las tres de la mañana, lógicamente estaba en su descanso y he: administre una adrenalina, he lo seguimos reanimando cambiamos porque el auxiliar no le había administrado los medicamentos, si no ayudar para las compresiones, ya llego la otra auxiliar, llego terapeuta ya había más equipo entonces ya me hice sólo con los medicamentos, y le seguí administrando medicamentos al paciente pero no solo adrenalina, sino como ya era el ritmo he:: que se sospechaba que de pronto hay un trastorno electrolítico entonces lo administre magnesio, le administre calcio, mientras llegaba el médico, ya médico llegó, he:: finalmente ya se puso sus elementos de protección personal, he:: me dijo que paso, le conté rápido lo que había sucedido, le conté todo lo que le había administrado, me dijo bien sigamos reanimando, duramos aproximadamente unos quince minutos reanimándolo de esos quince, yo estuve diez minutos solo, he: con los auxiliares y he:: a los quince minutos salió del tab el paciente, era inestable entonces le montamos otras infusiones, le dimos ya le dimos la vuelta porque como estaba pronado, lo reanimamos haspronado tocaba darle, darle la vuelta nuevamente a supino y he:: ya lógicamente al pasarlo a supino, ahí estuvo un ratico como unos cinco minutos bien, como estable, como estable, nuevamente entro en paro he:: lo reanimamos como otros cinco minutos y finalmente pues el señor falleció he::, entonces he:: eso nos sirvió mucho a todos, porque, porque lógicamente, he:: no todos los médicos tienen las mismas competencias y no todos los enfermeros tienen las mismas competencias, entonces he: el médico me dijo o sea buenos mal usted estaba aquí, porque si de pronto estuviera alguien más nuevito, he: no hubiera podido hacer nada, he: yo le dije se hizo todo lo posible, igual pues falleció el paciente, pero lógicamente le dimos todo lo que, lo que fue posible y todo lo que se le ofreció de soporte, pero digamos eso, eso fue una experiencia que me marco mucho porque en esta, en esta pandemia, porque aprendí que, que son profesiones diferentes medicina y enfermería, pero, pero lógicamente nosotros he: tenemos también nuestro conocimiento, y nuestra ciencia y bueno y que de pronto he: nos hace falta ser más hermanos ser más con, con los médicos, ser más equipo, ser más, o más, más he:: llavería por decirlo así debemos llevarnos mejor he: y más en una unidad, y más en esta pandemia en que, he: lo que te ha hecho no hay suficiente personal, en realidad no hay suficiente, entonces he: si de pronto, o lo he pensado digamos últimamente he: que se fortalecerá más los conocimientos biomédicos de nosotros, he: seríamos, bueno nos llevaríamos más de la mano con, con los médicos o sea, esa es como la experiencia que, que me marcó últimamente, y lo que te digo fue el primer paciente que yo tuve con covid, entonces siempre, siempre lo lleva uno ahí en la cabeza no.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: si claro, y esa experiencia, en esa experiencia que fue lo que lo motivo o que elementos tuvo en cuenta para tomar esa decisión así de una.

Jaime Camargo : es, es muy difícil porque imagínate que mi esposa me preguntó lo mismo no, mi esposa también es enfermera también es enfermera de la unidad de cuidado intensivo y ella me preguntó o sea como, como hiciste eso o sea nunca te habías enfrentado a un paro solo y yo le dije no nunca o sea eso fue algo, algo nuevo para mí, llegue y le dije, y ella me decía como le hiciste, yo le dije son, son cosas inherentes, yo creo que, que hace parte de la super vivencia yo creo, en que, si yo pensé en ese momento cuando paso todo eso yo en mi

mente lógicamente pasaron muchas cosas y actúe lógicamente si pensé lo que estaba haciendo y no toca, toca actuar en este momento, he: te reviso muchísimas cosas, eso creo que va mucho de la mano en que, en que, primero uno tiene que estar seguro de lo que sabe, y de pronto eso es lo que falla de pronto a veces en unos colegas que lo, que lo he visto en que no creen en ellos mismos.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: sí.

Jaime Camargo : en que, en que de pronto ellos no se reconocen a ellos mismos que han hecho una especialización y que por eso están en la unidad de cuidado intensivo o que ayer leí un artículo a pesar de que lo leyeron dicen no como que, como que no creen que yo puedo hacer eso si me hago entender, entonces he::: creo que va mucho de la mano, primero en creer en mí mismo en lógicamente tener un conocimiento basado en la evidencia o sea no ir hacer cosas por allá muy locas y, y creo que, que enfermería he:: es, es una profesión.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: disculpe nuevamente la señal.

Jaime Camargo : tranquilo, hasta donde quedaste.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: que va mucho de la mano, de creer

Jaime Camargo : bueno, entonces va mucho de la mano en creer en nosotros mismos, en creer en nosotros como enfermeros que tenemos un conocimiento, pero también va de la mano tener un conocimiento basado en la evidencia, en no ir hacer cosas por allá inventadas no es nada de eso si no son cosas, las hacen la evidencia pero eso, eso le hace he:: enfermeros que sean disciplinados, eso lo hace he:: enfermeros que, que lean, enfermeros que se preocupan por sus pacientes porque cuando uno ve un paciente y uno no sabe qué hacerle uno va a la casa y lee algo sobre lo que tiene el paciente para el otro día ofrecerle algo más de lo que le ofreció el día anterior, entonces yo creo que va mucho de la mano de eso.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: usted considera Jaime que hay alguna diferencia cuando hablas de, de ese enfermero que no cree que hizo una especialización, cree que hay una diferencia de los enfermeros de los profesionales que no tiene especialización y los que sí tienen especialización y que llevan que pueden llevar el mismo cantidad de tiempo en una unidad de cuidados intensivos.

Jaime Camargo : si, y mira que, que de manera personal sufrí ese ese cambio, he: cuando yo empecé con lo que te decía, yo hice un diplomado, un diplomado lógicamente dura cuatro meses no sé cuánto duro y yo llegue a la unidad de cuidado intensivo, recién graduado sin experiencia he:: empecé a hacer aprender hacer cosas, digamos a manejar un Swan-Ganz a manejar un balón de contrapulsación a preparar esos medicamentos que nunca en la vida ni siquiera el pregrado lo había visto un bala de adrenalina, una vasopresina no tenían idea que era eso, he: entonces aprendí hacerlo lógicamente con, con mis compañeros con mis compañeros especialistas, si he: ellos me apoyaron mucho y mira que es muy bonito porque también tenía un auxiliar que lleva muchos años un auxiliar de enfermería que, que la recuerdo mucho con mucho aprecio porque ella me enseñó muchas cosas de cuidado intensivo que no me lo enseñaron los enfermeros sino ella como auxiliar me lo enseñó y, y

me las enseñó a mí qué lógicamente yo era o soy todavía una persona muy receptiva me gusta mucho aprender entonces cuando, cuando he:: yo llegue allá nuevo no tenía idea de nada, he: entonces me empezaron a enseñar hacer las cosas, claro lógicamente yo pasados seis meses, he: yo sabía he: como hacer digamos una amodinamia, si me estás escuchando Carlos.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: si, si tranquilo

Jaime Camargo : a bueno digamos yo aprendí hacer un amodinomia yo aprendí como manejar un balón de contrapulsación y he, me gusto tanto el entorno de la unidad de cuidado intensivo, que por eso decidí hacer la especialización, y cuando y cuando yo entre hacer la especialización y entendí y en las clases comprendí he::, que he::, que era hacer una amodinamia en un Swan-Ganz, si, hacer, hacer, ese, ese monitoreo invasivo, pero no solo hacerlo sino que entendí por qué se hacen esas cosas y que uno con eso puede tomar decisiones, entendí que la especialización más que me diera el cómo hacerlo, me dio al cómo comprenderlo, entonces eso me dio unas bases tenaces y yo que , que eso fue una de las mejores decisiones y digamos he convencido a muchos compañeros que, que trabajan conmigo que no son especialistas de hacer la especialización porque todo lo que uno gana, he:: es en entender porque se hacen las cosas y no solo hacerlas sino es en comprender porque se hacen y que uno puede tomar decisiones con eso.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: claro, en cuanto a he, Jaime en su ejercicio ahí o en su experiencia que ha tenido en la unidad de cuidados intensivos usted me podría contrar de pronto una experiencia de un colega donde a, donde ha sido autónomo o de pronto también puede pasar donde no haya sido autónomo.

Jaime Camargo : re, repíteme de nuevo la pregunta que pena Carlos.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: me podrías describir de pronto una experiencia de un colega donde él haya en su ejercicio profesional se ve la autonomía o también puede pasar de haya un colega de que usted haya detectado o que no que no haya puesto en práctica la autonomía.

Jaime Camargo : bueno si espérame un segundo y pienso si, ven te cuento

Una experiencia de otro compañero, si yo creo que, que cuando he:: digamos la tarea que uno tiene también hace parte de la salud uno haba es de eso no, de las experiencias que uno vivió durante el día entonces digamos mi esposa, si, siendo mi colega también, he: claro ella lógicamente he:, las mujeres tienden hacer como más inteligentes, no o no más inteligentes sino tiene un campo visual más grande que el de nosotros entonces claro ella lógicamente mucho más allá las cosas, y yo creo que ella ha tenido varias oportunidades, y mira que ella es especialista en cuidado crítico pero también es ahorita es candidata a Magister pero en cuidado paliativo, entonces ella se le abrió un campo he:, un campo más allá de lo que se ve en cuidado intensivo que es eso de, de brindarle a un paciente que está en cuidado intensivo brindarle cuidado paliativo, y que, y entonces lógicamente ella a brindando manejos por ejemplo a pacientes con dolor y que no tiene formulado tal medicamento ella da su autonomía da su condición de, de ese conocimiento he, saca un medicamento o sea de pronto comparte

la apoya de la hidromorfona con el paciente que si la tiene, con este paciente que no tiene y le brinda ese , ese poquitico de analgesia he y se soluciona el problema, lógicamente después va y le dice al médico y el , he, he por el compañerismo se la fórmula y ya la fórmula por oral entonces ya ese paciente tiene, ya tiene hidromorfona por oral por ejemplo entonces he, digamos eso ha sido lo que me ha contado ella, en que, en que lógicamente ella he dado el conocimiento y que de pronto le ha brindado la maestría en cuidado paliativo he puede hacer un manejo del dolor y mira que de pronto eso es lo que pasa en otros sitios de del mundo, no, digamos en España he, los enfermeros pueden he prescribir, si, medicamentos no todos pero pueden prescribir digamos he vitaminas, digamos a las mujeres embarazadas ellos pueden prescribir el ácido fólico, el carbonato de calcio y el sulfato ferroso pero también pueden prescribir esos medicamentos he, de pacientes paliativos y pacientes crónicos, para el dolor, ellos lo pueden formular, entonces he lógicamente eso no está regulado acá, pero mira que uno lo hace bajo cuerda no, y yo creo que muchas, muchas personas hacemos eso, hacemos cositas he lo que te digo, no pásele líquidos a tal paciente y muchos compañeros si pásele tanto paciente hipotenso, dolor (no se entiende lo expresado), sabemos que el médico no está por ahí a esa hora, hipotenso, entonces he, el compañero regularmente que yo tengo en la UCI no, pásele bolito he, o ya dada la circunstancia ya sé baja mucho la tensión entonces ya uno va preparando la mezcla porque ya sabe que uno tiene que montar nueve de adrenalina mientras tanto el otro va y despierta el médico solo, únicamente para que la formule y para que esté de acuerdo en que ,en que la monte pero ya uno tiene, en su lava montando, por que lógicamente uno ya sabe que va a suceder eso, entonces he: hay muchas experiencias he:, que han sido esas esas esas de la autonomía, pero mira que también creo que hay más de esas experiencias que, que , no han dejado, he::: que sea autónomo el enfermero , he:: ven te cuento así, una que le sucedió a mis compañeros.

Mira que una vez teníamos un paciente lo tenía mi compañera y e.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: se fue nuevamente la señal Jaime.

Jaime Camargo : tranquilo, en donde te quedaste.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: cuando empezaste a contar qué hay también experiencias que no dejan ser autónomos algo así.

Jaime Camargo : eso sí perfecto, si perfecto entonces digamos tuvimos con, con mi compañera ella tuvo un paciente he, tenía una infección gastrointestinal creo y he, se le estaba colocando bancomisina, entonces, no, pues el paciente empezó hacer un rash ahí lógicamente no sabíamos de que era porque como uno lo pone tantos medicamentos al paciente uno no sabe de qué le da el rash entonces mi compañera no eso debe ser, mi compañera eso debe ser la, debe ser la bancomisina he, y ella toda enérgica fue y le dijo al médico, no es que está haciendo tal rash y eso puede ser la bancomisina que yo no sé qué o pues debe ser la bancomisina ella le dijo, entonces el médico le dijo no, eso no es eso que yo no sé qué, entonces fue y la miro, el médico fue y valoro al paciente y dijo no ese rash no es de eso, eso debe ser de otro medicamento, eso sucedió en ese momento, he: le colocaron un antiestamínico al paciente y ya ahí le fue resolviendo al otro día, nos enteramos, lógicamente no, no, nos contaron sino nos contaron fue los compañeros de ahí de la unidad, que

efectivamente ese paciente había hecho una reacción alérgica a la vancomisina que le habían tomado unos niveles de vancomisina y estaban por allá en las nubes y, y seguía con el rash y ya estaba haciendo un dres asociado a la vancomisina entonces he:, que porque no se habían dado cuenta antes que yo no sé qué, entonces mira que hablando de eso juega un papel importante las notas de enfermería, que yo siempre he pensado en eso, si uno piensa algo he: que es posible que sea, uno hace la labor de enfermería que le avisa al médico que es posible que el paciente tenga tal cosa, y yo creo que eso lo salvaría a uno mucho, porque lógicamente entre médicos se defienden mucho y si, si llegara o en este paciente de pronto tendría después se sano pero si le llegara a pasar algo a ese paciente he:: como así que nadie se dé cuenta, como así que el enfermero no dijo que tenía rash, siempre es culpa de enfermería cuando pasan esas cosas malas, no, entonces he digamos eso han sido situaciones de que el criterio de enfermería no se tenía en cuenta.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: y vea que cuando habla de las notas de enfermería Jaime precisamente hoy estaba leyendo he, está volviendo a leer el código de antológico enfermería y leí en la parte de mi trabajo donde hace referencia en un estudio que hicieron, que a veces la autonomía de profesional de enfermería la muestran o se muestra es en una nota de enfermería y yo pensaba pero porque en una nota de enfermería, y es porque donde uno deja el registro, y lo que tú dices o sea uno tiene que dejar el registro de lo que se hace y a veces obviamos puede ser por el tiempo puede ser porque se nos olvidó porque nos ocupamos bueno que se yo y uno a veces no hace notas he, contundentes o no hace nota de eventos que son importantes y todo todo es importante si, junte esa información y vea que ahí también, ahí también en estudios dice que ahí también es donde se puede reflejar como esa autonomía del profesional de enfermería, he.

Jaime Camargo : si es verdad Carlos, así es.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: volviendo entonces otra vez como como a lo que me contabas anteriormente Jaime, crees que su formación ahorita en este momento su formación como profesional es suficiente para la toma de decisiones.

Jaime Camargo : (no se entiende lo expresado), pero no creo yo creo que quien he::, dada nuestra condición de seres humanos tenemos esa esa cualidad de equivocarnos, y yo creo que nunca vamos a tener por más que estudiemos vamos a tener la oportunidad de ser totalmente autónomos y yo soy siempre he pensado, y, y eso es con un pensamiento que siempre tenido de que he:::, es un, un trabajo multidisciplinar pero si podemos ser cada día mejores o sea lógicamente si podemos llenarnos de motivos para ser cada día más autónomos y creo que eso se, se gane uno con experiencia, la experiencia si es una parte importante del conocimiento, pero también se ganan estudiando, estudiando, e leyendo, conociendo personas, porque uno las personas también le enseñan a uno mucho y entonces yo que sí, si tú me preguntas eso no, no lógicamente, pienso yo que nunca vamos a estar preparados pero si vamos hacer mejores y vamos hacer cada vez más autónomos, yo creo que hace falta mucho camino y ahorita tú que me hablas de la maestría digamos yo también ya voy a tu último semestre de la maestría, he tenido muchos, mucha ganancia y ya ahorita ya estoy

pensando imagínate yo estoy pensando que, que voy a estudiar más si porque lógicamente eso siempre va hacer una ganancia, yo siempre lo he pensado así.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: y no es así Jaime es así créeme que uno no se a mí me ha pasado que, que de por lo menos de esta maestría y que fue mucha lectura y nunca los he acostumbrado a estar leyendo todo el tiempo constantemente se dificulta bastante y fuera de eso he, en la maestría uno que también en bases porque a uno no le van a decir si es que esto es lo que usted tiene que saber y punto, no uno tiene que seguir leyendo tiene que seguir porque cada día que vamos que van pasando vamos evolucionando pues se va construyendo más conocimiento, hay cosas nuevas ya si será si era aquí así ahora dentro de unos dos años ya va hacer de otra manera diferente, entonces son cosas en las que uno tiene que estar como quien dice en la vanguardia todo el tiempo, estar leyendo constantemente y así es, si uno no lo hace ahí se queda y hasta se olvida.

Jaime Camargo : es verdad, es verdad.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: se olvida si usted no sigue leyendo se olvida, o si usted no lo practica ahí quedamos.

Jaime Camargo : si es verdad, Carlos me regalas cinco minuticos y ya vuelvo y nos conectamos, por favor

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: listo, bueno OK.

Jaime Camargo : listo, gracias Carlos ya nos hablamos gracias.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: buenos listo, chao

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Jaime en la UCI por donde usted trabaja me imagino que se ha presentado algún tipo de situación de limitación del esfuerzo terapéutico con pacientes Covid ¿qué tipo de limitaciones se han presentado?

Jaime Camargo : he bueno Carlos he:: digamos yo de lo que he leído ,con respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidado intensivo he:: uno lo hace de tres maneras ¿no? uno impidiendo que el paciente entra la unidad de cuidado intensivo dada a su condición de adecuación del esfuerzo terapéutico ,dos he:: no colocándole medidas más avanzada de las que ya tiene y tres ya retirando ya esas medidas avanzadas que pues no se hace entonces es muy difícil y de pronto lo hemos visto he:: que se límite ese esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidado intensivo porque la mentalidad de un médico intensivista y a veces de nosotros también de los enfermeros intensivistas es que a toda costa o a salvarle la vida a ese paciente y así tenga que ofrecerle lo que lo que más pueda he::hasta el fin del mundo y así se lo que se tenga que dar entonces le tengo que salvar la vida entonces es difícil he:: a veces los médicos no piensan en eso y nosotros tampoco en que se paciente ya llegó llega un punto en que no va para más y ahorita las condiciones del Covid 19 he:: los pacientes entran en una etapa muy no sé cómo decirlo como muy fea es un paciente que lleva 15 días sedado que adicional a eso porque como estuvo tanto pronado tiene lesiones por presión que no lo ha visto la familia durante todo ese tiempo adicional a eso les da una fiebre

tenaz he:: ah están cuagulopaticos entonces sangran por la nariz por la boca eso es una cosa tenaz entonces creo que ver los pacientes así ha hecho reflexionar a muchas personas y creo que digamos en la unidad que trabajo hemos ,no le hemos ofrecido más soporte a veces a los pacientes digamos en un soporte vasopresor entonces noradrenalina no sólo le vamos a dar hasta 0,2 no más si requiere no le vamos a subir y ya que la condición de para que fallezca el paciente eso es un ejemplo de ello entonces ya como que limitamos el soporte tanto ventilatorio vasopresor he:: lógicamente en ningún momento le hemos quitado nada nadie porque pues eso no es que esté mal hecho sino que como que ética y moralmente se ve como mal entonces no lo hemos hecho pero lógicamente uno aquí te cuento una infidencia a veces uno hace esas cosas no digamos noradrenalina que están a unas dosis que ni siquiera la literatura está ,dice que están esas dosis y vasopresina igual

entonces ya uno no prepara noradrenalina si no que de pronto uno le cuelga ahí la bolsita de sola la destroza y de solución salina y ya deja que muera el paciente porque pues igual eso era lo que iba suceder al fin y al cabo, pero lógicamente ahorita si se trata de lógicamente de hacer un buen trabajo pero es eso hemos limitado ,al brindarle más soporte a esos pacientes y ah:: tanto ventilatorio como vasopresor ah y también a veces hace y también llegamos hace como 15 días ,como un mes ya ,nos ingresó un paciente de 90 años he:: con veinte mil canceres he:: y muchas morbilidades y lo habían entubado en urgencias entonces ya toca subirlo a la unidad y ese paciente nos duró que dos días y falleció lógicamente hubiera sido preferible que ese paciente no lo hubieran entubado y no hubiera llegado a la unidad de cuidado intensivo ,se le hubiera dado soporte oxígeno y váyase para su casa y fallezca en su casa con su familia pero lógicamente ese señor murió ahí en la UCI entubado ,solo entonces es muy tenas entonces yo creo que hemos hecho como dos partes de esa limitación uno en no avanzar en más soporte y el otro es a veces analizar el ingreso de ese paciente a la unidad de cuidado intensivo.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: sí con respecto a eso ,yo si no sé ,a mí cuando salió todo ,empezó todo lo de la pandemia ,empezaron a sacar todos los protocolos y que me acuerdo tanto que la intensivista donde yo trabajo fue un poco dura en ese sentido, pues fue dura pues yo lo sentí as, y es de tomar la decisión de quien ingresa o no a la uci, definieron criterios para decir quién entra quien ingresa a la UCI a qué se le va a dar esa UCI me pareció tenaz, yo si la verdad entré como en un en un estado ahí como moral yo dije pero hombre hasta esto nos toca llegar, ósea no sé porque independientemente si pues si uno ya llega también piensa una persona de 90 años que calidad de vida tiene además pues los pronósticos, fuera de eso las comorbilidades del paciente pues ya uno dice hay que limitar el paciente ,tiene su justificación diría yo, pero eso que sacaron así todo lo de esas todos los protocolos para lo de la pandemia si un poco duro y eso no lo sacó el hospital donde yo trabajo si no que lo sacó el ministerio de salud y protección social y uno decía hombre pero de verdad hasta esto nos tocó llegar bueno he:: al contarme que estaba que ha tenido estas experiencias que ha limitado estos pacientes consideraría o no sé si ustedes han llegado acompañado a esos pacientes en su terapia de fin de vida de pacientes Covid ¿cómo fue su experiencia que sintió en ese momento de acompañamiento de este paciente donde ya no se le ofrece nada hasta su deceso?

Jaime Camargo : Carlos eso es tenaz , yo digamos ,a mí me da muy duro, si es tenaz no lo miro porque de pronto muera con dolor porque de pronto trata a ese paciente que está ventilado y tiene fentanil a 400 ,Propofol 300, midazolam a 10 pues lógicamente pues está bien sedado, pero eso es toda la condición de la familia de que muera sólo de que de que muera ahí con nosotros o te mueres con nosotros y nosotros somos los únicos que estamos ahí entonces y ver todo el proceso de la enfermedad entonces llega el paciente que se siente un poquito ahogado entonces llega ahí a la unidad para ofrecerle la cánula nasal de alto flujo, y está con la con la canulita nasal de alto flujo ,en eso empieza empeorar y entonces que se prone el paciente si se auto prone y el juicio lo hace y sigue empeorando sí y empieza pensar muchas cosas no mañana lo voy a encontrar intubado y si se entuba eso aumenta la mortalidad entonces se va a morir y eso es lo que hemos visto no ,entonces está el paciente con cánula nasal se empeora se entuba y finalmente fallece y uno piensa todo eso que tuvo que pasar ese paciente y finalmente pues falleció entonces he:: digamos nosotros o más que todo enfermería porque eso es otra cosa no ósea el médico ahora llega y eso ni entra a valorar el paciente ni nada sino desde afuerita y jefe como está el paciente venga miramos los signos ,que le está pasando está pasando si tiene soporte y lógicamente uno si entra ,saluda al paciente ,lo mira y si está entubado pues aún más uno entra lo mira lo analiza todo lo mira completo pero digamos que me he dado cuenta con mis compañeros de otras unidades de intensivo en donde yo trabajo y que somos nosotros quienes estamos brindando esos cuidados de fin de vida a ese paciente que ya fallece he:: el paciente que está entubado y que tiene una sedación bajita y entra en paro entonces, se le brinda la reanimación, sale del paro ya como ahí inestable y le siguen dejando la sedación así, entonces mis compañeros no subámosle a la sedación porque fallece sin dolor que pronto yo creo que eso es lo que uno no quiere o lo que uno siente que le pasara a uno a mí me gustaría sin dolor , primordial ya el resto que le gustaría morir con la familia pero yo creo que es primordial que uno muera sin dolor entonces digamos hemos tratado como por parte de enfermería de que identificamos ese paciente que no está malito desde ayer que tiene por allá a la dosis de 1 µg y vaso presión por allá 8 de subirle la dosis de la sedación y esperar que solito pues ya fallezca el paciente.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Jaime con todo esto que me has contado las experiencias que ha vivido con todo esto he y ¿siente que su voz sea escuchada en la reuniones, conversaciones he:: las revistas médicas que puede generar que se puedan generar en torno al tratamiento de un paciente?

Jaime Camargo : si pienso que ha sido aún más que antes digamos he:: esto como es nuevo para todos entonces todos sabemos algo un poquito ,entonces se ha dado y se ha entablado conversaciones mucho mejores entre enfermería y medicina y lógicamente terapia que no lo podemos dejar a fuera porque terapia ha sido muy importante en esta época y que todo asido una unión de las experiencias de lo que se a leído de algo nuevo que nadie sabe que va pasar entonces sí y no sólo a mí si no a todos ya yo creo que nos han tenido más en cuenta a los enfermeros en esta época y creo que no es por decir algo malo pero creo que tenía que pasar algo así para que se dieran cuenta que enfermería es muy importante también.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: con relación a eso tengo otra pregunta Jaime ósea, con lo que me dice si hubo un cambio ahorita con la pandemia podríamos decir que anteriormente no éramos tan escuchado o algo así o si había más dificultad para ejercer la autonomía que hoy en día por lo menos en su caso.

Jaime Camargo : sí claro ósea antes era mucho más difícil era más que se tenía esa mentalidad y que de pronto que eso va mejorando y que enfermería pues es el secretario y la secretaria del médico que solamente obedece órdenes bueno una serie de cosas y de pronto en estos cinco años que yo he trabajado en una unidad de cuidado intensivo me he dado cuenta de eso que lógicamente al principio cuando yo empecé a trabajar y me acuerdo mucho que ilógicamente uno solo obedecía órdenes que por ahí a veces uno hacía algo pero lógicamente era un sin número de órdenes que ,que eran y ahora al menos uno tiene un pequeño criterio decir venga eso no me parece o venga porque no hacemos tal cosa o yo venga yo lo hago y después le cuento al médico que fue lo que hice entonces sí claro lógicamente antes no éramos igual de escuchados como de pronto somos ahora.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: en algún un momento le pasó ahorita o antes de la pandemia ¿de que daba alguna sugerencia, alguna recomendación para el tratamiento de un paciente y no se escuchaba no se tuvo en cuenta?

Jaime Camargo : si claro Carlos, si de pronto muchas veces.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: y en ese momento ,porque le pregunto esto Jaime no sé qué, es que quisiera saber de pronto de ese momento que no fue escuchado y el médico no vamos a hacer lo que yo digo y punto ,pues bueno no así tampoco ,pero vamos hacer lo que yo estoy ,este va hacer el tratamiento del paciente y ya pero usted no está de acuerdo cierto ,porque usted ya tienes justificación y le parece que que se debería ser de esta manera o de esta otra ¿usted termina haciendo lo que el médico dice o lo que el medico propuso?

Jaime Camargo : mira que al principio lo que te cuento ,hace unos años atrás y si yo lastimosamente bueno creo que uno aprende de todo si lo hacía pero lógicamente ahora no ósea algo que a mí me parece y de pronto yo le digo al médico no es que no me parece por tal motivo entonces él se pone a pensar a veces y dice pero entonces creo que ahora hay más libertad de eso pero antes no sé si lastimosamente pero lógicamente aprendí eso de que de que si finalmente uno cumplía una orden ahora creo que es así.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Jaime y cuando usted podría decirme ese en ese antes podría identificar de pronto de los médicos me imagino que en la unidad rotan varios médicos varias especialidades no siempre es la misma he:: uno podría identificar es que de pronto tal médico tal especialidades tienen más barreras en recibir nuestras recomendaciones o de pronto estos son más flexibles ,son más tiene mejor comunicación con nosotros no sé algo así.

Jaime Camargo : si, mira que digamos ahorita ,ósea lógicamente el intensivista si ese es como el más duro no entonces ese es el más duro de que cambié opinión y no todos son así si no mira muy chéveres ,pero digamos que hay unos ,que no es lo que yo diga y ya pero

ahorita ,ahorita la condición de que casi no hay médicos intensivistas entran muchos anestesiólogos a la unidad y el anestesiólogo lógicamente sabe dessedar al paciente de entubarlo ,pero no sabe hacer muchas otras cosas entonces el soporte vaso supresor de ellos lógicamente y me pasó actualmente ellos saben de la sedación muy bien ,saben que poner al paciente tenerlo bien sedados y bien relajados todo eso ,pero claro yo no tienen el conocimiento del intensivo ellos tienden a ser más abiertos y pues si hagamos tal cosa ,si podemos hacer esto ,entonces por ejemplo esa especialidad ha sido más abierta he:: hemos tenido que tener médicos hospitalarios porque no alcanza la cantidad y ellos sí son demasiado abiertos porque no saben muchas cosas y entonces si ellos también han sido han sido muy abierto y pues ahí en la UCI en realidad no hemos estado con los médicos intensivistas ,con el médico hospitalario a bueno con los urgenciólogos digamos con ellos que también tienden a ser muy abierto no porque ellos son como muy afanados entonces no hagamos tal cosa no analizan la situación entonces ya de pronto ellos aprendido también a pensar un poquito de no hacerlo y ellos también han sido muy abiertos en ese aspecto pero lógicamente el intensivista si yo pienso que desde que yo trabajo en la unidad de cuidado intensivo siempre han sido ellos como los más duros como que venga y ya pues las otras especialidades si cada uno con su cuento no infectología pues antibióticos y eso ellos son lo que ellos digan y ya.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ha bueno Jaime, me quedan solamente unas dos preguntitas ya con respecto a todo lo que lo que me ha contado todo lo que hemos hablado ¿porque es tan cuestionable el uso de la autonomía en los profesionales de enfermería? Jaime Camargo : creo que todo empieza como desde los inicios de enfermería que siempre ha sido siempre a antes ha sido el ayudante del médico entonces pues eso ha ido mejorando pero eso todavía a veces está visible yo creo y eso hace y lo he pensado eso hace parte de muchas cosas uno que en la como en lo que uno aprende en el pregrado entonces uno piensa que hay mejores pregrados que otros y yo no sé si es así o no ,por qué digamos yo solo estudie en una universidad ,pero digamos eso a veces lo ve mucho las empresas entonces no que una empresa solo contrata enfermero de tal lado y eso lo viví ,eso lo vivi ,entonces creo que ahí en ese sesgo que pronto no es lo mismo el pregrado no sé de la Javeriana al de la andina o Antonio Nariño no sé y no sé si es comparable o no pero eso se ve entonces eso también lo saben tanto los colegas como los médicos también por otro lado he:: que el enfermero no piense no todos son así pero de pronto no piensa en estudiar algo más entonces he:: creo que eso ha sido un sesgo muy grande porque digamos comparándonos con medicina son muy pocos los médicos que no tienen alguna especialidad en algo y yo creo en cambio nosotros enfermeros si somos muchos que no han hecho una especialización que no han hecho otro estudio superior y eso tiene muchos componentes el componente económico porque lógicamente eso es muy costoso si eso es eso es costoso y pero también el componente en que no sé si va a ser remunerado con lo que yo estudié ósea no sé si hago esta maestría si va a ganar 8 millones de pesos o a seguir ganando los 3 millones de pesos que gano bueno entonces...

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: yo creo que eso es uno de los factores que entonces limita porque son muy pocas las instituciones que le reconocen a usted, son muy pocas las instituciones que le pagan a usted por ser especialista.

Jaime Camargo : si es verdad entonces esos son esos uno lo piensa mucho mejor dicho porque es lo que te digo es que sos muy caro osea yo todavía estoy pagando la especialización.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: es que si yo creería Jaime y de querer de querer hacer las cosas ,yo por lo menos la maestría que estoy terminando no es por qué me voy a ganar el montón de dinero o porque es que ¡no! porque me gusta porque el tema me llama la atención me gusta lo vi en la universidad y me pareció chévere ,es crecimiento personal si conocimientos profesional si ,de pronto me sirva para ganarme un estatus en una universidad si me quiero enfocar a hacer docente de lleno de pronto cierto pero si yo voy a seguir trasnochando o en un hospital créame que no eso no pues lo veo yo también así no sé pero pues hasta ahora en las situaciones que pasado no he visto que le reconozcan a las personas que tiene una especialización he:: más sueldo

Jaime Camargo : Y mucho menos una maestría o si hace un doctorado es lo reconoce las universidades si uno trabaja en una universidad pero de resto no en una institución de salud no y eso le hace falta mucho a las instituciones de acá yo creo de pronto seríamos mejores creería yo si eso fuera así entonces eso hace en gran parte como te comentaba eso es que de pronto el enfermero no tenga un estudio superior y otra de las cosas importantes es que no estén actualizados entonces no pues digamos me quedé con lo del pregrado y sigo trabajando en hospitalización y no vuelvo a coger libro no vuelvo a leer sobre tal tema si no dan las condiciones laborales tengo 30 pacientes yo voy a administrar medicamentos y ya y ya salgo y voy para la casa y esa de pronto es mi vida y entonces eso es muy complicado y mira que ahí tengo una anécdota cuando yo salí de la especialización yo no tenía trabajo ,entonces yo conseguí trabajo en una institución y me dijeron entre a la unidad de cuidado intensivo era una institución nueva entre a la unidad de cuidado intensivo no había ningún pacientes entonces vaya a hospitalización entonces bueno yo nunca había trabajado en hospitalización y yo llegue bueno que hago y tenía 33 pacientes en hospitalización entonces yo decía en seis horas para 33 pacientes uno que hace administrar medicamentos porque a las dos de la tarde tiene metrosene a las cuatro de la tarde tiene tetraciclina a las seis de la tarde tiene hasporguna y uno se la pone y es como medicamentos administre medicamentos y ya nomás el paciente y el enfermero entra cuando a meterle 20,000 medicamentos ahí tanto por la boca como por la vena porque toca darle todo el mismo tiempo entonces eso fue un aprendizaje para mí porque yo nunca había estado en hospitalización y tenía 33 pacientes entonces yo uhs uy no tenaz y yo ya había hecho la especialidad y todo Y yo uy no eso es tenaz me parecía tinas yo todos los días llegaba la casa y pensaba uy no como como logré salir del turno de hoy no tenía ni idea entonces eso hace parte mucho uno que eso es algo que viene de antes de qué nosotros seamos como el secretario del médico que seamos como ahí el que sólo obedece órdenes dos que de pronto no hacemos un estudio superior otro estudio superior y tres que no volvamos a leer y no volvamos a actualizar y que no vuelva vamos a hacer esas cosas digamos ahorita últimamente he aprendido mucho de los médicos intensivistas con los que

estoy porque digamos tú los vieras ellos todos los días bueno hacemos la revista y ellos se sientan y leen un artículo de lo que sea hay el primero que salió en la revista del Jornal entonces eso no lo hace enfermería lógicamente no lo puedo hacer en el trabajo pero de pronto se podría hacer en la casa de pronto si uno mirando un artículo y tú se demora por ahí media horita y ya y yo creo que hace falta mucho eso inculcar mucho esas cosas.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: yo creía también ,Jaime que ósea no solamente que sea en la casa sino que se debería hacer en las instituciones ósea debería haber un espacio no se quincenal mensual donde uno se pueda reunir y compartir las experiencias y verdad a tocar temas si porque también se trata de eso porque de ahí también surgen todo el manejo ,los protocolos por parte de enfermería todo el cuidado en enfermería entonces sí sería también interesante ¡claro! que es que se pudiera y si se pudiera reforzar o ésa nueva metodología

Jaime Camargo : si es verdad tienes mucha razón eso, eso se debería hacer y ahorita estamos con una nueva onda no en la enfermería basada en la evidencia y yo creo que ahí tenemos de a pocas cosas que ya se van y yo creo que lo que tú dices es eso creo que nos hace falta un poquito de apoyo pero igual tú empiezas con la iniciativa.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: y otra cosa que nosotros no nos enseñan ah escribir entonces nosotros todo hacemos, pero nunca escribimos entonces por eso no tenemos evidencia entonces es como promover muchas cosas la investigación todo eso.

Jaime Camargo : y mira que si o sea que uno de pronto tiende a investigar es cuando ya hace algún estudio superior sí y eso es así ya cuando uno se concentra en hacer un eso ya es cuando investiga de resto y ahí si uno falla en esas cosas.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Bueno Jaime muchísimas gracias.

Jaime Camargo : No Carlos con gusto.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: por compartir esta experiencia ,los aportes también por hacer parte de mi investigación pues la idea también era como aportarle a enfermería algo de reconocimiento ,porque si de verdad que me he cuestionado mucho sobre la parte de la autonomía ,de liderazgo ,del pensamiento crítico del profesional como usted decía hace un momento de verdad yo tampoco puedo decir porque no he investigado pero no puedo decir que la culpa el culpable sea una institución educativa que es que es esta universidad o es esta otra ,sí pero si no sé qué es lo que hace falta que es lo que nos hace falta para tener esa motivación para hacer esos esos jefes empoderados ,eso jefes con compromiso ,con liderazgo si me he cuestionado mucho esa parte.

Entrevista 8: Enfermero Pablo Palacios

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: bueno entonces pues he:: quisiera primero conocer o preguntarle hace cuanto, ¿de qué universidad es egresado?, ¿hace cuánto es egresado? he: y ¿qué tiempo tiene experiencia en una unidad de cuidados intensivos?.

Pablo Palacios: He:: yo soy egresado de la Universidad Nacional de Colombia he: ya llevo los 30 años de posgrado ,pues he:: gracias a Dios he tenido bastante experiencia desde el comienzo de mi profesión y aún desde el comienzo de que empecé el pregrado recién he:: haciendo prácticas hospitalarias y profesionales en los diferentes institutos como son eran San Juan de Dios, el materno infantil ,la clínica San Pedro clavel y otros escenarios importantes en el país también tuve la oportunidad de tener experiencia en la parte rural exactamente en la selva donde pues con mi experiencia y con mi conocimiento que adquirí en la Universidad nacional pues pude tener un liderazgo y desarrollar unas actividades bien importantes a todo nivel como tal allá cumplo 24 años ,este año cumplí 24 años de ejercicio en la profesión de los cuáles es la mayor parte de mi recorrido en la Samaritana lo he realizado en la unidad de cuidados intensivos y en áreas críticas más o menos ese es mi recorrido profesional en unidad de cuidado intensivo o en salas de cirugía.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Pablo y tiene aparte del del pregrado ¿tiene algún posgrado? Pablo Palacios: ¡No! Posgrados no, tengo cursos, simposios, otros estudios alternos.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK he:: bueno Pablo entonces como le venía contando pues como tal la investigación sobre la autonomía profesional de enfermería en el de los profesionales en la unidad de cuidados intensivos y ahorita pues enfocado al fenómeno de la pandemia Covid ,esta autonomía pues la estamos enfocando la estoy enfocando más a la parte de la toma de decisiones o en el momento en que se presente una limitación del esfuerzo terapéutico ,entonces como para empezar pues quisiera que me describiera brevemente ¿cuál es la labor principal del enfermero en la unidad de cuidados intensivos?.

Pablo Palacios: En este momento la labor primordial del enfermero o de la enfermera en la unidad de cuidados intensivos ,es inicialmente ,la valoración ,el diagnóstico actual del del paciente si es posible la reanimación ,la adecuación y el acondicionamiento a la sal a la monitoria y a la respiración artificial y después ya viene entonces la valoración de acuerdo a los exámenes de acuerdo a los medios de diagnóstico establecer como una un rango de referencia para ver el pronóstico del paciente ,si están buenas regulares o malas condiciones y qué expectativas tienen uno para, para el manejo de ese paciente a corto o mediano plazo.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK y dentro de esa labor que ustedes hacen de enfermería en esta unidad de cuidados intensivos qué tan importante es como profesional y para usted como profesional la autonomía

Pablo Palacios: He:: gracias a Dios y a las condiciones en que laboramos en la en el hospital de la Samaritana en la unidad cuidado intensivo ,el profesional de acuerdo a sus capacidades de acuerdo a sus conocimientos y a la trayectoria de su liderazgo puede tomar la iniciativa y el liderazgo de poder empezar a manejar el paciente de acuerdo a los protocolos y de acuerdo al manejo que se implementó junto con el médico y con los demás profesionales de la salud

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Pero en este momento que ustedes dicen que toman el liderazgo he:: hace referencia es que toma la iniciativa sin necesidad o sin estar el médico presente en el momento que se requiere ósea que no que se requiere médico si no el momento que el paciente lo requiera.

Pablo Palacios: Pues generalmente el médico siempre está entonces ya el equipo está de tal manera conformada que es sincrónica la realización de las actividades la toma de decisiones he:: por ejemplo vamos a entubar el paciente entonces inmediatamente el profesional de enfermería saber cuál es el protocolo alista los elementos junto con su personal auxiliar de enfermería para proceder a la entubación del paciente ,he::la colocación de una línea arterial ,la colocación de un catéter central ósea yo no tengo que decirle al médico me autorizan me da permiso ,puedo colocarle ,no ya sé que tengo que colocarle una línea arterial porque se van a requerir la toma de varias veces de gases arteriales ,lo mismo un acceso central ya se ha periférico o catéter central lo colocara el médico o quien deba colocarlo para para instaurar el tratamiento médico adecuado.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Y dentro de ese ejercicio, ¿cómo profesional ha sentido que usted ha podido ser autónomo?

Pablo Palacios: si claro si he:: pues han habido ocasiones en que por él por la misma por el mismo estrés ,por la cantidad de trabajo por otras circunstancias, por ejemplo dependiendo el resultado de laboratorio de electrolitos ,de hemoglobina pues yo tomo la iniciativa de ir tomando una muestra de sangre para cruzarla y poder en su momento transfundir hemoderivados reponer el potasio reponer el magnesio recorrer los diferentes electrolitos que nos arroja el reporte de laboratorio he:: según las condiciones del paciente podemos ir ya definiendo como ,como enfermero si vamos a pronar o no vamos a pronar el paciente y vamos alistando los elementos para conjuntamente con las fisioterapeuta y el médico en este caso poder hacer la exploración del paciente ósea los mecanismos que se utilizan en la unidad de cuidados intensivos ya están determinados y es prioridad del enfermero o de la enfermera tomar la iniciativa de hacer estos procedimientos siempre pues en común acuerdo con el médico

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Cuando habla Pablo es que me queda ahí la duda de pronto para poder distinguir de qué es como está la autonomía ,si no los protocolos se tienen claro las guías ,los procedimientos y el enfermero lo que haces tener como esa herencia o cumplir al pie de la letra lo que se dice en esos protocolos ¿cierto? pero hay algo que usted me pueda contar o decir que no esté dentro del protocolo y que usted sienta que son autónomos o también podemos decir que en el momento que ustedes están al principio que entre sus funciones ustedes están he:: en la revista médica ,hacen todo su valoración en ese momento ustedes pueden llegar a ser autónomos ,pueden tomar decisiones o siempre o siempre tiene que ser bajo la autorización del médico ,no sé.

Pablo Palacios: pues en esta unidad la última palabra la tiene el intensivista, pero yo puedo intervenir en el proceso que se hace aún desde el momento en el que paciente es anunciado a la unidad de cuidado intensivo ósea tengo autonomía para averiguar las condiciones del estado de salud del paciente si ,cómo está en el servicio de urgencias ,que laboratorios ,que

exámenes le han tomado porque lo quieren ingresar a la unidad de cuidado intensivo ,entonces yo puedo incidir sobre el médico en si sí o no se recibe el paciente también puedo determinar en qué cama lo puedo recibir de acuerdo a las condiciones de en qué va a llegar el paciente si llega con un si probablemente va a llegar con falla renal si está despierto ,si ya llega sedado si entonces qué es esa parte he:: el profesional de enfermería dependiendo de que profesional este ,puedo tomar determinaciones sobre ese manejo he:: otra por ejemplo el acceso venoso central o la colocación de una línea arterial ,esa la determino yo no tengo que decirle o pedirle permiso al médico para colocarla tengo que informarle pero yo tomo la determinación de colocarla

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Y de pronto ha pasado en un momento que usted tomado la determinación de hacer tal procedimiento o de sugerir tal medicamento no tal medicamento sino tal manejo ¿cierto? que usted me habla de la experiencia ,30 años de experiencia donde ha trabajado en una unidad de cuidados intensivos y ya conoce tiene claro los manejos de los pacientes en ese momento que usted sugiere que usted toma la iniciativa de hacer tal cosa de pronto ah se ha presentado que el médico no está de acuerdo no autorice o siempre se ha tenido en cuenta lo que usted ha propuesto.

Pablo Palacios: Especialmente conmigo y con los médicos que están en este momento en la unidad de cuidado intensivo, siempre respetan las decisiones que yo he tomado porque las decisiones que uno toma o que yo personalmente tomo van en beneficio del paciente nunca van a interferir el manejo nunca van a causar lesiones secundarias no vamos a producir iatrogenias lo que lo que usted dice en la experiencia me ha llevado a conocer el estado clínico de un paciente a saber si de pronto si requiere la línea arterial o no requiere la línea arterial he:: como están sus pulsos cómo está la la intensidad del pulso he:: si si tiene reporte de tiempos de coagulación pues no voy a invadir al paciente porque podemos correr con un con una consecuencia grave ,pero con el personal médico que laboró en este momento siempre tienen en cuenta en mis sugerencias y las decisiones que yo determino.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ok ¿qué cree que que hace que que pase esto ósea que que se tenga en cuenta lo que usted dice que lo tengan en cuenta y lo respeten lo que usted ahorita estaba diciendo Pablo que respetan sus decisiones porque cree que se da esto?

Pablo Palacios: parte de la formación de la personalidad del carácter y el respeto que uno tiene a sus colegas hacia los demás integrantes del equipo de salud la forma como yo digo las cosas la seguridad como las digo el conocimiento que tengo acerca del estado actual del paciente de todos los medios de diagnóstico que pueda tener en ese momento el paciente y siempre ha sido en una forma armónica ,nunca ha sido de una manera que no es que yo tengo la razón si no yo la planteo se analiza y se resuelve pero todo parte de la de la actitud de uno como profesional de enfermería de de ese liderazgo que llevaba un, guardado intrínseco que en los momentos más difíciles es cuando uno lo tiene que poner a operar porque yo no puedo ser un líder de gritos ,de estrés ,de poner a la gente a volar ,eso no es liderazgo ,liderazgo es tener cosas puntuales decir cosas veraces que pueden llegar a la toma de decisiones rápidas.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Claro y usted comparte he: la unidad con con otros colegas cierto y de pronto ha pasado no solamente ha tenido una sino 2 3 colegas 4 colegas la

dinámica es igual con estos colegas ¿hay ese mismo respeto hay esa misma autonomía o ese mismo liderazgo desde de los colegas?

Pablo Palacios: ¿ah sí que a mí o en general?

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Qué quiero decir por lo menos he::su compañera de turno cuando también hace una recomendación he: los médicos la ven con el mismo respeto he:: ella tiene el mismo liderazgo usted ve que en su ejercicio profesionales es igual o igual o menos o más autónoma que que que usted por decirlo así.

Pablo Palacios: no en todas ,en todas las colegas o en todos los colegas no es igual algunas personas tienen un liderazgo más efectivo que otras he:: tengo o en este momento salió una colega a vacaciones que es muy buena ,que tiene el mismo liderazgo le falta experiencia sobre todo en la parte de procedimientos invasivos de del manejo directo con el paciente pero es una persona que conoce muy bien el tema conoce muy bien en el manejo del paciente y se le tienen cuenta las sugerencias de ella sí ,hay otras personas que no que entonces ya entran a depender de uno para respecto de conocimiento respecto de abordaje respecto de actitudes de aún del de los demás colegas de los demás integrantes del equipo de salud como le gusta a determinó médico que se haga la ronda como le gustaba determinado médico que se proceda a intervenir el paciente ,sí ya son más dependientes de en este caso por ejemplo hablo de mí sí o de otras personas que han adquirido el liderazgo ,pero no todas las personas tienen esa misma iniciativa ni ese mismo liderazgo.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Y usted cree que ese liderazgo ósea por qué cree que puede que estas personas no lo tengan que creer que hace falta para poder llegar a ese punto.

Pablo Palacios: siempre lo he pensado siempre lo he creído ,tiene que ver mucho con la formación universitaria ,con el pregrado con las habilidades y destrezas que nos enseñaron nuestros docentes en aquellos tiempos en donde nos hacían intervenir en los pacientes ósea no quedarnos detrás de un escritorio o de una historia clínica dando órdenes he:: orientando en la parte administrativa no yo pertenezco a una universidad desde el primer semestre nosotros atendimos partos por ejemplo nosotros aprendimos a suturar nosotros aprendimos a hacer revisiones uterinas ,hacer episiotomía ,aprendimos a episiorrafia aprendimos a entubar, aprendimos a suturar por planos ósea aprendimos toda la parte que concierne tanto el médico como a enfermería ,si nosotros profundizamos mucho sobre la parte de anatomía ,fisiología ,bioquímica ,farmacología todas esas herramientas nos han servido a una generación que sí que ya está declinando para para poder formarse como como como un enfermero o como una enfermera con ciertos conocimientos que nos da la oportunidad de trabajar bajo estrés he:: en una unidad de cuidados intensivos ,en una sala urgencias ,en una sala de cirugía y que nos permiten desarrollar nuestras actividades si no al 100% en todo con un gran porcentaje de seguridad he:: yo pienso que el conocimiento teórico le da mucha fortaleza unido con las actitudes con el carácter y con la con la forma de ser del profesional para para hacer que su grupo de enfermería para que sus auxiliares de enfermería realmente nos respeten ,realmente lo vean a uno como una persona que tiene conocimiento y que en determinados momentos puede tomar decisiones que van a ayudar a todo un grupo a salir adelante.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Ok, Pablo usted me podría describir alguna experiencia que haya tenido en la atención con pacientes diagnosticados COVID-19 ¿en la que se haya sentido autónomo, como profesional y que elementos tuvo en cuenta a la hora de tomar ese tipo de decisiones frente a este paciente?

Pablo Palacios: perdón Carlos no se le escuchó bien la pregunta

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Que si me puede describir alguna o algunas experiencias que haya tenido con en la atención con pacientes COVID-19, en la que usted se haya sentido autónoma como profesional frente a la atención de este paciente al manejo frente a la atención de este paciente.

Pablo Palacios: Carlitos que pena se le escucha entre cortado y no le entiendo

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: tranquilo ¿aló?

Pablo Palacios: aló, sí.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: ahora sí, bueno que quisiera que si me puede describir ¿alguna experiencia que haya tenido en la atención con un paciente diagnosticado Covid 19 en la que usted se haya sentido autónomo y qué elementos tuvo en cuenta a la hora de tomar decisiones frente al paciente o frente al cuidado del paciente Covid 19?

Pablo Palacios: pues específicamente a alguien en especial en este momento no todos los pacientes han sido o las intervenciones que tenido con los pacientes COVID-19 todas han sido similares todas las a todos los pacientes les he intervenido como como como como se debe tratar a un paciente ósea no tengo un experiencia especial con alguno de ellos ,he:: de pronto el manejo con el paciente despierto consciente en donde nosotros tenemos que intervenir tanto desde parte psicológica la parte emocional la parte familiar de los pacientes entonces con aquéllos pacientes que llegan consciente ,alerta , orientados pero que están de saturados que su pafis es mayor a 100 puede uno intervenir desde la parte psicológica desde la parte emocional y poder llevar a este paciente a que su manejo y su evolución sean más favorables para él porque él va a aceptar los procedimientos de una manera más segura más confiable va a reconocer al profesional de enfermería que le está hablando de una manera humana que le están mostrando el servicio y que le está mostrando a todo el personal ,son personas que en determinado momento de pronto van a salir mejor librados que otros.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK ,pero yo y aparte de esto que elementos cree usted que tuvo en cuenta para tomar este he:: este tipo de decisiones o para brindarle este cuidado aparte ,que si lo está diciendo que con todos ha sido se tienen se tienen cuenta pues lo mismo la idea o como tal el objetivo de el enfermero es el cuidado ,cierto el cuidado integral no solamente como está contando ahí ,toda su parte emocional ,pero usted como enfermero que lo llevó a tomar que lo lleva a tomar este tipo de decisiones ya sean paciente no solamente que esté consciente alerta entubado si no alerta orientado si no también este paciente que está ahí entubado sedado que no puede tomar decisiones.

Pablo Palacios: De específicamente en mí he:: la parte ,la parte social la parte que no ósea el estado en que se encuentra en nuestra ,nuestra humanidad ,el estado en que se encuentra nuestra familia ,nuestra sociedad ósea hay como algo en mí que me motiva a luchar y a trabajar de la mejor manera por mi semejante por mí ,por la persona que está enfrente mío ósea es un sentimiento ,siento que hay dentro de mí que me motiva hacer eso.

(.)

aló

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: si ya lo escucho, ¿me escucha?

Pablo Palacios: aló si , pues es básicamente eso porque yo sé que es básicamente eso porque yo sé que tengo el recurso gracias a Dios el hospital nos brinda los recursos nos brinda los elemento la unidad de cuidados intensivo cuenta con todos los elementos para trabajar ,la persona que he::: está acostada allí no la conozco ,no sé quién es no sé de dónde viene y para mí es otro paciente o para muchos es otro paciente pero ya cuando le hablo del sentimiento de lo que llevo dentro entonces cambia mi perspectiva acerca de esa persona y lo que me motiva a mi tal vez llámese entre comillas es el amor al prójimo es eso ,es de pronto verse unos en la situación en la condición que esta esa persona, y mirar cómo me gustaría a mí que me trataran que me que me hablaran que me que me medicaron que me trataran si es el ponerse uno allá del otro lado.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: y de pronto ha visto a un colega con los que ha compartido y que hay que haya tenido una experiencia de donde esa persona donde ¿su colega sea autónomo o de pronto también puede pasar donde usted vea que no fue autónomo?

Pablo Palacios: si he visto algunos colegas que no tienen esa autonomía que se limitan un trabajo rutinario que desde el momento en que llegan al servicio pues ya saben que el resto de las actividades que tienen que realizar y no hacen un poquito más de eso entonces el médico tiene que decirle oiga mire haga esto ,llame a tal parte ,llame al banco de sangre porque el paciente está anémico y que el médico tenga que decirle que es lo que tiene que hacer esa persona ,sí que hay un TAC ,entonces cual es mi deber desde temprano intentar llamar a radiología necesito TAC necesito el TAC no esperar que el efe me diga a mí por favor tramite el TAC o por favor llame al banco de sangre para que le reserven determinado número de emo componentes o se tomó un examen de laboratorio y ya pasado el tiempo requerido para que haya respuesta de ese laboratorio y no nazca en mi llamar a laboratorio para ver cuál es el resultado pero hay personas que necesitan es que les están diciendo que es lo que tienen que hacer y si sucede con frecuencia.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK y ¿tiene cree que tiene que ver usted mencionaba hace un momento que la formación profesional es suficiente para la toma decisiones solamente con el pregrado o qué más qué más qué crees que influya?

Pablo Palacios: En nuestra época lo que uno puede apreciar es que si se ha dejado hacer énfasis en muchas cosas y en el análisis en el en el diagnóstico de enfermería en el diagnóstico médico de un paciente se ha dejado de hacer énfasis en eso pero ese ese es un porcentaje la

otra parte es la motivación la experiencia las ganas que tenga la gente de trabajar como como enfermero no solamente en una unidad Covid o en una unidad de cuidado intensivo ,en el área o en el servicio donde le corresponde he:: a veces y yo lo he llegado a manifestar si a mí me gusta mucho la parte clínica la parte de atención directa con el paciente que todo lo administrativo pues si es necesario pero que a mí no me no me llena lo suficientes que me gustan más trabajo del paciente entonces habrán otras personas que pueden realizar actividades administrativas y de estudiar un poco la parte asistencial directa con el paciente pero bueno eso ya es eso ya es cuestión de otro tema pero la formación a académica si yo creo que de un 50% incide en la solución de problemas de nosotros como profesionales ,como profesionales en este momento ya viene la otra parte que se mencionaba al comienzo que es la personalidad el carácter la formación como profesional ,la acción con los demás miembros del equipo de salud porque eso es indispensable yo no puedo ir a tomar decisiones sin de pronto informarles o estar de acuerdo con los demás integrantes de salud aún con la parte administrativa con la parte en la parte he:: administrativa del hospital ya llámese enfermería ya llámese farmacia ya llámese radiología si pero la autonomía de uno como profesional nace ,se cultiva ,eso no se adquiere de un momento a otro esa se gana ,con los años de experiencia ,con el enfrentarse muchas situaciones en el transcurso del desarrollo de su profesión pues uno las va adquiriendo y las vas poniendo en práctica.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Ok, Pablo y durante el tiempo que ha estado en esta unidad de cuidados intensivos Covid se ha presentado algún tipo de limitación del esfuerzo terapéutico en el manejo de un paciente

Pablo Palacios: Si claro hemos tenido ya casos en los que se ha hecho tanto por el paciente que su manejo ya llegó al límite ya llego a dosis máxima de vasopresor he:: es mucho los procedimientos que se le han realizado que la parte hemodinámica no mejora entonces se determina llegar a limitar el esfuerzo terapéutico sin dejar de prestarle la atención requerida básica ósea mantenerlo pero si en varias ocasiones hemos tenido pacientes que se les ha limitado el esfuerzo.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: tiene de pronto alguna experiencia que le haya marcado por decirlo así donde le haya limitad el esfuerzo terapéutico y haya tenido la experiencia de estar en su terapia ya el fin de vida si no sé qué me quisiera contar quisiera saber cuál es ese sentir de cómo como como enfermero como persona en ese en ese tipo de decisiones en ese tipo de proceso.

Pablo Palacios: Alo otra vez otra vez no se le escucho.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: Bueno que quisiera saber si de pronto tiene alguna he:: experiencias que le haya quedado he:: donde hayan limitado a un paciente o usted haya estado en el acompañamiento de su terapia de fin de vida cierto que quisiera de pronto compartirme quisiera pues a ver cuál fue su sentir no solamente como enfermero sino también como como persona.

Pablo Palacios: Sí si puede tener en el caso de un paciente que pertenecía al grupo de trabajo del hospital y un auxiliar de enfermería cuando llegue yo al servicio y lleva días de manejo

y tratamiento y durante varios días se le estuvo manejando fuertemente he: llego el momento en el que el paciente ya no daba más y que hubo tristeza el paciente falleció en mi turno ,hubo tristeza porque era un miembro del equipo de salud y el personal auxiliar lo conocía lo quería mucho he:: y en la parte médica también conocía este paciente y pues nos dio mucha tristeza ,le cuento que llore ,yo recuerdo en este momento en el momento y me da tristeza

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: si claro debe ser debe ser duro y más en el haberlo tenido ahí como como paciente

Pablo Palacios: Si fue muy marcado para todos y pues muy marcado para todos nosotros pues en el momento yo no lo no lo manifesté con llanto ,al contrario trate de calmar a la gente trate de abrazarlos porque lloraban mucho las auxiliares fue el momento más crítico que he tenido yo en la unidad de cuidado intensivo ,inmediatamente todo el mundo todo el hospital se enteró del fallecimiento ,en el WhatsApp ,los medios de comunicación se pusieron azul todo mundo hablaba todo el mundo escribía ,eso fue muy triste y pues sentí la impotencia como ser humano de poder hacer algo ya qué más podemos hacer nada

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: si bueno Pablo de pronto no sé si se les ha presentado pacientes que están conscientes si se puede ser ahorita en tiempo de pandemia o no sé si haya tenido la experiencia he:: antes de la pandemia pacientes que decidan voluntariamente decir no quiero más ,no quiero que me hagas más e inician en un proceso de terapia de fin de vida.

Pablo Palacios: Si inicialmente si solicitan que no quieren que se les haga nada incluso la familia también lo manifiesta pero nosotros no sé si sea eso limitación del esfuerzo terapéutico por qué igual nosotros dependiendo del del del grupo de profesionales que llegue en los diferentes turnos pues determina si continúa o suspende el manejo ,pero en la unidad, intensivo de la Samaritana nunca se le suspende el manejo un paciente siempre se le va a continuar con más de lo básico siempre si está hipotenso si tiene cifras tensional caídas igual se le va a seguir con el inotrópicos no lo vamos no lo vamos ,allá no desconectamos a nadie ,allá esperamos hasta que el paciente por su fisiología decaiga o tenga que pasar lo que tenga que pasar pero como tal limitación del esfuerzo terapéutico decimos ya no tomarle más exámenes de resonancia ,biopsias ,punciones todas esas cosas.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: si cuando se habla de limitación del esfuerzo terapéutico es más que toda la parte como diagnóstica que ya no se le va y ya no se le va hacer por lo menos lo que usted dice yo no se va a llevar entonces ha un TAC ya no se le va a hacer una cirugía ya no se le va a hacer una traqueostomía ósea cosas así que de pronto pueda ser encanecimiento cierto si el paciente ya el pronóstico del paciente no sea pues alentador no quiere decir que delimitar el esfuerzo terapéutico es decir que tengo que dejarle de hacer o puedes ir que tengo que dejarle de hacer o de brindarles sus cuidados básicos o lo que el paciente en ese ni es llegar a quitarle lo que ya tiene porque tampoco es la idea lo que está diciendo no llegar a desconectar un paciente sino seguir brindándoles cuidado con lo que ya tiene, pero tampoco las limitaciones tampoco le vamos a ofrecer entonces ya más cosas.

Pablo Palacios: si, si desde el punto de vista médico pues he: se le va a mantener sus cifras tensionales, se le va a mantener su ventilación mecánica adecuada, se le va a seguir

administrando sus medicamentos por oral, llámese antibióticos, llámese protectores gástricos, desde el punto de vista de enfermería se le va a brindar la misma comodidad que el paciente ha venido requiriendo como son su baño general su, su cambio de tendido, su protección del pie, todos los protocolos que se manejan en la unidad de cuidado intensivo, por el esfuerzo terapéutico, pero ya lo que dice Carlos entrar a quitarle algo básico no lo podemos hacer, como es el soporte metabólicos, nutrición o subestrosa no podemos llegar hacer eso.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: pero cuál es ese sentir Pablo en el momento que, que este el paciente, usted como enfermero, como líder, si usted siente o ve la necesidad de que a tal paciente se le pueden hacer más cosas, es que puedo hacerles, es que se le puede tal cosa, es que esto, se le pueden ofrecer muchas alternativas y el paciente dice no, no quiero, eso ya déjenme quieto cuál es ese sentir en ese momento de ustedes.

Pablo Palacios: es algo muy difícil de describir pero, pero es, es como un como si uno quisiera convertirse en un familiar de esa persona, tratar de hablarle, tratar de convencerlo de que si hay algún, algún mecanismo por medio el cual él pueda tener acceso a un mejor estado de salud durante un tiempo, es algo como impotencia, como, como que uno debería tener unas herramientas que le pudieran ayudar, a ah a pasar ese momento si, a poder a poder tomar decisiones sobre, sobre, sobre, sobre el paciente está pensando y quiere que quiere que no le realicen más cosas pero pues inmediatamente uno recurre al psiquiatra o incluso a la trabajadora social para que contacte los demás familiares, pueden reunirse, pueden discutir el caso, hacemos, hacemos encontrar a la familia, los, los miembros de la familia que más se pueda entrar a una oficina para poder hablar con ellos expresarles la situación del paciente, cuál es el estado actual, cuál es su pronóstico y que, que ya conjuntamente con la familia, pues se decida que se va a hacer con el paciente.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: OK, Pablo ya como para, como para ir terminando y cerrando quisiera saber desde, desde su experiencia porque esta tan cuestionable el uso de la autonomía de los profesionales de enfermería.

Pablo Palacios: toda mi vida lo he dicho Carlitos he:: hay como un miedo, como un temor, desde nuestros docentes, desde nuestros maestros, desde, desde, la directiva de la parte de los hospitales, del sitio de nosotros estemos laborando como, como esa creencia que se tenía que nosotros éramos los ayudantes del médico, como que nosotros y el médico decía si, si, sino, no o sea hasta ahora, hasta hace, se ha luchado durante mucho tiempo, pero hasta ahora se está viendo el resultado de la autonomía de la parte del enfermero he:: yo lo he podido vivir y lo he podido experimentar en este momento en el hospital he: hay personas con un liderazgo increíble, que están tratando de cambiar desde, desde la literatura, desde, desde los encuentros de enfermería he: universitarios con otras entidades a tratar de que el enfermero se empodere, tome liderazgo, tome las decisiones no tenga que depender de otros profesionales de la salud para tomar, para tener criterios y para poder desempeñarse como su, su tarea como tienen que ser el cuidado del paciente, no quiero decir que nosotros podamos llegar a diagnosticar de la parte de vista médica pero si podemos diagnosticar desde la parte vista enfermería, podemos crear nuestros procesos, podemos crear nuestros

protocolos, podemos dar un diagnóstico de enfermería, crear unos objetivos, unas metas, poder realizarlas, hacer una evaluación, pero también tengo que decirle que la carga, la carga de actividades que se, que se le encomiendan en este momento al personal de enfermería no le permiten hacer eso que lo puede llevar a un liderazgo sin hacer, son muchas cosas yo siempre dicho que si el profesional está asignado o está trabajando en una unidad de cuidado intensivo, pues que es lo que más necesita saber, aprender y desarrollar este personaje en la unidad de cuidado intensivo signos vitales, hemodinamia, laboratorios, sí, pero entonces viene otra carga de actividades que no lo dejan a ese personaje desarrollar todo su potencial andan pensando más en otras cosas que tiene que cumplir con la labor de enfermería para presentarlo o para que sea reconocido sí que el conocimiento del paciente y todas las actividades que yo pueda realizar el paciente, si me entiendes.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: sí, y que cuando habla de, de que ahorita se está viendo reconocido, que se está como ya empezando a reconocer la, ese ejercicio autónomo del profesional he:: se está viendo porque generaciones, por la generaciones de antes, cree que ahorita la, los, los, los colegas que están recién egresados he:: tienen ese liderazgo, esa autonomía, porque me, porque me causa la curiosidad, o porque me surge la pregunta Pablo, porque al principio usted comentaba de que, de que lamentablemente he: las universidades hoy en día, han perdido mucho, mucho esa parte, en su experiencia hace treinta años los docentes he: o usted se les enseñaban a saturar a suturar, a entubar todas estas cosas entonces no sé cómo sería hoy en día, viendo en su experiencia, experiencia como cree que, que, que está hoy enfermería con estos nuevos, con estas nuevas personas que están saliendo, que están recién egresadas

Pablo Palacios: yo lo veo de esta manera Carlos he: en aquel entonces nosotros adquirimos la experiencia cierto, que nos faltaba lo que se está haciendo ahora lo que los nuevos profesionales salen a intervenir, salen a estudiar, salen a, a, a diseñar a crear cosas cierto pero que le falta al profesional de ahora lo que nosotros teníamos, todos esos conocimientos que nosotros teníamos le falta ahora, al profesional de ahora, el de ahora es muy, es muy innovador conoce la, los sistemas, conoce computación, conoce de programación, conoce de estadística conoce de todas esas cosas, pero no te no tienen el conocimiento que teníamos nosotros o sea si juntamos esos dos conocimientos generamos unos genios enfermeros.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: claro.

Pablo Palacios: que es que por ejemplo Carlitos ve que hay gente que está dedicada al estudio, ah a crear protocolos, hacer cosas, a innovar, a que la humanización que, que, bueno una cantidad de cosas que en este momento no se me vine a la cabeza pero que si tú vas y le preguntas, dígame las partes de una neurona, no se la sabe, es que tal si involucramos el conocimiento que nosotros adquirimos como enfermeros hace veinte, veinticinco años, y lo condensamos con lo nuevo que está saliendo, sería la, la, el punto máximo del desarrollo del enfermero ahí si creceríamos totalmente independientes.

Jefe Carlos Harvey jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: si señor, y tiene toda la razón, Pablo, pues esto como tal es la entrevista, no sé, si de pronto tenga algo más que aportar, o quisiera de pronto, algo más que agregar a todo el tema de la autonomía.

Pablo Palacios: he:: si, respecto de la, de la parte de la autonomía pues que todas las cosas nos vienen a bien, este virus ha sido una catástrofe, ha sido lo más tenaz que no, que nos ha podido pasar en nuestra vida, jamás nos llegamos a imaginar que pudiera pasar esto en nuestros hijos, en nuestros seres queridos pero todas las cosas nos vienen a bien Carlitos he: lo puedo ver y lo puedo percibir en el personal auxiliar de enfermería que yo, que yo tengo a mi cargo en donde han tomado conciencia acerca de la vida en donde han podido tomar conciencia acerca de, de del manejo real que se le tiene que dar a un paciente o sea ahorita el personal de enfermería que está a mi cargo son personas que se cuestionan las cosas, que no las hacen así porque sí, porque incluso son, son de mucha ayuda para nosotros porque lo hacen caer en cuenta a veces a uno de cosas que uno deja pasar por, por momento sí, he: se han llenado mucho de la parte humana porque anteriormente uno veía que ahí se va a morir el de la dos noventa y siete se va a morir, por ahí a las cinco o seis de la tarde se estarán muriendo, no, ahora no, ahora el personal auxiliar de enfermería ha tomado tal grado de conciencia de que sufre con el paciente, yo las he podido ver llorando, así el paciente no sea conocido, no sea del pueblo de donde es ella, las he visto sufriendo por ese paciente, y las he visto sugiriendo también cosas para realizar con los pacientes, que sería mejor para este paciente, sí, he incluso llegan a intervenir en las revistas médicas, sugiriéndole al médico, el manejo y la intervención de enfermería como tal, o sea la situación del Covid nos ha llevado también a, a sacar de nosotros lo mejor que tenemos, lo mejor que tiene cada uno, y ha tocado a toda la sesión en él, en el, en el ámbito de la salud de tal manera que hasta la persona que en este momento desarrolla las actividades más, más básicas como son las aseadoras, son personas que también están pendientes de, de los pacientes son personas que, que nos colaboran por ejemplo jefe o llaman a un auxiliar mire está sonando ese monitor, allá pita algo si, ellas también intervienen en el manejo del paciente miren tal paciente se van a soltar, mire esta ya moviéndose por favor, vayan, tenemos una colaboración extra ahí nosotros, entonces la gente tiene que cambiar a raíz de este problema tiene que cambiar, tiene que esforzarse, tiene que estudiar, tiene que innovar, implementar, que también dejarse enseñar de otras personas, he: uno cree que porque, en mi caso yo nunca lo he creído así, porque tengo la experiencia, que tengo la edad, que porque trabajo mucho tiempo en una unidad de cuidado intensivo, una persona joven no va a venir a enseñarme, no al contrario lo que le estaba planteando ahorita, si yo tengo un conocimiento y un joven me va a enseñar cosas nuevas pues yo las recibo que va a enriquecer mí, mi, mi conocimiento no más.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: claro, y eso es lo que también usted está haciendo en este momento Pablo dándonos, pues contándonos las experiencias, y, y dándonos a conocer todas esas cosas.

Pablo Palacios: aló, aló, aló.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: aló.

Pablo Palacios: aló.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: aló.

Pablo Palacios: no escucho, entrecortado.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: aló, si, ya.

Pablo Palacios: si

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: que, que le decía que qué es lo que usted también está haciendo, compartiendo sus experiencias, compartiendo sus conocimientos y de verdad que con esta, en esta entrevista pues si uno se da cuenta de muchas cosas porque pues las personas que no estamos allá metidos en estas áreas cierto, no podemos llegar a decir me ha tocado el Covid de esta manera o me ha hecho he: cambiar esta otra cosa sí, he: pero es muy bueno y es muy muy rico saber todo esto lo que ustedes viven porque pues también de aquí eso se aprende y la idea de esta, toda esta información Pablo es de poder darla conocer cierto he: a las a las nuevas generaciones, de que, de que nosotros podemos y lo que usted decía hace un momento, de que nosotros podemos llegar a ser enfermeros líderes sin el liderazgo no solamente es solamente es ir a mandar, sino el liderazgo lo que también comentaba es saberlo he: implementar o está articulado con ese conocimiento, si, con esa experiencia pues de eso se trata, de verdad pues muchísimas gracias Pablo por, por, por haberme dado la oportunidad de entrevistarle y por todos los aportes que le está brindando usted a las nuevas generaciones.

Pablo Palacios: Muchas gracias.

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: bueno Pablo muchas gracias y cualquier cosa entonces estamos hablando.

Pablo Palacios: chao

Jefe Carlos Harvey Jaimes Pabón: chao gracias.

