

Identificación de los patrones de conocimiento en un incidente crítico

Patterns of knowledge in a critical incident

Erick Alberto Landeros Olvera

*Master en Ciencias de Enfermería. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México.*¹

Resumen: Muchas de las vivencias en las cuales las enfermeras somos protagonistas nos dejan una enseñanza, sobre todo en la práctica clínica y docente, aunque seamos inconscientes de ellas. Puede ocurrir que al vivenciar la experiencia nos sumamos en las emociones, sin reflexionar sobre los significados que atribuimos a los eventos diarios. Otra razón puede ser simplemente que no conocemos el trasfondo de la importancia y el fundamento filosófico que la enfermería ha ido construyendo para dar significado a las experiencias con base a la estructura disciplinar que tiene esta profesión. Es de este análisis que emana el conocimiento y la fundamentación teórica científica, ética, estética y personal a esta profesión. Este artículo es un breve relato de un testimonio de una experiencia vivida seguido de la reflexión sobre el saber que emana de ella sobre la base de conceptualización en los patrones de conocimiento formulados por Barbara Carper

Palabras clave: Experiencias de enfermeras, patrones de conocimiento en enfermería.

Abstract: Many of the life experiences in Nursing teaching and practice in which we play the lead, left us a lesson, mostly in clinical and teaching practice, although, occasionally, this goes unnoticed due we don't know the undertone of the importance and the foundation that nursing gives to each of those experiences with a base on the disciplinary structure. This article is a testimony of a daily experience of a nurse and the analysis of it face to Carper's patterns of knowing. Identifying knowledge patterns in the daily life is something that is immersed in nursing attitudes and care, but maybe we don't notice it and don't know how to do it. This paper tries to make us know, unaffectedly, the way in which we can identify the knowledge patterns with a critical accident base, that is, with a life-experience base, where the main axis is our commitments with health as a value for the nurse.

Key words: Nursing experience, nursing patterns of knowing: ethics, empiric, personal, aesthetic.

¹ Agradecimientos a: María Soledad Rivera Martínez, PhD. Magister en Salud Pública. Directora Revista Horizonte Enfermería. Por la atención otorgada en la revisión de este artículo.

INTRODUCCIÓN

Los componentes básicos de enfermería como disciplina son definitivamente la práctica, la teoría y la investigación, (Duran, 1999) pero esta profesión, desde sus orígenes, se ha basado en la práctica, principio básico del cuidado enfermero. Cuando se ejerce, se adquieren experiencias que se van transformando en un conocimiento aprendido. Se observa el fenómeno, ya sea casual o incidental, se analizan sus dimensiones, se busca en la literatura antecedentes, investigaciones y reflexiones respecto al tema, se razona, se adquiere la experiencia de aprendizaje, se reproduce el fenómeno y finalmente cambia la conducta, la cual se puede compartir a través del ejemplo de nuestra actitud o a través de la comunicación verbal.

Este proceso de aprendizaje profesional refleja ciertos patrones de conocimiento que han sido estudiados por epistemólogas de Enfermería. Una de ellas fue Barbara Carper, quien estudiando la producción científica publicada en revistas de Enfermería de los 70, reconoció cuatro patrones de conocimiento reflejados en estos escritos y caracterizó cada uno de ellos en dimensiones y características (Carper, 1978):

El patrón *ético de conocimiento*, proporciona parámetros para explorar los fenómenos axiológicos de Enfermería (valores como la salud, el respeto, la dignidad, el amor).

El patrón de conocimiento *empírico* que describe, explica y predice, a través de la observación y repetición de los fenómenos

El patrón de conocimiento *personal*, que valoriza la experiencia humana, la conciencia de sí mismo, y la apertura a la realización.

El patrón de conocimiento *estético*, que posibilita la creatividad en cada actor en los procesos de cuidado de enfermería y se expresa a través de actos de arte de enfermería.

El conocimiento sobre lo que hacemos a diario en Enfermería se construye en la medida que damos importancia y nos detenemos a reflexionar acerca de ello en forma consciente. En ese momento hacemos un acto de comprensión y nos podemos apropiarse de aquella experiencia que puede quedar olvidada. Al ser rescatada como experiencia consciente se la puede integrar a otras vivencias parecidas como un todo y crear nuevas ideas. Este proceso es producir saber de la experiencia.

Según Chinn (2000) los patrones de conocimiento ético y empírico fluyen a través de la comunicación verbal y escrita mientras los patrones de conocimiento personal y estético fluyen a través de la conducta. Los cuatro patrones se revelan a través de la creación, de la expresión escrita y corporal de los procesos de cuidado enfermero.

A continuación se narrará un incidente crítico ocurrido en la atención a una paciente, en la que podrás identificar los patrones de conocimiento referidos:

“En el mes de enero del año 1999, trabajé como asesor clínico para la Universidad Autónoma Metropolitana, para un grupo de alumnas de noveno trimestre en un Hospital de traumatología de la ciudad de México.

Dentro de los servicios que nos asignaron, se encontraba la terapia intensiva, lugar que no contaba con los recursos biomédicos necesarios para dar tratamiento a las cuatro personas enfermas que se encontraban hospitalizadas; dos de las cuales estaban

intubadas y en situación muy crítica, las otras dos restantes, se encontraban conscientes y podían observar todo lo que pasaba en aquella sala, ya que no se contaba con espacios individuales para cada paciente. Sin embargo, la sala contaba con cuatro enfermeras y un médico residente, al cual casi no veíamos.

En ese servicio asigné a tres estudiantes, y en la sala contigua llamada terapia intermedia, otras dos estudiantes. Estas dos salas se comunicaban fácilmente y lo que se hacía en una, se podía ver en la otra.

Me dispuse a ofrecer la asesoría en este servicio, siendo aproximadamente las seis de la tarde. Cuando entré me coloqué la bata, me puse un gorro, una mascarilla y me lavé las manos; acciones que algunos trabajadores de ese servicio no hacían.

Cuando observé a las alumnas, me percaté de que era hora de visita familiar, me acerqué hacia uno de los pacientes graves, me presenté con el familiar de este, el cual tenía un rostro lleno de angustia. Al ver a la persona enferma, me di cuenta que era una señora de aproximadamente unos setenta años de edad. Ella se encontraba en unas condiciones muy graves, bajo efectos de anestesia, bajo el mando de un respirador artificial y muchos otros factores agresivos de su tratamiento. Supuse que era la madre de esta persona que la visitaba, invité al familiar a que se acercara más, que tocara a su madre, que la acariciara, que le hablara. Él denotaba una angustia que no podía expresar verbalmente, y lo vimos llorar.

Cuando terminó la visita, le pregunté a mi alumna el nombre de la señora, ella no lo sabía y apenas balbució su diagnóstico médico. Le hice algunas observaciones; le comenté que la señora necesitaba cambios de posición, que su sábana no debería tener arrugas, que el vendaje de los pies estaba mal hecho, la ropa de su cama mal acomodada, estaba despeinada y que necesitaba aspiración de secreciones, ya que su respiración era muy dificultosa. Todos estos comentarios fueron escuchados por las enfermeras que ahí laboraban, siendo estas responsables en primera instancia por el cuidado de esta señora, ya que las alumnas se encuentran en proceso de formación.

Invité a mi alumna a verificar los signos vitales, ella empezó por la presión arterial, yo toqué la piel de la señora y la encontré muy fría, tomé el pulso carotídeo y no percibí nada, al tiempo que mi alumna me pidió que le ayudara a verificar la presión, ya que no la pudo auscultar. En ese momento estábamos frente a una urgencia, mandé a la alumna a pedir ayuda y a regresar con el carro de urgencias, mientras yo me dispuse a realizar compresiones torácicas. De inmediato, todas las enfermeras se encontraban a mi alrededor junto con las alumnas de ambos servicios. Se conectó el ambú al tubo endotraqueal, manejado por una de las enfermeras, me di cuenta de que no nos coordinábamos para ofrecer resucitación cardiopulmonar (RCP), y rápidamente le expliqué los tiempos, mientras monitorizaban a la paciente para observar su ritmo cardíaco. En aquel momento, arribó el médico residente para manejar la urgencia, se percató de que el monitor marcaba fibrilación ventricular fina, casi asistolia, y cuando tocó la piel de la señora y la sintió helada, preguntó en forma de juego:

- ¿Cuánto lleva de muerta?
- Como veinte minutos –contestó la enfermera–
- ¿Quién da más? –preguntó el médico muy sonriente–
- Como dos o tres horas –contestó otra enfermera–

Inmediatamente surgieron las risas.

La urgencia de una persona por conservar la vida, en ese momento se había convertido en un juego de risas. Yo no podía creer que estuviera pasando una situación tan crítica. Mis alumnas no sabían que actitud tomar, si seguir el juego o mantenerse estoicas y los pacientes conscientes de las camas contiguas se daban cuenta de todo aquello.

Sentí una rabia inmensa ante aquellas personas de poco profesionalismo y pensé que lo más demandante era salvar una vida humana y nadie estaba haciendo algo para lograrlo, pensé en el posgrado de enfermería que acababa de terminar y en el curso de Soporte Cardiovascular Avanzado, todo lo que me habían enseñado para que lo aplicara en ese preciso momento. Determinadamente decidí tomar el mando de la urgencia, mandé a una alumna a preparar medicamentos y a otra a anotarlos, mientras una de las enfermeras los administraba. Junto con el médico que notó mi enfado, determinamos ritmo cardíaco y medicamentos, en cierto momento no estaba de acuerdo con lo que él determinaba como tratamiento, pero lo justificaba, inclusive llegamos a desfibrilar varias veces, y con todo mi nerviosismo y molestia, hice lo que en los lineamientos internacionales de urgencias cardiovasculares marcaban. Además no me podía fiar de una persona tan poco profesional. Las enfermeras se dieron cuenta de lo serio que me puse, ya que en cierto momento las ignoré debido a la actitud que mostraron.

Desgraciadamente, después de arduos intentos la señora murió.

El médico comentó que iba a dejar pasar un tiempo antes de avisar al familiar del fallecimiento de la señora, ya que acababa de terminar la visita, yo supuse que él le había dado informes al familiar con respecto a la enferma sin ni siquiera haberla visitado o preguntado por las condiciones en las que se encontraba.

Después de todo eso, comenté a las alumnas que jamás perdieran el respeto a la vida, lo que acabaron de presenciar, no se hacía. Nuestra filosofía como enfermería, es darle una muerte digna a la persona que ya no puede conservar su vida, pues “el cuidar es un acto de vida” aunque esta fuera una anciana con un mal pronóstico, no debemos perder la calidad de los cuidados a ofrecerles: calidad y dignidad para las personas enfermas.

Mi rabia inicial se había tornado en tristeza; mi satisfacción fue nula, ya que la señora había muerto. Me quedaba la satisfacción de haber podido ser modelo y demostrar una conducta profesional correcta con mi actitud ante las enfermeras en etapa de formación: mis alumnas.

Inmediatamente me dirigí a la dirección médica a reportar los acontecimientos, mi conciencia me lo dictaba, pero hicieron caso omiso de mis comentarios y aquello fue olvidado; pero no por mí, ni por las alumnas”.

¿Cuáles fueron los patrones de conocimiento que evidentemente emergieron de esta experiencia?

Obviamente todos: el patrón ético, el patrón empírico, el personal y el estético. Reflexionemos acerca de cada uno de ellos en esta situación:

EL PATRÓN CONOCIMIENTO ESTÉTICO

Para impartir la docencia en la práctica clínica, debo tratar de plasmarla, configurarla, sentirla y expresarla a través de mis actos, para ver realizado el cuidado enfermero.

Desde el momento en que observé los servicios de pésima calidad que le ofrecían a la señora, me molesté, y no directamente con la alumna, fue indirectamente con las personas que tienen a su cargo el servicio. La estética se plasma a través de mis actos, de mi arte, sentir que la persona enferma necesita algo, cualquier cosa que mejore la calidad del cuidado enfermero, aspecto que hubiese reclamado la señora en caso de haber estado consciente en el momento de la urgencia.

EL PATRÓN CONOCIMIENTO EMPÍRICO

Todo este acontecimiento es parte de una situación concreta; la vida de una persona estuvo en peligro y como profesional de la salud, tengo la obligación de saber que hacer ante tal situación, aspecto que determinará la vida o la muerte de la persona implicada. Cuando se recrea esta situación en teoría, en la sala de demostraciones, en pasos prácticos, en el cual se reproduce el fenómeno de la urgencia cardiorespiratoria, simplemente se debe reproducir el sistema a seguir, según la teoría. Es probable que de como resultado la resucitación cardiopulmonar de esta persona. Sin embargo, cada situación de urgencia es diferente en cuanto a tiempo y persona, y por lo tanto es imposible anticipar todos los resultados. Este fenómeno genera un conocimiento dentro de nosotros denominado *experiencia*, con lo cual definitivamente nuestra conducta cambia.

EL PATRÓN DE CONOCIMIENTO PERSONAL

Como persona tengo experiencias previas tanto en lo profesional como en lo personal que están en mí y se actualizan en el presente. Experiencias con la enfermedad y con cuidar y con la muerte. En los momentos en que enfrente la situación de urgencia, actué rápidamente ayudando a la señora, aplicando mi conocimiento teórico y práctico, pero al mismo tiempo voy sintiendo, la situación me impacta emocionalmente. Alguna parte de mí está atento y percibe mis sentimientos y emociones: Me da rabia, impotencia, no entiendo las risas de mis colegas, la ironía y me da tristeza. Percibo mi entorno y percibo mi ser que estaba siendo afectado, pero no estaba solo, estaba con mis alumnos y mis colegas y juntos, con la Sra. muerta ahí, estamos en una situación de vida plena de significados para cada uno, pero sobre todo para el grupo que allí éramos una unidad existencial. Mi presencia y mi actitud afectaban a mis alumnos y a mis colegas y yo era afectado por ellas. El de la señora en estado crítico, el de mis alumnas expectantes y asustadas, el de los demás pacientes, mi rabia ante aquella situación, mi indignación y posteriormente, mi tristeza. Fueron aspectos ontológicos que contribuyeron con mi aprendizaje, “no todo es como debería ser... Solo ES.”.

PATRÓN DE CONOCIMIENTO ÉTICO

La obligación que sentí por “el deber de hacer” por aquella persona, toda la apertura axiológica sucumbió en un solo momento, ¿Qué era lo mejor?, ¿Qué era lo que no debía hacer?, ¿Qué actitud debía asumir?, ¿Cómo expresarlo?.

Los valores rebotaban en mi cabeza y al escuchar las risas, los comentarios, al ver a mis alumnas expectantes, a los demás pacientes y a la señora, me dieron la fuerza para determinar la situación, en especial esta última, que era lo que más importaba, dándose de esa manera el patrón ético.

Como enfermeros vivimos la realidad integralmente: Es mi racionalidad la que ordena actos inteligentes que se armonizan con mis emociones ante la situación que me emerge, que me conduce a actuar lo más correctamente posible, a elegir lo mejor para cuidar, para dar lo mejor de mí ante la persona enferma, el familiar, mis alumnos y colegas. No estoy separado en cuatro patrones de saber y hacer. Todo se da junto, armónico o como sea, pero se da. Enfermería necesita expresar este saber total sobre experiencias totales y colectivas para poder tener nuestro propio cuerpo de conocimientos que denote a nuestro objeto de estudio como dinámico, heterogéneo y complejo. Cuidar no es aplicar el proceso de Enfermería a una situación paradigmática, porque la realidad es muchísimo más que eso... es demasiado dinámica. Hoy se aparece de esta manera y mañana se aparece de otro modo. Esta flexibilidad de observar los fenómenos humanos, de valorar significados y actuar en correspondencia aparece en la experiencia, y debemos aprender a comunicarla por las vías correctas, para que sirvan a otros, a los que vienen.

Trabajamos en situaciones, con personas y acontecimientos integrales y somos seres integrales en un dinamismo constante. Nuestro conocimiento por tanto, debe comprender al máximo esa totalidad, al menos debe ser una aspiración ser lo más conscientes posibles ante la realidad en la que participamos como profesionales. Afaf Meléis decía que todavía no poseemos los medios para construir saberes integrales que reflejen la realidad de fenómenos complejos como el que aquí compartimos, pero que debemos tender hacia ello. Tal como se enseña y se conduce el aprendizaje del conocimiento actual en Enfermería, seguimos fragmentando la realidad ante el alumno, despreciamos los saberes que emergen de la experiencia, analizamos poco los sentimientos, descalificamos los acontecimientos de rutina familiar de un servicio, nos da miedo hablar con familiares en crisis, en fin, pareciera que nos estamos arrancando de lo esencial a nuestra profesión: el cuidado humano. Seguimos haciendo clases expositivas sobre fenómenos que en la realidad son demasiado complejos y al hacerlo simplificamos aquello que por naturaleza no es, ni nunca se va a presentar simplificado. ¿Es que el tema del control de los sentimientos y de las enfermedades y hasta de la muerte esta por sobre las leyes naturales de la vida? Esta manera de desmembrar, clasificar, nombrar, ordenar y desnaturalizar lo real es una práctica que desarticula estos patrones y los hacemos coexistir aislados unos de otros sin integración deformando lo real. Somos a imagen y semejanza de lo real. Lo real vale la pena, aunque no podamos controlarlo y aunque no podamos comprenderlo todo. Esa pequeña luz de consciencia humana nos basta para dar un cuidado integral, continuo y comprensivo. (Chinn y Kramer, 1995).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv. Nurs. Sci.* 1, 13-23.
- Chinn, P., y Kramer, M. (1995). *Theory and Nursing: A Systematic Approach*. St Louis, Missouri: Editorial Mosby.
- Jacobs-Kramer, K., y Chinn, P (2000). Perspectives on knowing: a model of nursing knowledge. *Scholarly inquiry, Nurs. Pract.* 2, 129-39.

INVESTIGACIÓN

Durán, M. (1999). Importancia de enfermería en la práctica de enfermería. Manuscrito de la Universidad Autónoma de Nuevo León. (n p). Monterrey, México.

Marriner, T. (199). *Modelos y teorías en Enfermería*. Madrid, España: Mosby/Doyma.

Hardy, M. (1992). Teorías: componentes, desarrollo y evaluación. En: L. Nicoll. *Perspectives on nursing Theory*. 2ª ed, Philadelphia, Estados Unidos: Lippincott.

Correspondencia a: Erick Alberto Landeros Olvera. Master en Ciencias de Enfermería. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. erick_landeros@autocuidate.com