



# Investigación & Cuidados



Revista de la Organización Colegial  
de Enfermería de la Comunidad Valenciana

1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> Semestre 2006, Vol. 4, N<sup>o</sup>. 8 y 9

## ARTÍCULOS ORIGINALES

- Estudio comparado sobre las IVES tramitadas a mujeres españolas y extranjeras en el CSSR de Burriana (enero de 2002 - diciembre de 2005)
- Ética y gestión de cuidados
- Consentimiento informado y calidad asistencial en Enfermería
- Tolerancia a la glucosa en adultos con factores de riesgo para Diabetes Mellitus Tipo 2 (Datos preliminares)
- Enseñanza del sondaje limpio intermitente, una estrategia de cuidado
- Cambios generacionales en el inicio y duración de la lactancia materna
- Prevención primaria del trastorno bipolar
- Soporte Vital Básico: ¿qué conocimientos tiene la población no sanitaria sobre RCP?
- Recomendaciones 2005 sobre resucitación cardiopulmonar pediátrica del European Resuscitation Council
- Soledad

## ARTÍCULO ESPECIAL

- Diversidad cultural y cuidados de Enfermería en el contexto hospitalario

## BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

## AGENDA DE ENFERMERÍA

## ENFERMERÍA EN LA RED

**DIRECTOR:**

José Antonio Ávila Olivares

**SUBDIRECTOR:**

Francisco Pareja Llorens

**COMITÉ EDITORIAL**

Coordinación: Elena Ferrer Hernández

Elena Andina Díaz

M<sup>a</sup> Pilar Bonet Manso

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

M<sup>a</sup> Luisa Ruiz Miralles

María Torres Figueiras

**COMITÉ ASESOR**

Antonio Núñez Fernández

Juan Fabra Benet

Jesús Ribes Romero

Jose A. Forcada Segarra

Vicenta Coso Pardos

Juan A. González Sabaté

Carmen Chasco Parramon

Carmen Mihi Hornos

Miguel Romero Lorente

Isabel Casabona Martínez

Luis Ganes Fajardo

M<sup>a</sup> Ángeles Aparici Navarro

Encarna Martínez Hernández

José Verdú Soriano

Joseph Adolf Guirao Goris

Alberto Gálvez Toro

Modesta Salazar Agulló

Antonio Peña Rodríguez

Montserrat Angulo Perea

Belén Estevan Fernández

M<sup>a</sup> del Mar Ortiz Vela

Silvia Campos Soler

M<sup>a</sup> Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

**COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO**

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Francisco Mulet Falcó

Antonio Verdú Rico

Felipe Serrano Gómez

Eugenia Gordo Casañ

Isabel Castelló López

Manuel Ribera Mella

Juan Caballero García

Pedro J. Homero Arnue

**RELACIONES INTERNACIONALES**

Asunción Marroquí Rodríguez

M<sup>a</sup> José Muñoz Reig**ILUSTRACIONES**

María Hidalgo Sánchez

Revista incluida en el Catálogo colectivo de Publicaciones periódicas de Ciencias de la Salud

Revista incluida, con carácter exhaustivo en CUIDEN y con carácter selectivo en la base de datos Bdic

Revista sociofundadora del Consejo Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermería y afines (CIBERE)

**SUSCRIPCIONES**Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)  
c/ Xàbia, 4- pta. 10 46010 VALENCIA

Teléfono 963298088

E-mail: cecova@cecova.org

Cuenta de ingreso de la suscripción: 2077-0482-16-3100518783

**ENVÍO DE TRABAJOS**

Colegio de Enfermería de Alicante

C/ Capitán Dema, 16 (Esq. Pardo Gimeno) 03007 Alicante

Tlf. 965121372 y 965123622

E-mail: cealicante@cecova.org

**EDITA**

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

**TARIFA 2 NÚMEROS (1 AÑO)**

Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: 6 euros

# SUMARIO

**EDITORIAL** ..... 3**NORMAS DE PUBLICACIÓN** ..... 5**ARTÍCULOS ORIGINALES**Estudio comparado sobre las IVES tramitadas a mujeres españolas y extranjeras en el CSSR de Burriana (Enero de 2002-diciembre de 2005) ..... 6  
M<sup>a</sup> Pilar Martínez AmorósÉtica y gestión de cuidados ..... 14  
Jesús Sanz VillarejoConsentimiento informado y calidad asistencial en Enfermería ..... 19  
Matías Miguel Vidal, María Ángeles Riese Jordá

Tolerancia a la glucosa en adultos con factores de riesgo para Diabetes Mellitus Tipo 2 (Datos preliminares) ..... 30

Marta Maria Coelho Damasceno,  
Lucia de Fatima da Silva, Miguel Nasser Hissa,  
Zuila Maria de Figueiredo Carvalho,  
Suyanne Freire de Macedo,  
Ana Roberta Vilarouca da Silva

Enseñanza del sondaje limpio intermitente-una estrategia de cuidado ..... 37

Zuila Maria de Fuigueiredo Carvalho,  
Marta Maria Coelho Damasceno,  
Maira di Ciero Miranda, Islene Victor Barbosa

Cambios generacionales en el inicio y duración de la lactancia materna ..... 43

Inmaculada Navarro García,  
Paula Martínez Molíns, Amparo Pascual Carrión,  
Mónica Aloy Asensi, Rosa María Montañés Méndez,  
Enrique Jesús Jareño RoglánPrevención primaria del trastorno bipolar ..... 47  
Yolanda Camino CastroSoporte Vital Básico: ¿qué conocimientos tiene la población no sanitaria sobre RCP? ..... 55  
Silvia Leiva Martí, José Vte. Carmona SimarroRecomendaciones 2005 sobre resucitación cardiopulmonar pediátrica del European Resuscitation Council ..... 62  
Eladio J. Collado Boira, M<sup>a</sup>. Carmen Casal AnguloSoledad ..... 68  
Carlos Lozano Quijada**ARTÍCULO ESPECIAL**Diversidad cultural y cuidados de Enfermería en el contexto hospitalario ..... 76  
Miguel Ángel Fernández Molina**BIBLIOGRAFÍA COMENTADA** ..... 86**AGENDA DE ENFERMERÍA** ..... 87**ENFERMERÍA EN LA RED** ..... 88

Maquetación e Impresión: Gráficas Estilo, Alicante

ISSN: 1698-4587 • Dep. legal: M-22516-2004

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DEL CONTENIDO DE LOS ARTÍCULOS

A finales de 2006 el CECOVA organizó en la provincia de Alicante diversas Jornadas sobre la Violencia de Género dirigidas al personal sanitario, en concreto Orihuela, Alcoy, Benidorm, Elche y Alicante, fueron las localidades donde se celebraron. En ellas participaron ponentes que además de ser grandes expertos en la materia gozan de mucho prestigio a nivel autonómico y nacional. En todas las jornadas se puso de manifiesto el recurso sanitario tan importante que supone el personal de Enfermería para las víctimas de esa lacra social. La cercanía de la Atención de Enfermería convierte a estos profesionales en un recurso sanitario imprescindible para la detección de los

numerosos casos de malos tratos existentes y que se mantienen ocultos durante mucho tiempo, tardando en muchas ocasiones hasta cinco años en aflorar, con las consecuencias negativas que ello conlleva.

Una de las ponentes ha sido D<sup>a</sup>. Rosa Peris Cervera, Directora General del Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, quien amablemente aceptó la invitación que le curse en su día para escribir la Editorial de esta revista. Nuestro más sincero agradecimiento por su implicación y trabajo.

José Antonio Ávila  
*Director*

## Violencia de género y Enfermería



La violencia de género, como forma de violencia presente en todo el mundo y producto de la desigualdad entre hombres y mujeres, ha pasado de ser un drama familiar, sobre el que había de pasar de puntillas y en silencio, a ser considerado una clara violación de

los derechos fundamentales de las mujeres: el derecho a la libertad, a la vida y a la integridad física. Hace más de veinte años que Naciones Unidas lo reconoció como “el crimen encubierto más numeroso del mundo” y aún continúa siéndolo en muchos países.

En España, en estos últimos años, podemos hablar de un cambio radical en la consideración de este grave delito. Cambio social en cuanto a la cada vez mayor reacción de la ciudadanía contra estas agresiones, que se cobran cada año un elevado número de vidas, y cambio político al haber llevado a primer plano la preocupación por acabar con ella.

Con la aprobación de la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, el Gobierno, además de dar cumplimiento a un com-

promiso adquirido, ha apostado por una estrategia de intervención integral, a través de un instrumento jurídico que le permite acometer este grave problema en su totalidad y abarcar tanto la prevención, como la protección y la atención de las mujeres víctimas y de sus hijos e hijas.

La violencia de género tiene importantísimas repercusiones en la salud de las mujeres, por lo que la atención sanitaria de las víctimas es fundamental y el papel de las y los profesionales de la sanidad resulta clave a la hora de detectar posibles casos de maltrato, destacando, en este sentido, el personal de Enfermería por ser el primer contacto que tiene la víctima cuando recurre al sistema sanitario.

Existe, por tanto, una necesidad permanente de sensibilizar y formar a estos y estas profesionales, ya que con una formación adecuada podrían contribuir a identificar las posibles situaciones de maltrato que de otra forma pasarían desapercibida y, o bien denunciarlas, o bien orientar a las víctimas hacia la atención social o psicológica.

La profesión de Enfermería tiene una gran posibilidad de detectar el maltrato y aprovechar la proximi-

## ■ Investigación & Cuidados

dad y confidencialidad con las víctimas, para ser uno de los primeros niveles de apoyo de toda la red de asistencia creada.

Plenamente conscientes de esta necesidad, las administraciones públicas desarrollan estrategias y acciones formativas para el personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando, en especial, su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género.

Según el último balance realizado de la Ley Integral de Violencia, estas iniciativas, junto con la creación de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, han servido para que se detecte una mayor y más profunda implicación de los y las profesionales sanitarios en la localización y tratamiento de las consecuencias de la violencia contra la mujer.

Recientemente, el Consejo de Ministros ha aprobado el Plan Nacional de Sensibilización de la Violencia de Género (2007-2008) y el Catálogo de Medidas Urgentes contra la Violencia de Género, a través de los que se van a completar las acciones existentes e introducir nuevas iniciativas contra la violencia de género.

Con la puesta en marcha de estas medidas se da cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 3.1 de la Ley Integral contra la Violencia de Género al mismo tiempo que se crea un marco común de actuaciones, en el que todos los actores implicados en la lucha contra la violencia de género comparten conceptos y directrices básicas con las que orientar su actuación en la consecución de dos objetivos básicos: mejorar la respuesta frente a esta lacra social y conseguir un cambio en el modelo social que profundice en el derecho a la ciudadanía de las mujeres.

Entre las acciones que se prevén para optimizar la protección y atención de las víctimas de violencia de género, se encuentra la realización de varios protocolos para mejorar la atención de las mujeres víctimas de violencia de género: el primero de ellos, referido a la atención sanitaria, contempla de manera específica a las mujeres inmigrantes, mujeres con discapacidad y menores.

En definitiva, la prevención y detección precoz de este gravísimo problema social que es la violencia contra las mujeres se debe considerar fundamental y prioritario en el proceso del maltrato, de ahí la importancia de una adecuada y responsable actuación de todos los sectores implicados. Por ello, tengo la completa seguridad de que el colectivo profesional de Enfermería sabrá poner toda su dedicación, esfuerzo, experiencia y eficacia, porque así lo demuestra día a día, al servicio de una tarea en la que todos y todas, desde los diferentes ámbitos de nuestra sociedad, tenemos la obligación de implicarnos: la erradicación de la violencia que sufren las mujeres.

Rosa M<sup>a</sup>. Peris Cervera

*Directora General del Instituto de la Mujer*

**L**a revista Investigación & Cuidados es una publicación de carácter científico abierta a todos aquellos trabajos de investigación que contribuyen al desarrollo de la Enfermería en todas sus vertientes: asistencial, docente, gestión e investigación.

Investigación & Cuidados valorará para su publicación todos aquellos trabajos que dentro del campo de estudio de la Enfermería aportan contribuciones para su desarrollo como Disciplina.

Se someterán todos los trabajos que se presenten a un sistema de valoración por expertos.

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de Investigación & Cuidados y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la revista.

No se aceptarán trabajos publicados en otra revista, hecho que el autor deberá declarar en la carta de presentación del artículo.

El consejo editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación así como se reserva el derecho de rechazar originales que no juzgue apropiados.

## ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

- En general la extensión máxima de los trabajos no debe exceder 15 folios a doble espacio con letra Times o Arial. Tamaño 12 puntos. En el procesador de textos Word de Microsoft.
- La extensión máxima del trabajo será de 12 folios para originales y revisiones y 4 folios para cartas al director.
- Se admiten un máximo de 5 ilustraciones separadas y numeradas a parte del texto.
- Se admiten un máximo de 6 firmantes o un nombre de grupo de investigación.
- Se enviarán al comité editorial 3 copias impresas y un disquette de 3'5 o CD.
- Las hojas irán numeradas en el ángulo superior derecho
- El consejo editorial propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del artículo original. En esos casos los autores deberán remitir el original con

las modificaciones en un plazo no superior a 1 mes pues en caso contrario no se garantiza su publicación.

- Cada sección del trabajo ha de comenzar con una nueva página.
- En la primera página deberá aparecer: título, autores con nombre completo y centro de trabajo, dirección para la correspondencia y e-mail.
- En la segunda página deberá contener el resumen y las palabras clave. No más de 300 palabras. El resumen debe contener el propósito de la investigación, procedimientos básicos, hallazgos principales y conclusiones principales. deben aparecer de 3-10 palabras clave.
- En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

### 1.- Si se trata de un artículo original:

- Introducción: propósito estudio y justificación.

- Material y métodos, Sujetos y métodos.

- Resultados.

- Discusión.

- Bibliografía.

### 2.- Si se trata de revisiones o trabajos conceptuales:

- Introducción.

- Desarrollo del tema a analizar.

- Conclusiones del análisis.

- Bibliografía empleada.

3.- Carta al director: Esta sección es el lugar donde los lectores de Investigación & Cuidados pueden exponer sus comentarios, preguntas o críticas acerca de los artículos publicados y así como los autores responder.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Se presentarán según el orden de aparición en el texto con la consiguiente numeración.
- En el texto aparecerá la numeración de la cita en número volado independientemente de que aparezca en el texto el nombre de los autores. Si se trata de una referencia de un trabajo realizado por dos autores se nombran ambos y si son varios se pondrá el nombre del primero seguido de et al.
- En caso de abreviar nombres de las revistas se utilizará el estilo de Index Medicus e Index de Enfermería.

- Se evitará el uso de frases imprecisas como citas bibliográficas; no pueden emplearse como tales "Observaciones no publicadas" o "comunicación personal".
- Los originales aceptados pero no publicados, se incluyen en las citas bibliográficas como "en prensa" (entre paréntesis).

## ILUSTRACIONES, FIGURAS Y TABLAS

Se entenderán como figuras las fotografías y las gráficas o esquemas. Ambos elementos irán numerados de forma correlativa y conjunta como figuras.

4.1. Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. El tamaño será de 9 x 12 cm. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad inmejorable para poder obtener así buenas reproducciones. Las fotografías se reproducirán en blanco y negro. No obstante, previo acuerdo económico con la editorial se admiten ilustraciones en color, caso en el que se recomienda el envío de diapositivas. Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando además el nombre del primer autor, con una fechas se señalará la parte superior, debe procurarse no escribir en el dorso ya que se producen surcos en la fotografía. Se presentará por separado, dentro de un sobre y los pies de las misas deben ir mecanografiados en hoja aparte.

4.2. Las gráficas se dibujarán con tinta china negra, cuidando que el formato de las mismas sea de 9x12 cm. o un múltiplo. Se tendrán en cuenta las mismas normas del apartado 4.1. para las fotografías,

4.3. Tablas. Se presentarán en hojas aparte que incluirán: a) numeración de la tabla b) enunciado (título) correspondiente, y c) una sola tabla por hoja. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones; las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Si una tabla ocupa más de un folio se repetirán los encabezamientos en la hoja siguiente.

# Estudio comparado sobre las IVEs tramitadas a mujeres españolas y extranjeras en el CSSR de Burriana (Enero de 2002-Diciembre de 2005)

I Premio. IV Premio Investigación CECOVA

**Autor:** M<sup>a</sup>. Pilar Martínez Amorós

## Comparative study about voluntary interruption of pregnancy (VIP) requested by spanish and immigrant women in the Burriana family planing clinic (FPC) (january 2002-december 2005)

### ABSTRAC

*Study about the sociosanitary background of immigrant and Spanish women who requested a voluntary interruption of pregnancy*

*(VIP) in the Burriana family planing clinic (FPC), as well as the recommendations to prevent non-desired pregnancies and the drop in therequest of abortion in the area of the*

*FPC of Burriana.*

**Key words:** *immigrant women, abortion, VIP, contraceptive*

### RESUMEN

*Estudio sobre el perfil sociosanitario de las mujeres españolas y extranjeras que solicitan una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el Centro de Salud Sexual y*

*Reproductiva (CSSR) de Burriana, así como las propuestas para la prevención de embarazos no deseados y la reducción de la demanda de tramitación de abortos en la población de la zona de actuación del CSSR de*

*Burriana.*

**Palabras clave:** *mujeres inmigrantes, aborto, IVE, anticoncepción*

### INTRODUCCIÓN

Según el Informe de Salud n.º 86 de 2004 de la Conselleria de Sanitat referido a las interrupciones voluntarias del embarazo, desde 1997 hasta 2004 se han duplicado las tramitaciones de interrupciones de embarazo (de

4.252 se ha pasado a 8.765) En 2002 se registraron un total de 7.752, en 2003 un total de 7.973 y en 2004 las IVEs tramitadas fueron 8.765 (del 2005 todavía no se ha publicado el Informe).

Conociendo esta tendencia al alza del número de IVEs tramita-

das en la Comunidad Valenciana y habiendo comprobado que en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Burriana (en adelante CSSR de Burriana o Centro) se estaba produciendo un aumento de las mismas, me planteo iniciar un estudio sobre el

número tramitaciones realizadas al año así como del perfil de las mujeres que acuden al Centro para solicitar la tramitación del aborto.

Aunque la tramitación de IVEs sólo representa un 1% de las consultas que el Centro ha atendido durante los últimos cinco años, consideramos de máximo interés estudiar el problema por el alto coste emocional y el riesgo para la salud que supone para las mujeres la decisión de interrumpir su embarazo.

El objetivo final de este estudio no es otro que plantear qué intervenciones comunitarias podrían efectuarse para disminuir la incidencia de las IVEs en nuestra zona de actuación: Burriana, Nules, Moncófar, Vilavella, y Alquerías del Niño Perdido.

La investigación está acotada temporalmente entre enero de 2002 y diciembre de 2005. El total de mujeres que solicitaron en ese período de tiempo una IVE en el CSSR de Burriana fue de 373, de las cuales 196 son españolas, mientras que 177 son extranjeras. El 100% de las mujeres computadas en esta investigación se acogieron al primer supuesto legal incluido en la Ley Orgánica 9/1985 de despenalización del aborto, según el cual no será punible el aborto cuando concurra la siguiente circunstancia: "Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad

correspondiente, distinto de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto".

La metodología empleada consistió en realizar una entrevista personal con cada una de las mujeres solicitantes de IVE y reflejar los datos obtenidos en una parrilla elaborada previamente con la finalidad de obtener resultados cuantitativos e informaciones cualitativas. Me he servido del programa Excel para disponer de estos datos así como para realizar las gráficas que presento en la investigación. Tengo que advertir que, por lo extenso de la investigación, no puedo presentar en esta publicación todas las gráficas obtenidas, aunque sí que se expondrán y serán comentados los resultados más importantes. Las informaciones de carácter cualitativo serán comentadas en cada uno de los apartados a los que hagan referencia.

#### RESULTADOS OBTENIDOS EVOLUCIÓN ANUAL DEL TOTAL DE IVES

Desde enero de 2002 hasta diciembre de 2005 se tramitaron en el CSSR de Burriana un total de 373 IVEs, de las cuales 196 fueron de mujeres españolas y 177 lo fueron de mujeres extranjeras. En 2002 se tramitaron 110. En el año 2003 hay 25 solicitudes menos que el año anterior. 2004 y 2005 marcan una tendencia al alza relacionada con el fenómeno de la inmigración, como puede observarse en el gráfico 1.

Mientras que en el año 2003 se registra una disminución de las

tramitaciones a extranjeras, en el año 2004 se invierte esa tendencia, y sigue aumentando hasta 2005, superando el total de tramitaciones de mujeres españolas en ese año. El total de IVEs en nuestra zona de influencia está sufriendo un incremento al alza desde 2003 a expensas del crecimiento de la población extranjera. En este momento, pues, el CSSR de Burriana atiende más solicitudes de IVEs de mujeres extranjeras que de españolas.

#### NACIONALIDAD DE LAS MUJERES

Del conjunto de mujeres que solicitaron una IVE en el periodo 2002-2005, un 52,5% son españolas, mientras que el 47,5% del total son extranjeras (gráfico 2).

Dentro del grupo de extranjeras, el subgrupo mayoritario es de nacionalidad rumana, que junto con algunas mujeres de nacionalidad búlgara, rusa o eslovaca, constituyen el 72,9% del total de mujeres extranjeras. Son mujeres que poseen una información muy sesgada sobre los métodos anticonceptivos, a los que consideran perjudiciales para la salud o inaccesibles por su alto coste (por ejemplo el DIU).

El resto de subgrupos son minoritarios:

- Lationamericanas 9,6%, conocen los métodos anticonceptivos y muchas ya "planifican" o "han planificado" con algún método.

- Magrebies 9,0%, son muy contrarias al aborto y se trata de casos en los que se ha producido

un fallo de método o se encuentran en condiciones socio-económicas muy precarias y con varios hijos.

- Subsaharianas 6,2%, se trata de un grupo dedicado a la prostitución y de muy difícil captación. Acuden con nombre falso y sin ninguna documentación. No suelen volver al centro.

#### EDAD DE LAS USUARIAS

El 56,1% de las mujeres españolas que solicitaron IVE son menores de 25 años, de las cuales el 25,5% tienen edades comprendidas entre los 14 y los 19 años (adolescencia). El 39,5% de las mujeres extranjeras tampoco llegan a los 25 años. Por tanto, la media de edad de las usuarias españolas que tramitan la interrupción del embarazo es sensiblemente menor que la de las usuarias extranjeras. Un dato relevante es que del total de 373 mujeres objeto de este estudio, 23 son menores de edad en el momento de solicitar la interrupción del embarazo, y representan al 6,2% del total. Estas mujeres prácticamente debutan en la sexualidad con un aborto. Pese a que el grupo no es muy numeroso, para el CSSR es especialmente significativo, puesto que no se enfrenta ni supera igual un aborto una chica de 14 o 15 años que una de 20 o 22 años. La implicación de la familia en la tramitación, la ocultación del hecho (llegándose a descubrir algunos casos en el 2º trimestre del embarazo), la "culpabilidad", el miedo, la angustia, etc. se viven de manera muy diferente en las adolescentes.

#### EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

El 88,8% las mujeres españolas que interrumpen el embarazo inician las relaciones sexuales antes de los 19 años y un 45,4% antes de los 17 años.

El 60,4% de las mujeres extranjeras inician sus relaciones sexuales antes de los 19 años. El 36,2% lo hacen entre los 19 y los 25 años (tres veces más que el número de mujeres españolas que inician sus relaciones sexuales a la misma edad -10,2%-). Podemos concluir que las mujeres extranjeras inician las relaciones sexuales a una edad más tardía que las mujeres españolas.

#### ESTADO CIVIL DE LAS USUARIAS

Destaca que el 39,2% de las mujeres españolas que solicitan IVE cohabitan con su pareja (las casadas y las que conviven), independientemente del estado civil. Y que el 60,8% (las separadas y las solteras) no mantiene una relación de cohabitación, lo que podría ser un factor importante a la hora de tomar la decisión de interrumpir el embarazo. Sobre todo si lo comparamos con el grupo de mujeres extranjeras entre las que hay un 76,9% de mujeres que sí mantienen una relación de cohabitación, estén casadas o no. Posiblemente los factores que intervienen en la toma de decisión de la IVE en las mujeres extranjeras sean diferentes a los de las mujeres españolas: problemas socio-económicos y de carácter legal (sin papeles), consi-

derar al aborto como un método anticonceptivo socio-culturalmente aceptado, etc.

#### TIEMPO DE PERMANENCIA EN ESPAÑA (gráfico 3)

El 71,8% de las mujeres extranjeras que solicitaron una IVE en el CSSR de Burriana no llevaban ni dos años en España. Y de estas, un 49,2% no llega ni a un año, la mayoría en situación de ilegalidad, sin trabajo o con trabajos precarios. Captar a este grupo de población es difícil pero los esfuerzos tendrán que dirigirse en ese sentido si queremos que disminuya la incidencia de las IVEs entre la población extranjera. Potenciar la colaboración de asociaciones de inmigrantes, Servicios Sociales y Centros de Atención Primaria con el CSSR sería una de las medidas más eficaces, con el fin de proporcionar información al máximo de población extranjera, así como editar folletos explicativos sobre anticoncepción en los distintos idiomas de los grupos mayoritarios (rumano, árabe, inglés...)

#### NÚMERO DE IVES ANTERIORES

Mayoritariamente, las mujeres españolas no han tenido un aborto con anterioridad, un 77,6%. Se trataría de un dato esperanzador en cuanto a la eficacia de la información que se transmite a las mujeres de la zona de influencia desde diferentes instituciones. No obstante, el 22,4% ya ha tenido algún aborto previo y algunas de ellas eran usuarias del CSSR. Esto

debe ser motivo de reflexión para conocer los factores determinantes en este caso.

En la población extranjera, el 47,5% no ha tenido ninguna IVE anterior a la que en ese momento tramita. Y un 52,5% ya ha tenido alguna IVE, sobre todo en su país de origen. El aborto provocado es bastante más habitual entre las extranjeras (población de los países del este) pese a tener una pareja estable e iniciar las relaciones sexuales más tarde que las españolas. Es cuanto menos llamativo el dato según el cual un 11,8% de las mujeres inmigrantes ha interrumpido entre 3 y 10 embarazos.

#### NÚMERO DE HIJOS

El 49% de las mujeres españolas que tramitan una IVE en el CSSR de Burriana no tienen ningún hijo, por lo que su deseo de interrumpir el embarazo podría explicarse por una alta precariedad laboral (como queda reflejado más abajo), su juventud y por la ausencia de una pareja estable. Entre las mujeres inmigrantes el 30,5% no tiene hijos, y el 35,6% sólo tiene uno. A las causas anteriores podría añadirse una situación irregular en nuestro país como motivos principales para interrumpir su embarazo.

#### ESTUDIOS DE LAS USUARIAS

Un 73% de las usuarias españolas tienen tan solo estudios primarios, por un 40% de las mujeres extranjeras.

De entre las mujeres extranjeras, hay que destacar que el grupo

de las que no tienen ningún estudio (12,8%) corresponde en su totalidad a mujeres magrebies y nigerianas; el resto (población del este) tienen estudios secundarios y universitarios (46,4%) pero, al carecer de recursos económicos, acuden al Centro para solicitar la IVE.

#### OCUPACIÓN LABORAL DE LAS USUARIAS

Destaca la poca cualificación de la ocupación laboral de las mujeres españolas, en parte por su juventud (el 14,8% son estudiantes, de bachillerato o universitarias) y sólo el 1,5% de las mujeres tiene un trabajo cualificado. La baja remuneración de los trabajos poco cualificados puede ser un factor decisivo para que las mujeres soliciten la IVE en el CSSR en lugar de hacerlo en una clínica privada, donde deberían costearse íntegramente la intervención.

Del grupo de mujeres extranjeras destacaríamos que el 46,9% desempeña un trabajo no cualificado, y el 6,2% se dedica a la prostitución. Si comparamos las ocupaciones de las españolas y las extranjeras observamos que hay una mayor tasa de paro entre las inmigrantes y que también hay menos estudiantes entre ellas (vienen a España a trabajar y no a estudiar)

#### MÉTODO ANTICONCEPTIVO USADO HABITUALMENTE

En las gráficas que siguen a continuación destaca que el “método” que utilizan ambos grupos de mujeres mayoritariamente

es el “coito interrumpido” (CI) y es también el que más ha “fallado”. Un 42,3% de las mujeres españolas y un 55,9% de las mujeres extranjeras usaban este “método” de manera habitual. Un objetivo que deberíamos plantearnos es el de reducir el uso de la “marcha atrás”, y que las mujeres lo sustituyeran por otro método de mayor fiabilidad.

El preservativo era el método habitual del 36,2 % de las mujeres españolas y del 13% de las mujeres extranjeras que solicitaron la IVE. Pero hay que destacar el mal uso que se hace de dicho método al no utilizarlo en todas las relaciones sexuales, no utilizarlo desde el primer momento en que se inicia la relación sexual y no comprobar si ha habido o no rotura del preservativo. Todos ellos como factores que podrían explicar el alto índice de fallos de este método según los datos recogidos en esta investigación. (gráfico 4, 5)

Las mujeres que utilizaban como método habitual la píldora (AO) y se quedaron embarazadas decidiendo interrumpir el embarazo, un 11,7% y un 9,6% de mujeres españolas y extranjeras respectivamente, se encontraban descansando del método (por su cuenta), o la habían dejado. Sí podemos hablar de fallo real de método anticonceptivo respecto del DIU, puesto que en algún caso, hubo que retirarlo una vez producido el embarazo o constaba en el historial clínico su colocación aunque no lo llevaba puesto, es decir, lo había expulsado sin ser consciente de ello.

Hay que destacar el porcentaje de las que no han utilizado ningún método anticonceptivo, ni tan siquiera la “marcha atrás”, un 6,6% de mujeres españolas y un 15,3% de mujeres extranjeras, porcentaje que se explicaría por el consumo de alcohol y otras sustancias o por la idea irracional de estas mujeres “a mí no me pasará”.

#### TIEMPO DE GESTACIÓN

La mayoría de las mujeres que solicitan una IVE lo hacen estando embarazadas del primer trimestre, aunque el porcentaje de mujeres extranjeras que deciden interrumpir su embarazo en el segundo trimestre es ligeramente superior al de las españolas: un 11,3% de extranjeras frente a un 5,6% de españolas. El costo físico, emocional y económico de todos los abortos aumenta con la duración del embarazo. Los riesgos del aborto en el 2º trimestre son 3 o 4 veces mayores que en el 1er. trimestre

#### DERIVACIÓN PARA LA IVE

Sólo el 20,4% de las mujeres españolas eligieron una clínica privada por un 14,7% de las mujeres extranjeras, clínicas en las que la mujer debe costearse el importe total de la intervención pero la tramitación de la IVE es bastante más rápida que si se opta por una clínica pública.

#### MÉTODO INSTAURADO TRAS LA IVE

Después de la IVE, las mujeres españolas que acudieron a la cita post-IVE decidieron utilizar la pí-

dora (AO) en un 45,8% de los casos, seguido del DIU (en un 17,5%), del anillo vaginal (un 10,8% de las mujeres) y el preservativo (UN 9,2%). Las mujeres extranjeras decidieron utilizar en un 42,4% de casos la píldora (AO), seguido del DIU en un 32,3%.

#### CONCLUSIONES

1ª) El número de solicitud de IVEs es elevado en la zona de actuación del CSSR de Burriana, sobre todo teniendo en cuenta que se tramita (de media) una IVE cada 4,5 días y que, por otro lado, existen medidas eficaces que pueden prevenir el embarazo no deseado.

2ª) El número de IVEs tramitadas en el CSSR de Burriana a mujeres españolas en el periodo de este estudio ha experimentado una tendencia a la baja (de 65 en 2002 a 40 en 2005), al contrario de lo que ha ocurrido con el conjunto de tramitaciones de mujeres extranjeras (de 45 en 2002 a 52 en 2005).

3ª) En líneas generales, podríamos decir que existen 2 perfiles-tipo diferentes de mujeres que solicitan una IVE en el CSSR de Burriana.

La mujer española que interrumpe el embarazo en nuestra zona de actuación se caracteriza fundamentalmente por ser joven (el 25,5% son adolescentes), que ha iniciado las relaciones sexuales antes de los 19 años (el 88,8% de ellas), que tiene una relación de pareja de menos de 2 años y que no convive con su pareja en la actualidad.

Asimismo, hay un alto (y preocupante) porcentaje de mujeres españolas que ya eran usuarias del CSSR de Burriana y, por tanto, podemos suponer que disponían de suficiente información sobre el Servicio y los métodos anticonceptivos. Lo que nos induce a concluir que las estrategias de actuación basadas en la difusión de la información referente al CSSR se muestran insuficientes. Paralelamente, hemos observado desde el CSSR que ha crecido la desconfianza hacia determinados métodos anticonceptivos (hormonales, DIU) entre las propias usuarias, llegando a reaparecer los “mitos” que entorno a esos métodos existían en la sociedad hace 15 años. La falta de información clara y asequible contribuye a este fenómeno.

Las Mujeres extranjeras proceden fundamentalmente de países del este (Rumanía) en los que no se considera el aborto un método extremo para evitar un embarazo no deseado, por lo que se practica de un modo habitual. Las mujeres extranjeras poseen poca información y un concepto muy negativo – y equivocado – de los métodos anticonceptivos hormonales por el temor a sus posibles efectos secundarios. Además, determinados métodos anticonceptivos, como el DIU, en sus países de origen, son inaccesibles para la población en general por su alto coste.

Las circunstancias culturales, económicas, sociales, éticas y religiosas de las mujeres extranjeras plantean al CSSR y a las insti-

tuciones sanitarias la necesidad de diseñar medidas de actuación precisas y específicas que permitan el acceso de este grupo de población a los CSSR desde su llegada a nuestro país con miras a prevenir los embarazos no deseados. La tramitación y práctica quirúrgica de un aborto no previene de un próximo embarazo no deseado. La prevención con métodos anticonceptivos eficaces sí lo hace.

La mayoría de la mujeres extranjeras adoptan métodos anticonceptivos cuando están suficientemente informadas y el método es o bien gratuito o bien de bajo coste. Las estrategias de prevención deberían tener en cuenta las dificultades económicas que presentan estos grupos de población.

4) El método que más utilizan las parejas que solicitan una IVE es el coito interrumpido o marcha atrás; método sobre el que recae el mayor número de fallos. El personal sanitario debe volcar su esfuerzo en tareas educativas (charlas, talleres de sexualidad, etc.) en demostrar la ineficacia de este método con el fin de que deje de utilizarse como método de prevención de un embarazo no deseado y se adopten otros de demostrada eficacia.

#### PROPUESTAS (MEDIDAS) DE ACTUACIÓN PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE LA IVE

El CSSR de Burriana considera que para abordar el problema del aumento de la demanda de IVEs, se precisan actuaciones y

medios por parte de la Conselleria de Sanidad ya que la actuación en solitario del CSSR es insuficiente. Además, como ha quedado demostrado en este estudio, existe una situación diferenciada debida al fenómeno de la inmigración que requeriría una intervención especial.

En este sentido, la Administración Sanitaria debería adoptar las siguientes medidas:

1) Facilitar el acceso al CSSR de forma inmediata a toda mujer extranjera en edad fértil que no desea un embarazo. Pensamos que una Tarjeta Sanitaria inmediata y específica para la Salud Sexual y Reproductiva (similar a la que se facilita a las embarazadas o a los niños) sería una buena solución porque también les daría derecho a las prescripciones farmacéuticas, pruebas complementarias, etc. que se derivaran de la atención en el Centro.

2) Aportar los medios necesarios para disminuir la larga lista de espera que hay en los CSSR. Resulta paradójico que si la mujer solicita una IVE se le atiende en un breve plazo de tiempo (incluso en el día) mientras que si quiere información y prescripción de métodos anticonceptivos deberá esperar varios meses hasta que le llegue su turno.

3) Elaborar un folleto informativo sobre métodos anticonceptivos en varios idiomas, proporcionando información clara y sencilla sobre el derecho que tienen las mujeres y los hombres a la salud sexual y reproductiva, y todas las implicaciones que ello conlleva.

4) Incrementar el número de profesionales que colaboren con el Equipo del CSSR en el trabajo comunitario: charlas a profesionales sanitarios, a asociaciones de inmigrantes, a grupos de padres, etc.

5) Divulgar a través de los medios de comunicación los temas relacionados con la sexualidad, los métodos anticonceptivos, ITS y la igualdad entre sexos: revalorización de los métodos anticonceptivos y explicación de la ineficacia de la “marcha atrás”; potenciación del preservativo como método de prevención de embarazos no deseados y de ITS; campañas de concienciación de la igualdad entre hombre y mujer también en la sexualidad y en el control de la reproducción (responsabilidad compartida); importancia de la educación sexual impartida dentro de la familia basada en los valores de la responsabilidad, el respeto al otro, la autoestima, el valor del propio cuerpo, la comunicación, etc;

6) Financiar los métodos anticonceptivos. Actualmente la Conselleria de Sanidad y Consumo subvenciona totalmente el Dispositivo Intra-uterino o DIU, cuyo coste –si atendemos a la relación precio-vida útil del método (5 años) – es muy reducido. Debería extenderse la subvención o financiación a los métodos más usados: la anticoncepción oral (pastilla, incluida la de baja dosis) y el preservativo. La política actual de prevención de la Conselleria de Sanidad incurre en una contradicción cuando no sub-

■ Investigación & Cuidados

venciona algunos de los métodos anticonceptivos más extendidos entre la población pero sí subvenciona totalmente la IVE (inclusive del 2º trimestre), si está dentro de los supuestos legales.

7) Disminuir la lista de espera de las vasectomías (actualmente entre 6 y 12 meses). Se trata de uno de los dos únicos métodos que puede utilizar el varón. Apoyar este método cuando se demanda supone fomentar la igualdad ante la responsabilidad del control de la reproducción entre hombre y mujer.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Boletín Médico de IPPF. Declaración sobre el aborto con riesgo y la salud reproductiva. Volumen 26, número 1. Febrero 1992.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad Valenciana. 2004. Dirección General de Salud Pública. 2005. Informes de Salud Núm. 86.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. Manual de Procedimiento para la prestación de IVE en el S.V.S. Servei Valencià de Salut. 1993.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum. Encuesta sobre sexualidad en jóvenes de la Comunidad Valenciana. 2000. Dirección General para la Salud Pública. 2002.
- Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio de Reforma del artículo 417 bis del Código Penal (BOE de 2 de agosto de 1985).
- López Sánchez, F. La educación sexual de los hijos. Pirámide. 2005.
- Sociedad Española de Contracepción y Federación de Planificación Familiar de España. Libro Blanco de la anticoncepción en España. Aula Médica 2005.
- Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de la Conselleria de Sanitat i Consum. Mujer, Cultura y Salud: convivencia sexual y reproductiva. Reunions científiques. Serie R nº 26. 2002.
- Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de la Conselleria de Sanitat i Consum. Protocolos de actuación en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva. 2004.

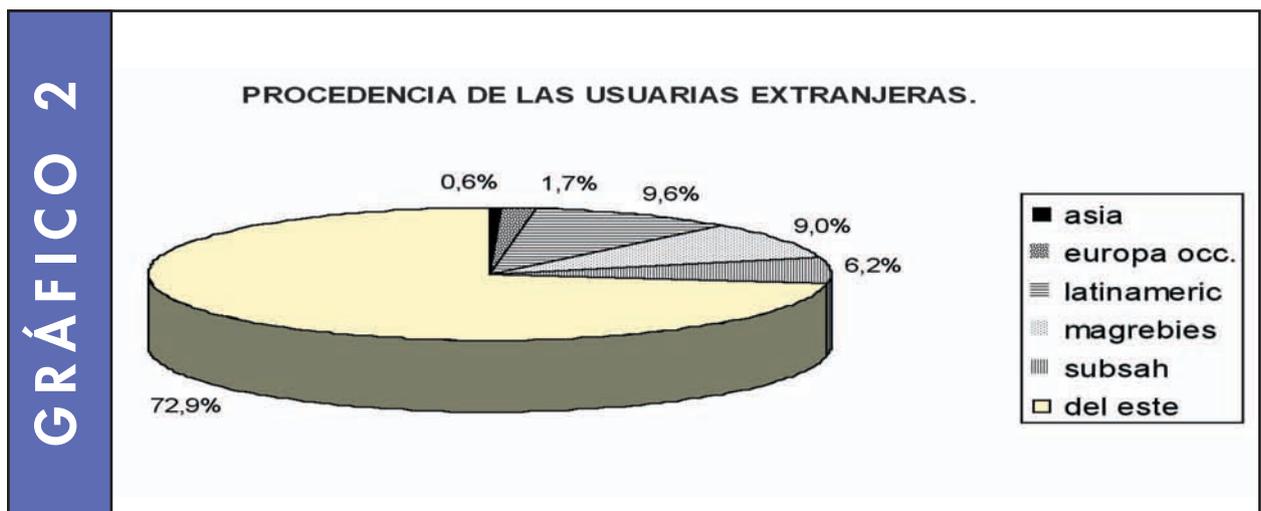
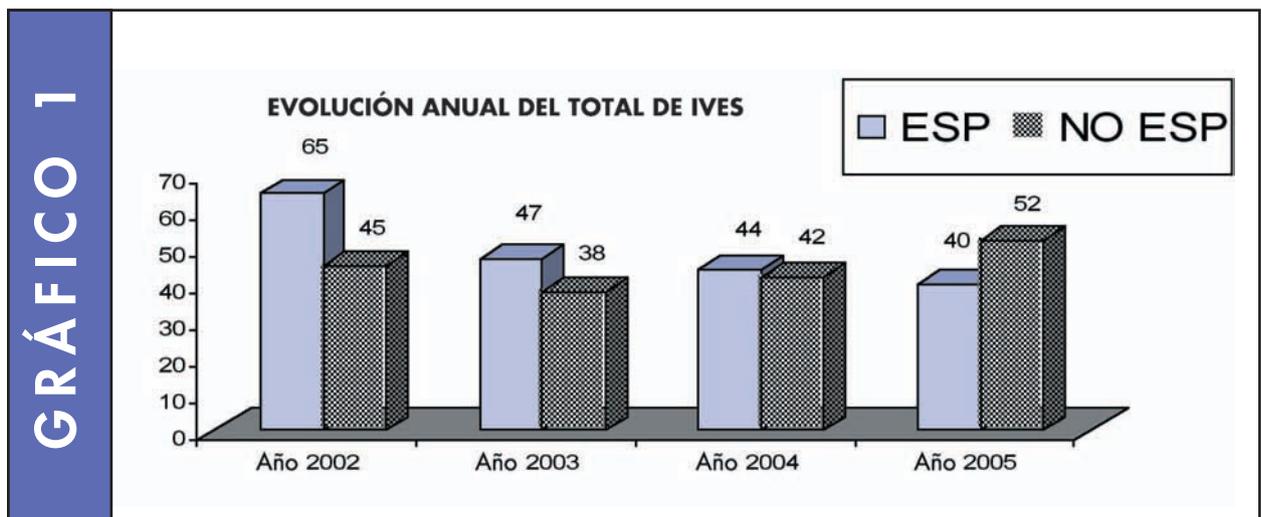


GRÁFICO 3

TIEMPO DE PERMANENCIA EN ESPAÑA DE LAS USUARIAS EXTRANJERAS.

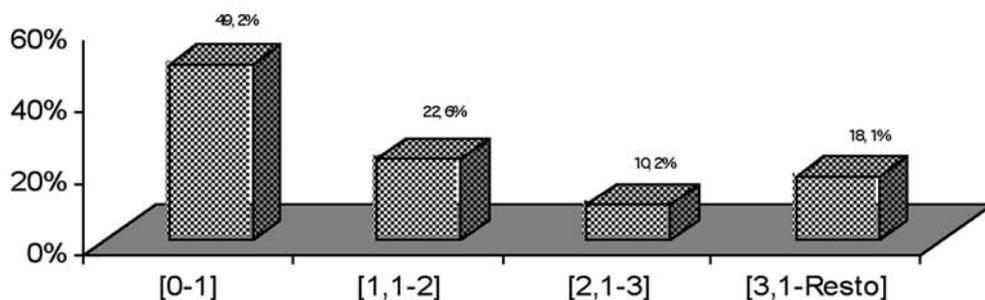


GRÁFICO 4

MÉTODO ANTICONCEPTIVO HABITUAL DE LAS USUARIAS ESPAÑOLAS.

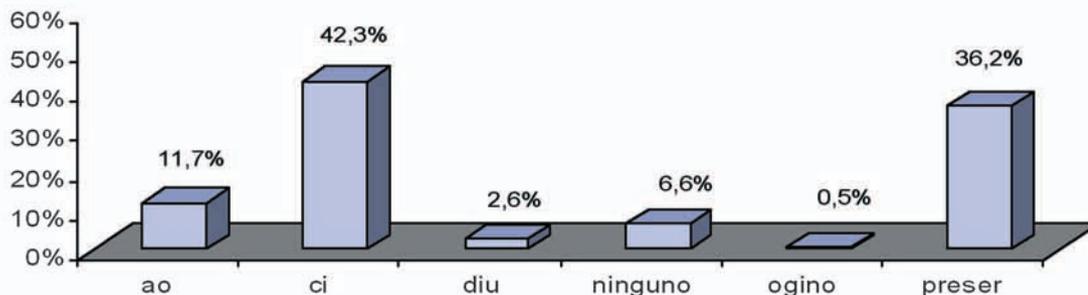
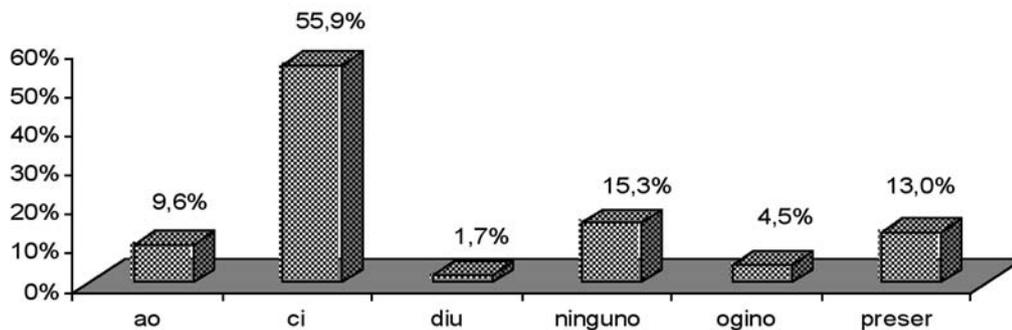


GRÁFICO 5

MÉTODO ANTICONCEPTIVO HABITUAL DE LAS USUARIAS EXTRANJERAS.



# Ética y gestión de cuidados

**Autores:** Jesús Sanz Villorejo – *Presidente de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería  
Director del Área de Fisioterapia y Podología de la Universidad  
Europea de Madrid*

## Ethics and care management

### ABSTRAC

*We are witnessing a fast progression of a tendency that considers good managerial practice as good social practice.*

*At the same time, a culture of high demand on managers has caught on, in the sense that every managerial strategy should have ETHICS as a reference. A lot is being nowadays said on the ethics of*

*organisations, or the companies' social responsibility. It is not about transferring responsibility from individuals to organisations. It is about stating that something like an "ethic atmosphere" must be present for ethic attitudes to consolidate and solidify. This climate is created by people but must also be encouraged by organisations. This is, according to Victoria Camps, the bridge that*

*ought to exist between services and management.*

*From this perspective, nursing managers should focus on reinforcing the value of care as a social value, betting on organisational models, care space and professional attitudes that truly promote a service model oriented to client.*

**Key words:** *Management, care, ethics, leadership, nursing, dialog.*

### RESUMEN

*Estamos siendo testigos, del rápido avance de la tendencia que considera las buenas prácticas directivas como buenas prácticas sociales.*

*Al mismo tiempo, es evidente, que poco a poco, va calando una cultura de exigencia con los directivos, mediante la cual, cualquier estrategia directiva debe tener a la ÉTICA como referente. Hoy se habla mucho de la ética de las organiza-*

*ciones, o de la responsabilidad social de la empresa. No se trata de eximir de responsabilidades al individuo para trasladárselas a la organización. Se trata de poner de manifiesto que debe darse algo así como un "clima ético" para que las actitudes éticas se solidifiquen y se consoliden. Ese clima lo crean las personas, pero debe propiciarlo asimismo la organización. Ése es, a juicio de Victoria Camps, el puente que debe*

*existir entre la asistencia y la gestión.*

*Desde esta perspectiva, las enfermeras gestoras deberemos centrarnos en afianzar el valor de los cuidados como valor social, apostando por modelos organizativos, espacios de cuidados y actitudes profesionales, que faciliten de verdad un modelo asistencial orientado al cliente.*

**Palabras clave:** *Gestión, cuidados, ética, liderazgo, enfermería, dialogo.*

Al hablar de la Ética y la Gestión de los Cuidados combinamos dos temas de vital importancia, esenciales diría yo, en la actividad asistencial de las enfermeras: la gestión del cuidado y su importancia ética. Para hablar de ello, es imprescindible partir de la aportación específica y concreta

que las enfermeras realizamos al sistema sanitario. En este sentido, se acepta de manera general que el centro del interés de la profesión enfermera es el cuidado de la persona, familia o comunidad que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud. Experiencias que de mane-

ra ordinaria se producen a lo largo de toda la vida y que se vuelven extraordinarias en determinados momentos como el nacimiento, el enfermar o el morir [1].

Por otro lado, debemos admitir que en las últimas décadas, las enfermeras hemos realizado importantes avances en la com-

preensión del significado y alcance ético del cuidado.

Sobre la relación entre ética y enfermería, afirman las profesoras Antón y Busquets que *“la ética no es algo que se añade al desarrollo profesional, sino que lo fundamenta y da sentido. No es posible hablar de ética y de enfermería como conceptos aislados que se superponen”* [2].

Cuando nos referimos a la ética aplicada a las ciencias de la salud estamos hablando de la bioética [3]. Los principios que la constituyen (No-maleficencia, Beneficencia, Autonomía o respeto por las personas y Justicia o Equidad) no siempre tienen la misma consideración en la atención sanitaria, pues aunque los cuatro principios obligan de modo absoluto, en caso de conflicto será la evaluación concreta de la situación (circunstancias y consecuencias) la que establezca cual de ellos prevalece, en definitiva la evaluación de la realidad concreta. Adaptando el lenguaje médico que emplea el profesor Diego Gracia [4] a la profesión enfermera, podemos decir que un acto de cuidado no se justifica moralmente sólo por la indicación enfermera (principios de no-maleficencia y beneficencia) sino también por las opciones de la persona a quien se atiende (principio de autonomía) y por las consideraciones socioeconómicas (principio de justicia).

La ética del cuidar plantea que hay una dimensión ética intrínseca en los actos de cuidar que enriquece el discurso ético sanitario y ayuda a situarlo desde la perspec-

tiva del usuario, paciente y familia que reciben la atención. *“Cómo cuidan las enfermeras plantea una noción acerca de lo que debe hacerse y cómo llevarlo a cabo y adquiere una relevancia importante si de verdad se quiere dirigir el modelo asistencial hacia el cliente, paciente o usuario. En la organización de un servicio sanitario hay que considerar los principios básicos del cuidado profesional como mínimo con la misma importancia que los principios básicos del tratamiento de las enfermedades”* [5].

Si analizamos la realidad de nuestra actividad asistencial, de las instituciones en las que trabajamos y del sistema sanitario, podemos coincidir en que vivimos un momento de cambio que nos lleva de la ética de la beneficencia a la ética de la justicia, pasando por la ética de la autonomía, esta profunda modificación de la cultura sanitaria requiere la implicación de todos los profesionales, pero también requiere de cambios en la organización y en la gestión de los servicios. No será suficiente con que existan normativas, se deben afrontar cambios y aportaciones que delimiten la actividad y la responsabilidad de cada grupo profesional; por ejemplo en la información veraz, en la ayuda a la comprensión de los problemas de salud y las posibles alternativas, en el mantenimiento y fomento del respeto y de la dignidad, en la inclusión de las familias en el proceso asistencial, en la garantía de la confidencialidad de los datos, en el respeto de la intimidad y del

espacio personal. Es evidente que las enfermeras estamos tan comprometidas como el resto de profesionales. En este proceso en el que los principios de autonomía y justicia deben convertirse en actuaciones y modos concretos frente a los pacientes, clientes, las enfermeras podemos participar desde una doble vertiente; desde la propia disciplina, organizando y atendiendo las necesidades de cuidados, y aportando al equipo multidisciplinar nuestra experiencia y conocimientos.

Desde esta perspectiva, se presenta como necesario replantear los supuestos que orientan la gestión de los servicios sanitarios y por lo tanto la gestión de los cuidados. Es fácil comprender que la sensibilidad y razonamiento ético que permiten a las enfermeras abordar los problemas éticos en la clínica requieren tanto de una formación específica en ética como una organización que los facilite y potencie.

Afortunadamente, hemos llegado al punto, en el que los valores, la bioética y el liderazgo son las piedras angulares sobre las que se debe construir cualquier proyecto de Gestión.

Hoy día, estamos siendo testigos, del rápido avance de la tendencia que considera las buenas prácticas directivas como buenas prácticas sociales. Desde este enfoque, precisaremos directivos que sean líderes sociales, expertos en gestionar organizaciones, que tengan visión anticipatoria, que busquen la eficiencia, garantizando el control y la evaluación de los procedimientos.

Parece evidente, que poco a poco, va calando una cultura de exigencia con los directivos, mediante la cual, cualquier estrategia directiva debe tener a la ÉTICA como referente.

Al mismo tiempo, no debemos olvidar que uno de los aspectos fundamentales de la Función Directiva es la toma de decisiones que afectan a otras personas, y que cualquier decisión se adopta siempre partiendo de unos valores determinados. *“En toda decisión, incluso en la más sencilla, se incluyen los valores. Y son esos valores los que delimitan el escenario de actuación de las personas”* [6].

Si debemos dirigir por valores, las enfermeras gestoras deberemos centrarnos en afianzar el valor de los cuidados como valor social, apostando por modelos organizativos, espacios de cuidados y actitudes profesionales, que faciliten de verdad un modelo asistencial orientado al cliente.

Para poder alcanzar este objetivo, considero trascendente señalar que la enfermera debe participar activamente en la planificación, gestión y ejecución de todas aquellas actividades, que de acuerdo con la política SALUD 21 para la Región Europea de la OMS, permitan avanzar en la consecución del principal objetivo permanente, que no es otro que *“el de conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud”* [7].

Así mismo, es obligado mencionar el Objetivo decimosexto, de los 21 establecidos por la Oficina Regional Europea de la

OMS, que habla de *“Gestionar para una atención sanitaria de calidad”* [8].

Partiendo de estas dos premisas, debemos preguntarnos sobre el papel que desempeñamos las enfermeras gestoras centrándonos no tanto en el ámbito específico en el que se desarrolle nuestra actividad profesional, como en la capacidad de liderar un grupo de personas y unos proyectos determinados.

Por lo tanto considero que es necesario hablar de una transición en el estilo de dirigir utilizando el liderazgo como referente, y al mismo tiempo preguntarnos si es necesario un cambio en las formas de pensamiento de los directivos de enfermería, deseo matizar que cuando me refiero a directivos enfermeros estoy incluyendo a todas los profesionales que de una u otra manera asumen en su trabajo diario el papel de enfermeras gestoras. Desde mi punto de vista no es necesario un cambio en las formas de pensamiento de los directivos de enfermería, estoy convencido de que a nivel conceptual, la inmensa mayoría coincidiríamos en que los cuidados siguen siendo la razón de ser de la profesión, y que por lo tanto estaríamos de acuerdo con Meleis y Jennings (1989) cuando *“sostienen que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente en función de teorías administrativas o prestadas de otras disciplinas, sino igualmente con relación a concepciones propias de la disciplina enfermera”* [9]. Sin embargo la realidad cotidiana, nos sitúa ante

el viejo refrán que dice: *“Una cosa es predicar y otra trigo dar”*. Con esta expresión no pretendo ser irreverente o irrespetuoso con el duro y esforzado trabajo al que nos enfrentamos día a día, pero es lícito reconocer que esta manera de pensar, que este pensamiento compartido al que hacíamos referencia, tiene una escasa incidencia en la cultura profesional y apenas ninguna en la cultura social.

Ante este hecho se abren paso varias preguntas: ¿qué sucede en nuestras organizaciones?, ¿qué ocurre con nuestro estilo directivo a la hora de gestionar los cuidados?, ¿cuál es la implicación de los profesionales con las distintas alternativas que se presentan?, a estas podríamos añadir un largo etcétera de cuestiones que sin duda están en la mente de todos.

Buscando respuestas, podemos encontrarnos con que tal vez suceda que el pensamiento al que antes hacíamos referencia no traspase la barrera de la acción, y que por lo tanto no alcance a todo el proceso de toma de decisiones. Al mismo tiempo, debemos preguntarnos sobre cuales son los valores que orientan nuestra función gestora. No debemos olvidar, como decíamos antes, que en toda decisión, incluso en la más sencilla, se incluyen los valores.

Son muchos los autores que nos aportan pistas para guiar nuestros pasos hacia las cuestiones planteadas. La profesora Caterina Lloret, hablando de la gestión para la complejidad en enfermería, se pregunta: *“¿cómo evitar el reduccionismo de la*

*complejidad vivida en los procesos institucionales a una gestión que sólo tenga en cuenta determinado tipo de objetivos, valores, relaciones, intervenciones y controles? o, entrando en camisas de once varas ¿hasta qué punto determinados referentes empresariales junto a determinados ajustes económicos (distribuidos según determinados intereses) y a unas políticas que prometen más de lo que dan, producen un doble discurso institucional cuyas contradicciones van a parar directamente sobre las espaldas y responsabilidades de los profesionales que atienden directamente los servicios?” [10].*

Por su parte el profesor Diego Gracia, hablando de ética y gestión sanitaria afirma: *“Lo correcto no es buscar la eficiencia máxima posible, aquella que ahorre más gasto en términos absolutos, sino buscar el máximo ahorro una vez establecidos con claridad los valores y los bienes que se consideren importantes. En conclusión, pues, cabe decir que la eficiencia económica ha de estar al servicio de los valores y de los bienes y no al revés” [11].*

Estas reflexiones me sugieren una pregunta: ¿Estamos ejerciendo adecuadamente nuestro papel directivo, liderando el proceso de cuidar, dirigiendo por valores? El liderazgo de enfermería en la asistencia sanitaria lleva consigo responsabilidades para dar cuidados efectivos, dignos y oportunos a los pacientes, a sus familiares y cuidadores. A menos que el liderazgo en la asistencia sanitaria se

centre en este objetivo final, de mejorar la atención al paciente y de ayudar a todos aquellos dentro de la organización a hacer los objetivos realidad, tendremos que cuestionar su valor.

Abundando en esta idea, podemos leer en el libro *“El pensamiento enfermero”* que: *“Es deseable que haya coherencia entre los valores, la filosofía y la visión de los gestores y de las personas cuidadoras. Las enfermeras asistenciales y las gestoras están llamadas a compartir un lenguaje, unos símbolos y unos conceptos comunes” [12].*

Desde esta perspectiva las enfermeras gestoras deben plantear propuestas y alternativas de gestión basadas en una perspectiva enfermera, que se centren *“en el crecimiento de la persona y la mejora de los ámbitos de cuidados” [13].* Buscando: *“la interacción entre la persona y el entorno”* y *“dirigida a mantener y a promover los contextos favorables para el cuidado de la persona” [14].*

Al mismo tiempo y de acuerdo con la ya citada profesora Caterina Lloret debemos generar: *“Propuestas para una gestión comprensiva y flexible que posibilite responsabilidades compartidas en equipos donde la articulación relacional permita una auténtica cooperación e intercambio. Propuestas encaminadas a superar el reduccionismo y la jerarquización de los objetivos y prácticas gerenciales y a transformar, en lo posible, una evaluación controladora en una evaluación formativa, permanente y*

*compartida de los procesos institucionales” [15].*

Por otra parte, no puedo renunciar a comentar que la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, en el documento *“Gestión Clínica de los Cuidados de Enfermería” [16]* publicado en el año 2000, hablando de la modificación en los roles directivos, apostaba por gestores *“facilitadores”* con capacidad para ejercer el liderazgo en los cuidados.

Pero este es un camino de largo recorrido que requiere habilidades y destrezas, actitudes y aptitudes, que requiere innovación y creatividad, cercanía y sobre todo *“diálogo como constructor del consenso, lo que supone un esfuerzo por alcanzar un acuerdo con los demás, por construir una voluntad común sobre la forma de satisfacer determinados intereses en juego” [17].*

Tampoco podemos olvidar, que cada vez se enfatiza más en el papel directivo de todo el personal asistencial, así como en la necesidad de que los directivos entendamos todos los aspectos de la asistencia sanitaria.

De todo lo dicho se puede concluir, que si somos capaces de avanzar en este nuevo hacer, podremos llegar a una gestión reconocida por los profesionales, frente a los modelos tradicionales que nos sitúan en una gestión impuesta a los mismos.

Deseo finalizar con unas palabras de Victoria Camps, quien hablando de ética y gestión de enfermería manifestaba lo siguiente: *“Estoy de acuerdo en que la*

*ética es, a fin de cuentas, una cuestión de actitudes, de deberes interiorizados y asumidos por la persona, de responsabilidad profesional. Ahora bien, del mismo modo que hay que decir que la ética no puede reducirse al derecho, que si no existe una aceptación y un compromiso individual, las reglas o las normas son inútiles, también creo que es difícil que el proyecto ético personal y profesional prospere si no va acompañado al mismo tiempo de un proyecto organizacional. Hoy se habla mucho de la ética de las organizaciones, o de la responsabilidad social de la empresa. No se trata de eximir de responsabilidades al individuo para trasladárselas a la organización. Se trata de poner de manifiesto que debe darse algo así como un “clima ético” para que las actitudes éticas se solidifiquen y se consoliden. Ese clima lo crean las personas, pero debe propiciarlo asimismo la organización. Ése es, a mi juicio, el puente que debe existir entre la asistencia y la gestión” [18].*

## BIBLIOGRAFÍA

1. FERRO MONTIU, MERCEDES. “La gestión del cuidado en enfermería”. “La gestión del cuidado en enfermería”, N.º 12. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Barcelona. 2005. p. 17.
2. CASADO, M. “Materiales de Bioética y Derecho”. Cedecs. Barcelona. 1996.
3. Diccionario Escolar de la Real Academia Española. Espasa Calpe S.A. Madrid. 1966.
4. GRACIA, DIEGO. “Ética, salud y servicios sanitarios”. En García MM, editora. Ética y Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie monografías número 22. Granada. 1997.
5. BUSQUETS, MONTSERRAT. “La gestión del cuidado en enfermería”, N.º 12. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Barcelona. 2005. p. 9.
6. AMOR, JOSÉ RAMÓN. ET AL. “Ética y gestión sanitaria”. Serie V: Documentos de trabajo, 31. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. 2000. p. 15.
7. “SALUD21. Salud para todos en el siglo XXI”. 1999. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1999. p.6.
8. “SALUD21. Salud para todos en el siglo XXI”. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1999. p. 24.
9. KEROUAC, SUZANNE. PEPIN, JACINTHE. DUCHARME, FRANCINE. DUQUETTE, ANDRE. MAYOR, FRANCINE. “El pensamiento Enfermero”. MASSON, S.A. Barcelona. 1996. p. 121.
10. LLORET CATERINA. “Gestión para la complejidad en enfermería”. En el libro “La complejidad en enfermería. Profesión, gestión, formación”. Laertes S.A. de Ediciones. Barcelona. 2003. p.99.
11. GRACIA DIEGO. “Ética de la eficiencia”. En el libro “Ética y gestión sanitaria”. Serie V: Documentos de trabajo, 31. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. 2000. p. 54.
12. KEROUAC, SUZANNE. PEPIN, JACINTHE. DUCHARME, FRANCINE. DUQUETTE, ANDRE. MAYOR, FRANCINE. “El pensamiento Enfermero”. MASSON, S.A. Barcelona. 1996. p. 136.
13. KEROUAC, SUZANNE. PEPIN, JACINTHE. DUCHARME, FRANCINE. DUQUETTE, ANDRE. MAYOR, FRANCINE. “El pensamiento Enfermero”. MASSON, S.A. Barcelona. 1996. p. 136.
14. KEROUAC, SUZANNE. PEPIN, JACINTHE. DUCHARME, FRANCINE. DUQUETTE, ANDRE. MAYOR, FRANCINE. “El pensamiento Enfermero”. MASSON, S.A. Barcelona. 1996. p. 136.
15. LLORET CATERINA. “Gestión para la complejidad en enfermería”. En el libro “La complejidad en enfermería. Profesión, gestión, formación”. Laertes S.A. de Ediciones. Barcelona. 2003. p.101.
16. “Gestión clínica de los cuidados de enfermería”. Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. Federación Española de Gestión Sanitaria. Madrid. 1999. p. 10.
17. GARCÍA - MARZÁ DOMINGO. “Ética empresarial: Del diálogo a la confianza”. Editorial Trotta. Madrid. 2004. p. 140.
18. CAMPS, VICTORIA. “La gestión del cuidado en enfermería”, N.º 12. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Barcelona. 2005. p. 91.

## OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- COSTA, MIGUEL. LÓPEZ ERNESTO. “Los secretos de la Dirección, manual práctico para dirigir organizaciones y equipos”. PIRAMIDE. Madrid. 1996.
- CUXART AINAUD, NÚRIA. “La gestión del cuidado en enfermería”. “La gestión del cuidado en enfermería”, N.º 12. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Barcelona. 2005. p. 39-58.
- DURÁN ESCRIBANO, MARTA. MOMPART GARCÍA, MARIA PAZ. “Administración y Gestión”. “Enfermería S. 21”. Ediciones DAE. Madrid. 2001.
- MONRÁS VIÑAS, P. “Más allá del acto clínico. Rol y responsabilidades de las profesiones sanitarias en las organizaciones sanitarias modernas”. Rev. ROL. Enf. 2002; 25 (9).
- SANZ VILLOREJO, JESÚS. “¿Cuáles son los retos que nos planteamos ante las nuevas formas de gestión de los cuidados?”. Foro de gestión e innovación sanitaria, “Gestión de los cuidados”. Madrid. 16 de Enero de 2000.
- VACAS GUERRERO, MERCEDES. “Gestionar el proceso de cuidar; una propuesta para innovar la prestación de cuidados”. En “XXI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente”. AEED. Fundación MAPFRE Medicina. Madrid. 2000.
- “Introducción al taller de bioética”.2006. [www.faecap.com/Jornadas\\_Tecnicas\\_Faecap\\_19-20\\_5\\_06/Presentacion\\_del\\_taller\\_de\\_bioetica.doc](http://www.faecap.com/Jornadas_Tecnicas_Faecap_19-20_5_06/Presentacion_del_taller_de_bioetica.doc)

# Consentimiento informado y calidad asistencial en Enfermería

**Autores:** Matías Miguel Vidal, María Ángeles Riese Jordá  
Consortio Hospital General Universitario. VALENCIA

## Informed consent and nursing healthcare quality

### ABSTRAC

*The subject of informed consent and nursing healthcare quality were chosen convinced that our contribution may be helpful to improve not only this parameter, but also for changing, whenever possible, the relationship between patient and health staff. This, can not be replaced by a signed document which guarantees that the patient has completely understood all the information given. However, there is no*

*doubt that the informed consent is a good parameter of healthcare assistance, specially in nursing.*

*Informed consent may not become an instrument of professional protection against legal actions, and neither become a "frightened consent". Informed consent may be used to introduce a new concept of nurse-patient relationship from the patient admission until he is discharged Respecting at all times his personal autonomy whether he accepts or*

*refuses the medical or surgical treatment or any invasive diagnostic test.*

*Therefore and consequently, informed consent implies reestablishing the clinical management, the work organization and defining the direct and specific subjects responsible for care and to have the time and the place necessary for it.*

**Key words:** *autonomy, information, healthcare quality and humanization.*

### RESUMEN

*Se ha elegido el tema "consentimiento informado" y calidad asistencial en enfermería, convencidos de que nuestra contribución puede ayudar no solo a mejorar éste parámetro, sino también a cambiar en lo posible, la relación personal sanitario-paciente y que por otra parte no puede ser sustituido por un documento firmado que garantice que el paciente haya comprendido toda la información. Visto desde*

*otra perspectiva, el C.I. que duda cabe que es un buen parámetro de calidad asistencial sobre todo a nivel de enfermería.*

*Pero no debe ser el C.I. un instrumento de protección profesional para evitar demandas, ni convertirse en un "consentimiento asustado", sino más bien en introducir un concepto nuevo de relación entre enfermera y paciente desde su ingreso hasta el alta hospitalaria, siendo respetuosos desde luego con*

*su autonomía personal, tanto si asume ó rehusa el tratamiento médico, quirúrgico ó prueba diagnóstica invasiva. Por eso y en consecuencia, el C.I., implica también resituar la gestión clínica, la organización en el trabajo, definir los responsables concretos y directos de las atenciones y disponer de un tiempo y espacio para ello.*

**Palabras claves:** *autonomía, información, calidad asistencial y humanización.*

## 1. INTRODUCCIÓN.

### 1.1. JUSTIFICACIÓN ÉTICA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Han pasado ya dos décadas desde que el consentimiento informado tomara carta de naturaleza en nuestro país merced al

artículo 10 de la Ley General de Sanidad. A dicha ley le siguió una no pequeña historia judicial, con la sentencia del Tribunal Supremo

Civil del 23 de abril de 1992, cuya doctrina se vería reforzada dos años más tarde con la sentencia, también civil, del 25 de abril de 1994, verdadero hito de la teoría judicial del consentimiento informado.

Posteriormente, la importancia de proteger la autonomía de los pacientes, ha sido potenciada jurídicamente con más fuerza a raíz de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Y en la Comunidad Valenciana, se han hecho también importantes avances legislativos con la Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana.

La teoría del consentimiento informado ha adquirido, pues, una indudable solidez, de tal forma que ni nuestras organizaciones sanitarias, ni los profesionales que en ellas trabajan, pueden permitirse hoy en día el lujo de vivir a espaldas de sus requerimientos. Es particularmente interesante que muchas de las organizaciones sanitarias hayan comenzado a descubrir que el consentimiento informado además de ser una cuestión de la que no pueden desentenderse porque ello tendría consecuencias legales, es un elemento que permite valorar la calidad asistencial prestada por dicha organización y por sus profesionales. Sin embargo, todavía queda mucho camino por recorrer. La mayor parte de los profesionales

siguen pensando que el consentimiento informado es una moda que pasará como otras o una injerencia intolerable de jueces y organizaciones sanitarias en la relación personal sanitario-paciente, o expresión del capricho de unos pacientes que sólo quieren sacar dinero.

La mayor parte de nuestros profesionales sigue preñada de pensamientos y comportamientos con trasfondos fuertemente paternalistas y no ha comprendido que el consentimiento informado reclama, fundamentalmente, un cambio radical en la forma de entender la relación personal sanitario-paciente. De ahí el nefasto diseño y uso de los formularios escritos de consentimiento informado en nuestro país, convirtiéndolos en una carga para unas relaciones sanitarias saludables. Dicha carga, con frecuencia revierte en la enfermería porque son los profesionales que se sientan a hablar con los pacientes y a explicarles unos formularios ininteligibles, elaborados por los especialistas y que éstos entregan a sus pacientes sin tiempo material para poder hacer una lectura comprensiva y preguntar dudas antes de realizar un proceso intervencionista-quirúrgico.

### 1.2. FALTA DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE EN LA ATENCIÓN COTIDIANA

En la realidad existe una confusión entre el valor de la información verbal al paciente y la entrega y firma del documento de

consentimiento informado. La información verbal es un proceso gradual que se puede llevar a cabo en una o más entrevistas y no puede ser sustituido por ningún documento o papel. El documento tan sólo prueba que el profesional ha facilitado la información y que el paciente está de acuerdo con lo que se le ha propuesto. Pero la existencia de un documento firmado por el paciente no garantiza que éste haya comprendido la información.

El interés de la Administración y de las organizaciones sanitarias se ha desviado hacia la edición de guías y protocolos para elaborar los documentos sin redactar, a su vez, protocolos sobre cómo hay que dar la información. No se forma a los estudiantes, ni a los residentes, ni al resto de los profesionales sanitarios sobre cómo informar, cómo dar malas noticias, cómo escuchar, cómo gestionar la incertidumbre, por poner algunas de las cuestiones a las que los clínicos y los profesionales sanitarios en general nos enfrentamos cotidianamente.

### 1.3. MEDICINA DEFENSIVA

La aplicación del consentimiento informado ha puesto de manifiesto y a la vez ha estimulado la medicina defensiva, una de las mayores aberraciones en el ejercicio actual de la medicina, que consiste en que la práctica de la medicina se oriente por temores legales en lugar de seguir sus metas propias.

La medicina defensiva es

medicina de poca calidad porque atenta contra los derechos de los pacientes. Muchos médicos y enfermeras están trabajando en la puesta en marcha del consentimiento informado en la práctica clínica, y se constata el incremento de aportaciones que en este sentido se realizan. Gran parte de las cuestiones tratadas por los Comités de Ética, tanto los de Ensayos Clínicos como los de Ética Asistencial hacen referencia a la consolidación del consentimiento del paciente en la práctica clínica diaria, tanto en situaciones cotidianas como en las de conflicto. El consentimiento ya no es un concepto nuevo, sino más bien un concepto en proceso de implementación.

Lo que en nuestro país es más escaso es el análisis y discusión de la responsabilidad concreta de la enfermera y la aportación que hace la enfermería como disciplina y cuerpo de conocimiento al respecto.

#### *1.4. RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO Y DE LA ENFERMERA EN LA PRÁCTICA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Cuando realmente aceptamos la importancia de la autonomía de la persona enferma y actuamos en consecuencia, es cuando trabajamos desde una relación de igualdad con el enfermo. Queda olvidada la relación de cortesía con escasos objetivos terapéuticos, en la que los profesionales son los expertos y tienen toda la responsabilidad de lo que sucede y el paciente es como un recipiente en

el que se vierten las decisiones tomadas considerando su caso, pero sin contar con sus opiniones. La relación de igualdad referida, no significa que todos tengan la misma vivencia de la situación, sino que todos comparten la responsabilidad en el mantenimiento, mejora del estado de salud o la ayuda a morir con el máximo respeto y dignidad. Es, pues, una relación de interdependencia mutua.

Para la enfermera, la idea de interdependencia no es nada nueva. Múltiples autoras, desde Henderson hasta la actualidad, han enmarcado el cuidado de enfermería como un compartir saberes con la persona cuidada. Incluso se ha enfatizado mucho la imposibilidad de cuidar sin considerar la cotidianidad del paciente y se ha insistido mucho en que la definición de los diagnósticos, objetivos, criterios de resultados, acciones y evaluación de enfermería deben realizarse, siempre que sea posible, junto con la persona interesada.

La aportación de la enfermería como disciplina en la obtención del consentimiento informado se hace necesaria por tres puntos fundamentales:

**a)** La enfermería participa en todas las fases de programación de procedimientos médico-quirúrgicos, empleando a su vez, algunas técnicas invasivas (colocación de catéteres, administración de medicación, etc. lo cual puede alterar el estado general del paciente).

**b)** La enfermería colabora en

todas las técnicas invasivas, tanto en diagnóstico como en terapias correctoras, intervenciones quirúrgicas, anestesia, etc.

**c)** La enfermería asume un papel importante en el control del paciente en las post-actuaciones de normal y alta tecnología, en el bienestar y confort del enfermo.

**d)** Analiza los métodos aplicados hasta el momento para la obtención del consentimiento informado y sabiendo que existen cuatro razones de marcado carácter ético-legal, según la Ley General de Sanidad (art.10).

#### *1.5. RELACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO CON LAS METAS DE LA ENFERMERÍA*

El saber y la experiencia de la enfermera se une al saber y la experiencia del paciente para, de forma conjunta, permitir que la vida continúe manteniendo cubiertas las necesidades de salud. Ayudar al paciente a saber y por ello a manejar su propia vida, desde su experiencia, es el centro de los cuidados de enfermería.

Los cuidados, tanto preventivos como curativos, facilitan a la persona el dominio de su situación. Implica esencialmente una preocupación por las necesidades de salud, por cómo varían en los procesos de enfermedad, de hospitalización, de cambios vitales, etc. Por ello apelan a la autonomía y a la participación de la persona en su bienestar.

Todos los modelos y teorías de enfermería trabajan desde la participación activa y la toma de deci-

siones de la persona cuidada. S. Kérouac, en un análisis sobre la profesión, encuentra diez principios en toda concepción enfermera que compartimos. De todos y cada uno de ellos se desprende el profundo respeto por la persona, por su manera de mantener su salud y vivir su enfermedad, el respeto a las diferencias y el planteamiento del cuidado desde la premisa de que toda persona tiene posibilidad de cuidarse por sí misma, si recibe ayuda pertinente, es decir, si se le ayuda a saber y se respeta su voluntad. En la relación enfermera-paciente se ponen en común los saberes de ambos, para ir modificando aquellos que son necesarios porque interfieren en la salud y en la experiencia de la enfermedad.

El hecho de que el paciente no consienta a una determinada prueba diagnóstica o a un tratamiento médico, no significa que también rechace los cuidados de enfermería. En algunas situaciones sólo será posible cuidar, ya sea porque no hay posible tratamiento médico o porque el enfermo lo rehusa. El desarrollo del consentimiento como garante del respeto a la persona enferma implica que se le ayude de forma profesional tanto si acepta la propuesta profesional como si no.

### *1.6. RELACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO CON EL CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMERÍA*

Vale la pena recordar las normas deontológicas profesionales que rigen la profesión de enferme-

ría. Todos los diversos códigos existentes dedican más de un apartado al tema de la información, al mantenimiento de la capacidad de decisión del enfermo, y sitúan como mala praxis profesional no considerar la globalidad de la persona y actuar sin su consentimiento.

La buena praxis profesional enfermera, enmarcada por las recomendaciones de organismos internacionales y nacionales que tienen su traducción en los códigos profesionales, insta a las enfermeras a desarrollar un papel activo en la información al paciente y por ello en la puesta en práctica del consentimiento informado. Poner en marcha el consentimiento implica también resituar la gestión clínica, la organización del trabajo, definir responsables concretos y directos de las atenciones y disponer de un tiempo y espacio para ello.

## **2.-OBJETIVOS**

### *2.1. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO FACTOR DE HUMANIZACIÓN DE LA SANIDAD*

Siguiendo a J. Howard, Gafo considera que los rasgos de una atención humanizada son los siguientes:

- 1) Reconocimiento de la dignidad intrínseca de todo enfermo.
- 2) Unicidad del paciente, es decir, todo paciente debe ser tratado como un individuo concreto, con su propia historia personal, con sus atributos, necesidades y deseos únicos.
- 3) El paciente debe ser tratado

en su globalidad, como una personalidad compleja y total, que desborda las actitudes reduccionistas que restringen al paciente a su dolencia o a su sintomatología.

4) El respeto a la libertad del paciente. Es el reconocimiento de que el enfermo es una persona autónoma que tiene un control significativo sobre su destino, dentro de los límites impuestos por la situación física y cultural. No es una libertad absoluta, pues eso deshumanizaría a los profesionales sanitarios, al imponerse la libertad de los enfermos sobre la de éstos.

5) La participación de los pacientes. Ocultarle la verdad al paciente por su bien puede ser deshumanizante, pues se le impide participar en la toma de decisiones.

6) El igualitarismo en la relación sanitario-enfermo. La vulnerabilidad y dependencia del paciente puede incrementar el poder del personal sanitario, por ello es importante potenciar los elementos igualizadores, como es el reconocimiento práctico de los contenidos de las Cartas de Derechos de los Pacientes.

Para Gafo el problema fundamental en el ámbito de la ética biomédica es el siguiente: "nunca puede olvidarse que toda medicina, porque se refiere primariamente a un ser humano, no puede sacrificarle a actitudes de dominio, de despersonalización, de olvido de su intrínseca dignidad humana".

Nosotros pensamos que el consentimiento informado es un

instrumento que puede ser, en gran parte, pieza clave para el proceso de humanización de la acción sanitaria, al ser la primera concreción del respeto a hacia la autonomía y la capacidad de decisión de toda persona.

## 2.2. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO MEJORA LA CALIDAD ASISTENCIAL

Una importante definición del concepto de calidad es el ofrecido por la American Society for Quality Control cuando la expresa como: “el conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del cliente o usuario de dichos Servicios”.

Según Luis Pallares y M<sup>a</sup> José García, los factores a tener en cuenta para una atención sanitaria de calidad, especialmente desde el punto de vista de la enfermería, son los siguientes:

**a)** Equidad, en la atención igualitaria y con las mismas oportunidades de recibir asistencia para todos los ciudadanos que la precisen.

**b)** Fiabilidad, que presenta nuestra actuación y que le permite al paciente analizar subjetivamente que no estamos cometiendo fallos, demoras, etc.

**c)** Efectividad, en la resolución de su problema de salud.

**d)** Buen trato, percibido a lo largo del contacto que ha mantenido el ciudadano con todo el personal del centro.

**e)** Respeto, hacia las características personales de todos y cada

uno de ellos.

**f)** Información, “ofrecida por el personal de enfermería que permita a los usuarios un conocimiento del entorno en el que se encuentran, derechos y deberes que le asisten durante su hospitalización, etc.; pero además otro tipo de información que le ayude en su capacidad para la toma de algunas decisiones respecto a los cuidados que van a recibir o alternativas clínicas a su tratamiento individual.”

**g)** Continuidad, como el seguimiento del proceso de cuidados intra y extrahospital.

**h)** Confortabilidad, el grado de confort y seguridad del entorno que se le ha ofrecido a lo largo de su estancia en el Hospital.

Así pues, entre los factores relevantes para determinar la calidad asistencial de la enfermería, encontramos que la mayoría de ellos tienen que ver con el consentimiento informado: equidad, fiabilidad, buen trato, respeto e información.

La calidad integral se compone de la calidad intrínseca (científico-técnica, valorada por los profesionales que prestan la asistencia) y la calidad percibida (valorada por el paciente). El consentimiento es una pieza clave para conocer la calidad percibida y, por lo tanto, para alcanzar la calidad integral.

## 3. MATERIAL Y MÉTODO

### a) Cronograma.

En primer lugar, en el mes de julio de 1998, se hizo un cronograma en el que se programaron

las diversas tareas. Las tareas realizadas, en base a dicho cronograma, fueron las siguientes:

Durante el mes de julio de 1998: Recogida de bibliografía.

Del 1 de agosto al 1 de noviembre de 1998: Lectura de la bibliografía.

Del 1 de noviembre al 1 de febrero de 1999: Determinación de los cuestionarios.

En segundo lugar, se realizaron entrevistas con los diferentes jefes de servicio implicados en la investigación, con jefes clínicos del hospital, y con la dirección de enfermería. En todos los casos se expuso el objetivo del trabajo, oralmente y por escrito.

De los tres jefes clínicos con los que se habló, dos de ellos no pusieron ningún impedimento, pero uno de ellos no veía la responsabilidad que pudiera tener el estamento de enfermería en el proceso de las técnicas que se realizan en las diferentes unidades.

La Dirección de Enfermería nos dio la autorización por escrito en febrero de 1999

En tercer lugar, las encuestas se repartieron a los pacientes a partir de febrero hasta julio de 1999.

Después de esa fecha, los siguientes pasos fueron:

Recopilación de datos (de octubre de 1999 a febrero de 2000).

Elaboración estadística de los datos (de marzo de 2000 a julio de 2000).

Análisis de los resultados (de octubre de 2000 a noviembre de

2000).

Primera redacción del texto (de diciembre de 2000 a abril de 2001).

Seguimiento del impacto del consentimiento informado en enfermería (de abril de 2001 a abril de 2006).

Revisión bibliográfica (de enero de 2006 a abril de 2006).

Elaboración definitiva del texto (de abril de 2006 a julio de 2006).

### **b) Determinación del modelo de cuestionarios**

Se estudiaron varios modelos de cuestionarios para sondear los diversos aspectos éticos en la práctica del consentimiento informado. Se determinó escoger el modelo elaborado por M. Maureira, J.C. Siurana, y R.M. Trillo en el Estudio de valores y consentimiento informado en la Comunidad Valenciana. Memoria II, de 1997.

### **c) Procedimientos**

Al trabajar sobre este tema, hemos elegido procedimientos diagnósticos y/o intervencionistas similares. Son los siguientes:

1.- Radiología con contraste intravascular, radiología intervencionista o radiología con anestesia.

2.- Cardiología con contraste intravascular, cardiología intervencionista o cardiología con anestesia.

3.- Marcapasos y arritmias.

### **d) Número de pacientes**

Concretando cuanto se ha señalado, se procedió a repartir

los cuestionarios en número según se indica a continuación. De 125 pacientes se seleccionaron 62, entre las secciones y unidades anteriormente citadas. En principio por unidad eran 20 cuestionarios, pero por problemas de bajas en enfermería se aumentaron las encuestas en una de las unidades, quedando desglosado según se indica a continuación:

Radiología: 13

Cardiología: 40

Marcapasos: 9

### **e) El grupo de pacientes con la información habitual (Grupo A)**

Este primer grupo de pacientes, era el grupo de control. Eran pacientes que disponían de la información que se imparte habitualmente en esos servicios. Después de la técnica sobre ellos, se les pasaba el cuestionario con 16 preguntas.

En este cuestionario, las primeras cinco preguntas valoran el grado de autonomía de los pacientes; las preguntas de la seis a la diez, el nivel de información recibido; y, las preguntas de la 11 a la 16, el tipo de protocolos entregados.

### **f) El grupo de pacientes con la información adecuada (Grupo B)**

El segundo grupo de 62 pacientes fue informado adecuadamente de la técnica a recibir y se le entregó una hoja de consentimiento informado correctamente redactada. El proceso de información fue realizado de manera conjunta entre el estamento médico y el de enfermería, con una explica-

ción oral y escrita por el personal de enfermería. Este consentimiento tenía los siguientes elementos:

#### **1. Información**

- 1.1. Nombre del procedimiento a realizar, objetivos del mismo, en qué consiste, como se va a llevar a cabo, duración.
- 1.2. Información de los riesgos típicos. Consecuencias seguras. Complicaciones leves, graves y riesgos personalizados.
- 1.3. Beneficios del procedimiento a corto, medio y largo plazo.
- 1.4. Balance de los beneficios y de los riesgos.
- 1.5. Efectos previsibles de no realizar ninguno de los procedimientos posibles.
- 1.6. Informar de la disponibilidad de ampliar la información.
- 1.7. Informar al paciente de su libertad para reconsiderar su decisión y revocarla en cualquier momento.

#### **2. Declaraciones.**

- 2.1. Declaración del paciente, explicación de los riesgos, explicación de las alternativas, que ha leído el documento, que puede revocarlo, que está satisfecho de la información recibida, etc.
- 2.2. Declaración del médico, que se le ha explicado en términos comprensibles.

#### **3. Identificación: Nombre del paciente, del médico, del familiar ó tutor**

#### **4. Fecha y firmas.**

- 4.1. Médico, paciente (o fami-

liar/tutor) y enfermera.

Esta hoja se entregaba, según las secciones, en el momento del ingreso, la tarde anterior a la intervención a partir de las 18:00, o antes de la técnica a realizar, con la comparecencia de un familiar y las firmas del paciente y de la enfermera. Se leía la hoja al paciente y se aclaraban todo tipo de dudas. Posteriormente a las técnicas antes descritas, se realizó el mismo cuestionario de 16 preguntas.

#### g) Programa estadístico

El análisis estadístico de datos se analizó empleando el programa estadístico SPSS 6.0.1. En las variables de carácter cualitativo se ha calculado la distribución porcentual de cada una de las categorías. En la edad se ha calculado el valor medio. El intervalo de confianza al 95%, la desviación estándar y el valor máximo y mínimo. Para el contraste de hipótesis se ha empleado la prueba Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher, y la T de Student-Fisher para comparar las diferencias entre la edad y el sexo, y la edad y el consentimiento, siempre para un nivel de confianza del 95%, y un error a del 5%, las diferencias se consideran significativas cuando el valor  $p < 0,05$ .

#### 4.- RESULTADOS EN LOS GRUPOS DE PACIENTES CON INFORMACION HABITUAL (GRUPO A ) Y RESULTADOS EN EL GRUPO DE PACIENTES CON INFORMACIÓN ADECUADA (GRUPO B)

Por motivos de espacio no podemos pormenorizar los resultados de ambos grupos, tanto el que recibió información habitual como el que recibió información adecuada, sobre todo en los datos que se refieren a: autonomía, información y protocolos. Ante esta eventualidad y para más información rogamos contactar con el e-mail: mamivi@gmail.com

#### 5.- SEGUIMIENTO DEL IMPACTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ENFERMERÍA

Las encuestas se realizaron durante el período de octubre de 1999 a febrero de 2000. Los datos mostraban la importancia y necesidad de participación de la enfermería en el proceso del consentimiento informado.

Junto a ese análisis práctico realizado entonces, un objetivo importante del trabajo era poder comprobar el impacto que tendría el consentimiento informado de hecho en la asistencia sanitaria durante los años siguientes.

Puesto que es muy importante la participación de la enfermería, era de desear que la situación hubiera cambiado en ese sentido, pero tras el seguimiento realizado durante el período de abril de 2001 a abril de 2006, la realidad está demostrando que muy pocas cosas han cambiado de hecho.

Lo que más llama la atención es que, en este período, no se hayan generado artículos con tratamiento estadístico sobre el consentimiento informado en enfermería a nivel español, y que no

existan materiales ni protocolos elaborados por organismos públicos o cualquier otra institución relacionada con la sanidad en la que se explique el procedimiento a seguir para la integración del personal de enfermería en la práctica del consentimiento informado.

Los datos obtenidos en el trabajo de campo recogidos en este informe son, por lo tanto, de completa actualidad, y reclaman urgencia en la atención al problema, pues dicha atención no está siendo prestada en los últimos años, con el consiguiente deterioro de la atención a los pacientes.

#### 6.-. CONCLUSIONES

Según los parámetros que hemos analizado en este trabajo podemos destacar:

- 6.1. Sobre la autonomía, el personal sanitario de nuestro hospital no tiene excesiva costumbre de dialogar con los pacientes para tomar conjuntamente las decisiones. Y esto sí debería de cambiar porque cuando se permite a los pacientes participar en la toma de las mismas lo agradecen y consideran que así es como ellos quieren ser tratados. De hecho los pacientes reflejan que cuando mejor se les informa sobre su tratamiento, riesgos y alternativas, más se implican en la toma de decisiones.
- 6.2. Sobre la información, comprobado que los pacientes desean recibir información y participar en la toma de deci-

siones, el siguiente paso era descubrir cuál es el tipo de información que prefieren y el modo de recibirla.

Los resultados de la investigación reflejan que aquellos pacientes que han recibido información verbal adecuada, tienden a preferirla frente a la escrita. Las hojas de consentimiento que habitualmente se reparten no son leídas por los pacientes porque les resulta más cómodo oír que leer. Una sociedad que aspire a la madurez de sus ciudadanos debe proporcionarle los medios para que ellos se den cuenta de su situación y puedan entonces decidir conscientemente que es lo que prefieren. Por lo tanto, puesto que eso no se consigue solamente entregando la hoja de C.I., debemos fomentar que el personal sanitario dialogue con los pacientes sobre el contenido de esa hoja y resuelva sus dudas.

Respecto al tipo de información que desean recibir, los pacientes dicen que quieren conocer sobre todo en qué consiste la enfermedad así como el tratamiento y sus ventajas, quedando en segundo lugar los riesgos y alternativas del tratamiento.

6.3. Sobre los protocolos, después de analizar el grado de autonomía de los pacientes y la cantidad y modo de información que desean recibir los pacientes, nos queda por extraer conclusiones de los

protocolos que se están entregando en este hospital.

A pesar de que a todos pacientes se les había entregado una hoja de consentimiento, el número de los que son conscientes de ello aumenta si se les explica el contenido y se les aclaran las dudas al respecto. Y esto es así por cuanto que la información escrita por parte de la institución hospitalaria no cumple su objetivo si no es complementada con la explicación directa del personal sanitario.

Las hojas que se reparten, poseen una información que en muchos casos no es leída y, que en el 100 % de los casos no es entendida. Pero la conclusión no es que el paciente no es capaz de entender lo que se le explica, sino que no se le explica adecuadamente. Si el médico utilizara estas hojas con regularidad y le explicara adecuadamente el contenido al paciente, los pacientes lo entenderían, como se desprende de nuestro estudio.

Resulta impactante que la mayoría de los pacientes reciban la hoja de consentimiento informado en el quirófano, lugar en el que yo no es posible meditar sobre la decisión y donde el consentimiento se vuelve forzado bajo condiciones de estrés y cuando nó de somnolencia. Estas situaciones deben desaparecer porque supone una falta de respeto al paciente y a sus derechos como persona. De lo que se

deduce que el C.I. debe de practicarse en un lugar tranquilo, por personal adecuado y suficientemente preparado.

Otro resultado de la investigación es que los pacientes no conocen la Carta de derechos y Deberes del Paciente. No podemos determinar si la causa es que no la recibieron ó sí la recibieron pero no la leyeron. En todo caso no debería permitirse que los pacientes estuvieran en nuestro hospital sin conocer sus derechos

## CONCLUSIONES FINALES

A continuación vamos a extraer las principales conclusiones sobre cómo debería practicar la enfermería el consentimiento informado, mejorando así la calidad asistencial.

En el apartado de objetivos decíamos que el consentimiento informado puede ser un mecanismo para humanizar la sanidad y para mejorar la calidad asistencial. Hemos comprobado que eso es así cuando se realiza adecuadamente.

En la realización adecuada del consentimiento la enfermera juega un papel muy importante, pues, cuando ella informa de modo adecuado los pacientes son más conscientes de su autonomía, desean tomar decisiones y son más respetados como personas, aumentando con ello su nivel de satisfacción y su calidad asistencial.

A modo de conclusión final, pensamos que, para que se realice

correctamente el consentimiento informado desde el punto de vista ético, deberían darse las siguientes circunstancias:

a) Al dar la información es importante valorar si el paciente, o en su caso el familiar que lo representa, la ha comprendido.

b) La enfermería, por tener un contacto más continuo con el paciente, puede tener que proporcionar alguna aclaración posterior, por lo que debe conocerla para poderla transmitir sin introducir aspectos nuevos que no haya transmitido el médico.

c) Sería conveniente que la enfermera esté presente mientras el médico trasmite la información, para que no haya dudas posteriormente sobre el modo en que se realizó la información y los contenidos de la misma.

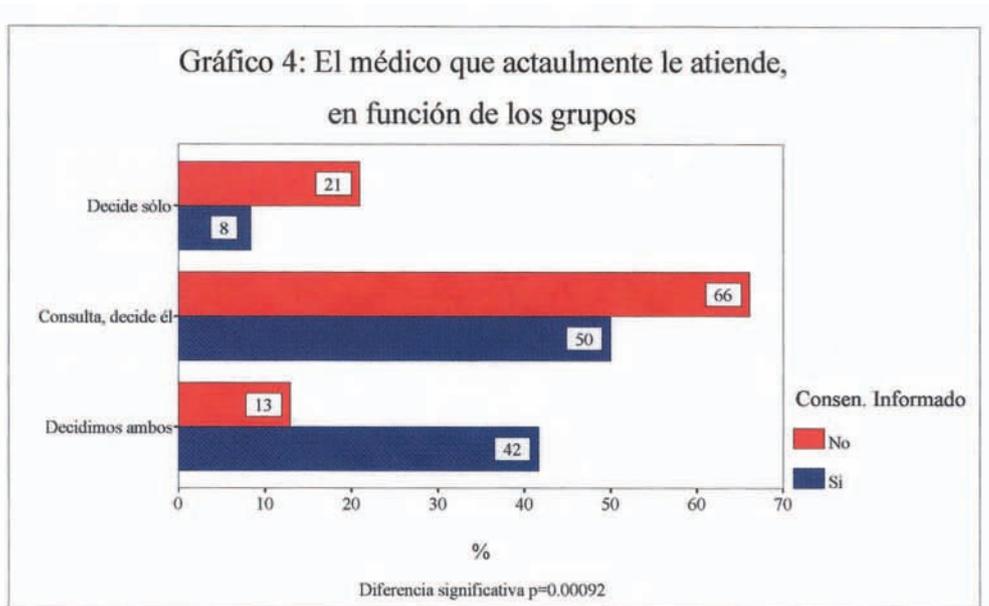
d) La enfermera es, junto al médico, responsable de la correcta información al paciente, por eso es conveniente la participación de la enfermera en todas las actuaciones sanitarias.

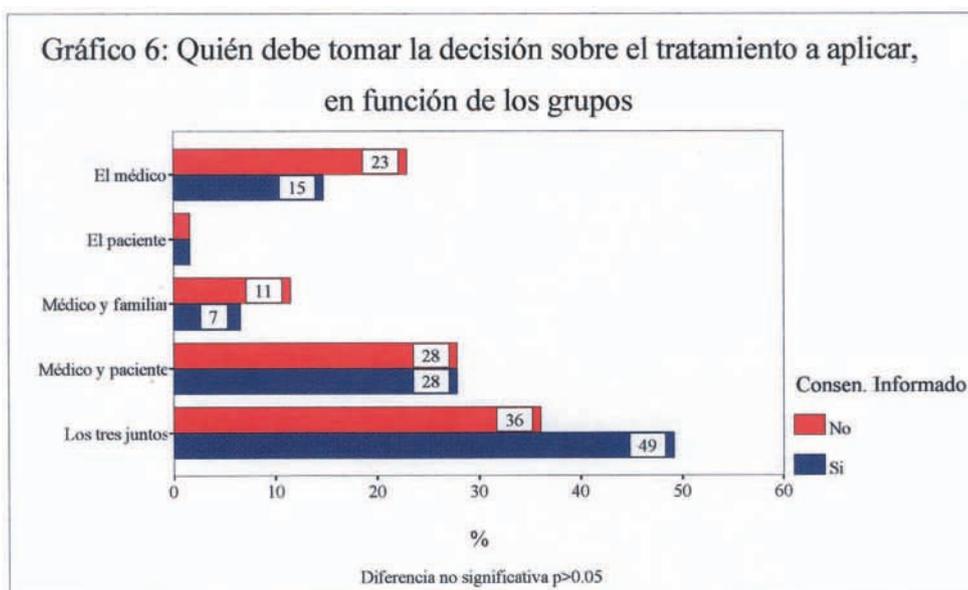
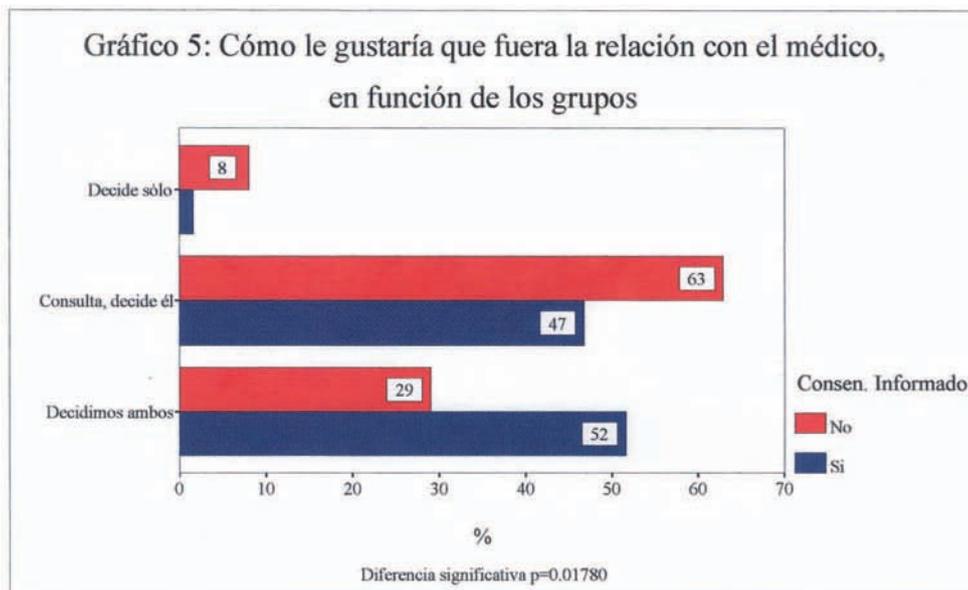
e) Debe reconocerse que el papel de la enfermería en el proceso de información es fundamen-

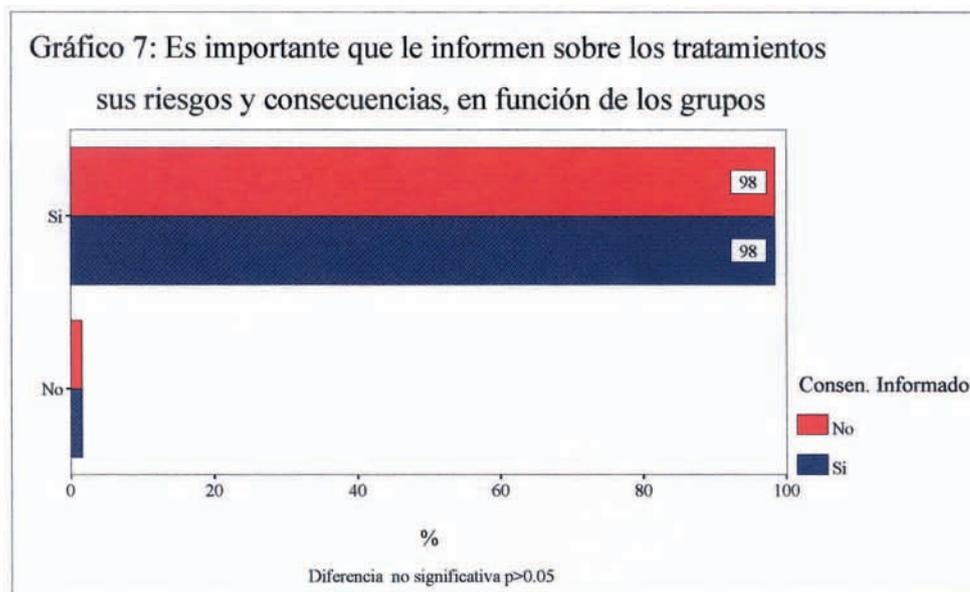
tal, pues aunque quien más sabe sobre diagnóstico y tratamiento es el médico, quien más sabe sobre cuidados de enfermería es la enfermera.

f) Es necesario determinar el grado de autonomía y decisión del paciente a la hora de ser sometido a una intervención determinada. Para ello es muy importante desarrollar métodos de medición de la capacidad del paciente que sean fiables y sencillos de practicar. Por su proximidad con el paciente, la enfermera tendrá un papel clave en este tipo de mediciones.

/.- TABLAS







## 8.- BIBLIOGRAFÍA

- Broggi Trias, MA et al. "La información clínica y el consentimiento informado". Revista Medicina Clínica. Febrero, 1995. 104(6): 218-220
- Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España. Código Deontológico de la Enfermería Española. Organización Colegial de Enfermería, Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España, Madrid, 1989.
- Cortina, Adela. "Problemas éticos de la información disponible, desde la ética del discurso". Estudios de bioética, Feito Grande, Lydia (ed.), Universidad Carlos III de Madrid, Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de las Casas", Dykinson, Madrid, 1997, pp. 43-55.
- Gracia, Diego. "Fundamentos de Bioética". Eudema. Madrid, 1989. (agotado)
- "Procedimientos de decisión en Ética Clínica". Eudema, 1991.(agotado)

- "Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética". Tricastella, Madrid. 2004.
- Kérouac, Suzanne et. al. El pensamiento enfermero. Masson, Barcelona, 1996.
- Organización Colegial de Enfermería. "Código Deontológico de la Enfermería española". Real Decreto 1856/78 de 29 de junio.
- Pallares Neila, Luis et al. Guía práctica para la evaluación de la calidad en la atención enfermera, Olalla, Madrid, 1996. Revista de radiología 1999; 41 (3) : 165-168.
- Simón Lorda, Pablo et al. "El consentimiento informado y la enfermería : un modelo integral" Revista JANO 55-65 Marzo 1995. Vol. XLVIII nº 1117.
- Siurana Aparisi, Juan C. et. al. Estudio de valores y consentimiento informado en la Comunidad Valenciana. Memoria II. Institució Valenciana D'Estudis i Investigació IVEI, Valencia, 1997.
- Siurana Aparisi, Juan C. et al. "Estudio sobre valores y consentimiento informa-

- do en la Comunidad Valenciana". Asociación de Bioética Fundamental y clínica: La bioética lugar de encuentro; II Congreso Nacional (Barcelona). Noviembre, 1997. Editorial, Zéneca-Farma, pp 201-209.
- Siurana Aparisi, Juan C. "Bioética". Trabajo Social y Salud, nº 28, Diciembre 1997 pp. 215-223.

# Tolerancia a la glucosa en adultos con factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 – (datos preliminares)

**Autores:** Marta Maria Coelho Damasceno. *Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará.*  
 Lúcia de Fátima da Silva. *Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual do Ceará - UECE.*  
 Miguel Nasser Hissa. *Médico. Universidade Federal do Ceará.* Zuila Maria de Figueiredo Carvalho. *Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará.* Suyanne Freire de Macedo. *Estudante de Enfermagem. Bolsista PIBIC-CNPq. Universidade Federal do Ceará.* Ana Roberta Vilarouca da Silva. *Estudante de Enfermagem. Bolsista PIBIC-CNPq. Universidade Federal do Ceará.*

## Glucose tolerance in adults with type 2 diabetes mellitus risk factors (preliminary data)

### ABSTRACT

This study was carried out to analyze glucose tolerance in a sample of workers from Fortaleza-CE/health district in Brasil, who had high capillary glycemia and two risk factors for diabetes mellitus type 2 (DM2). Fifty-seven people met this criteria and 45 were recruited to perform the oral glucose tolerance tests (OGTT). From these, only 33 turned-up and were made the fasting

plasma glucose (FPG). Twenty-seven (81,8%) had normal FPG and six (18,2%) had a high FPG that required a second determination. After repeating the analysis four, (12,1%) were diagnosed as diabetic and two (6,1%) had a normal FPG. Therefore 29 subject were called for OGTT, from which 16 turned up (55,1%). Results showed that 11 (68,8%) had normal tolerance glucose values; four (25%) had decrea-

sed tolerance and one (6,2%) had compatible value with DM2. Conclusion: the percentage of intolerant was higher to that of DM2. OGTT, although adds some information to FPG, is not yet well received by patients, which confirms the findings from the literature.

**Key words:** Glucose tolerance. Diabetes Mellitus. Glycemia. Oral glucose tolerance test.

### RESUMEN

Se tuvo por objetivo analizar la tolerancia a la glucosa en un grupo de trabajadores del área de la salud en Fortaleza-CE/Brasil, que tenían glucemia capilar elevada y dos factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Cincuenta y siete sujetos alcanzaron ese perfil y 45 fueron convocados para hacer el test oral de tolerancia a la glucosa (TOTG), habiendo comparecido 33 personas que realizaron, primera-

mente, la glucemia venosa de ayunas (GVA). Veintisiete (el 81,8%) estaban con GVA normal y seis (el 18,2% con GVA elevada lo cual requirió la repetición. Al repetir, cuatro (el 12,1%) fueron considerados diabéticos y dos (el 6,1%) tuvieron GVA normal. Así, 29 sujetos fueron convocados para el TOTG, de los cuales comparecieron 16 (el 55,1%). Los resultados mostraron que 11 (el 68,8%) tuvieron valores compatibles con tolerancia normal a

la glucosa; cuatro (el 25%) con tolerancia disminuida y uno (el 6,2%) tuvo valor compatible con DM2. Se concluye que el porcentaje de intolerantes fue superior al de DM2 y que el TOTG, aunque agregue información a la GVA, las personas aún no lo aceptan muy bien, lo que confirma el discurso de la literatura.

**Palabras clave:** Tolerancia a la glucosa. Diabetes Mellitus. Glucemia. Test Oral de Tolerancia a la glucosa.

## INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se caracteriza por la resistencia a la acción de la insulina, lo que favorece el desarrollo gradual de la hiperglucemia. Sin embargo, el crecimiento del índice de glucosa no llega a promover la aparición de los síntomas clásicos y el individuo puede permanecer con la enfermedad durante varios años sin saber si es portador [1,2].

Teniendo en cuenta esta situación, el Ministerio de Salud en acción conjunta con la Sociedad Brasileña de Diabetes (SBD) y el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) realizó, en 1987, un estudio multicéntrico de diabetes en Brasil. Se pudo constatar, entonces, una prevalencia del 7,3% en la población urbana con edad entre 30 a 60 años, y un elevado índice de desconocimiento de la condición de portador ya que, más del 50% de los diagnosticados no sabían que eran diabéticos [3].

En el año 2001, el Ministerio de Salud realizó una nueva campaña para detectar casos con sospecha de diabetes; se descubrió un 14,66% de personas con glucemia capilar elevada, representando 2,9 millones de casos sospechosos. Aproximadamente 1 millón de personas es hipertensa y portadora de diabetes [4]. Los casos de diabetes y la condición de sospecha podrían evitarse si las personas conocieran los factores de riesgo y las medidas preventivas. Sería mejor, aun, si supieran que corren el riesgo de desarrollar la enfermedad.

Pretendiendo contribuir para la prevención del DM2, se están investigando los factores de riesgo en un determinado sector de la población de Fortaleza-CE / Brasil, o sea, en funcionarios de la salud nominados en hospitales públicos estaduais. El análisis preliminar de parte de los datos obtenidos mostró una diversidad de factores de riesgo, entre ellos, niveles de glucemia capilar medida al acaso (a cualquier hora del día, sin observarse el intervalo de la última comida), los cuales variaron entre 142 y 260 mg /dl.

El Ministerio de Salud considera que los niveles glucémicos capilares medidos al acaso, con valores entre 141 y 199mg/dl, deben interpretarse como casos de sospecha de diabetes; valores  $\geq 200$  mg/dl, como probable diabetes y valores  $\geq 270$  mg/dl como mucha probabilidad de ser diabetes [4]. Siendo así, se recomienda dejar claro tales resultados, ya sea visto que la glucemia capilar significa apenas un indicativo de anormalidad y, como tal, no sirve como diagnóstico. Además, puede ser que se trate de caso asintomático de diabetes o, de etapa previa de pre-diabetes, representado por intolerancia a la glucosa.

Hasta hace poco, los que eran clasificados como pre diabético no recibían un tratamiento adecuado, por lo cual, muchos de ellos desarrollaban las complicaciones de la diabetes mellitus. Por eso, es necesario definir la condición de pre-diabético y para esto, dos criterios diagnósticos deben realizarse en todas las condicio-

nes de sospecha y ante la presencia de factores de riesgo para la diabetes mellitus tipo 2: Glucemia venosa en ayunas (GVA) y test oral de tolerancia a la glucosa (TOTG) [5].

La evaluación de la tolerancia a la glucosa debe realizarse bajo las siguientes condiciones: **1.** Adultos con edad  $\geq 45$  años y presencia adicional de 2 o más factores de riesgo para DM2, como ser, historia familiar de diabetes en padres, hermanos e hijos, índice de masa corporal  $\geq 25\text{kg/m}^2$ , sedentarismo, HDL-C bajo o triglicéridos elevados, hipertensión arterial, diabetes gestacional previa, historia de bebé  $\geq 4,5$  kg, uso de medicación para bajar la glucosa, etc.- **2.** Glucemia en ayunas alterada o indicativo de tolerancia a la glucosa disminuida.

Frente a lo expuesto, el objetivo del presente estudio fue el de analizar la tolerancia a la glucosa en un grupo de sujetos con valores elevados de glucemia capilar y dos factores de riesgo para DM2. De esta forma, es posible identificar niveles intermedios que pueden evolucionar hacia la diabetes como también, casos desconocidos de la patología.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de exploración y descripción realizado en Fortaleza-Ce-Brasil, entre Noviembre/04 a Marzo/05. Para definir la población se examinó el banco de datos referido a los trabajadores de dos hospitales que participaron de la pesquisa sobre los factores de riesgo para DM2

mencionada en las páginas anteriores. De los 712 sujetos investigados, se seleccionaron los que reunieron los siguientes criterios: que tuvieran glucemia capilar elevada (medida al acaso); que presentaran dos factores de riesgo para DM2 y ausencia de historia anterior de diabetes. Cincuenta y siete trabajadores alcanzaron ese perfil y a través de llamada telefónica, se le invitó a participar del estudio. En esa ocasión, 8 confirmaron que eran diabéticos y 4 ya no trabajaban más en las instituciones.

Los 45 sujetos restantes fueron instruidos sobre la importancia de evaluar la tolerancia a la glucosa. Para lo cual, en primer lugar, deberían estar con ocho horas de ayuno, como mínimo, y realizar la GVA. Si el resultado fuera  $\geq 126$ mg/dl, el sujeto sería llamado para repetirla. Esto se debe a que la American Diabetes Association (ADA), preconiza que el resultado de ese análisis clínico, cuando resulta  $\geq 126$  mg/dl, en dos comprobaciones hechas en días distintos es señal de diabetes mellitus instalada. Por otro lado, aquellos cuyo resultado estuviera entre  $\geq 100$  y  $<$  que 126mg/dl, deberían realizar la evaluación de la tolerancia a la glucosa por medio del TOTG, ya que estaban inseridos en la categoría glucemia de ayunas comprometida, considerados actualmente pre-diabéticos. Incluso, los que tuvieran resultados  $< 100$  mg/dl, también necesitarían evaluar la tolerancia a glucosa puesto que pueden ser, asimismo, intole-

rantes frente a una GVA normal.

Se explicó, también, el método de realización del TOTG, que consiste en un análisis de sangre venosa del sujeto en estado de ayunas durante, por lo menos, ocho horas seguidas, después de la ingestión de una sobrecarga de glucosa equivalente a 75 gramos y de otro análisis de sangre venosa después de pasados 120 minutos.

Se dejó claro que, si la persona estuviera de acuerdo en participar, debería firmar el Término de Consentimiento Libre y Aclarado y comparecer día, hora y local (propia institución) determinados posteriormente. Finalmente, se les comunicó que se serviría un desayuno a los participantes y los que no estuvieran trabajando en esa fecha, recibirían bono transporte.

A partir de la disponibilidad del equipo de pesquisa y del técnico del laboratorio, se concertó día y hora para hacer el análisis de sangre; se les avisó a los participantes dos días antes de la realización del mismo. Es notorio agregar que, al llegar al local, los sujetos recibieron orientación sobre la DM2, los factores de riesgo y las formas de prevención.

Los datos están presentados en tablas y el análisis se basó en la literatura específica y en una estadística descriptiva. Frente a los resultados obtenidos, los participantes fueron clasificados en tres grupos: grupo 1 (valores glucémicos sugestivos de tolerancia disminuida a la glucosa); grupo 2 (valores de glucemia sugestivos de diabetes mellitus) y grupo 3

(valores de glucemia compatibles con tolerancia normal a la glucosa).

Los clasificados en los grupos 1 y 2 fueron encaminados al Centro de Pesquisa en Diabetes y Enfermedades Endocrino-Metabólicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Ceará (UFC), para confirmar el diagnóstico de diabetes o de niveles preclínicos.

## RESULTADOS

De los 45 convocados para el análisis de tolerancia a la glucosa, sólo 33 (el 73,3%) comparecieron y realizaron la GVA. De los mismos, 27 (el 81,8%) estaban con GVA normal y seis (el 18,2%) necesitaron repetirla. En la repetición, cuatro de ellos (el 12,1%) fueron clasificados como diabéticos y dos (el 6,1%) tuvieron GVA normal (Tabla 1). Vientinueve sujetos fueron convocados para el TOTG, de los cuales comparecieron tan sólo 16 (el 55,1%). Once de los mismos (el 68,8%) presentaron valores compatibles con tolerancia normal a la glucosa; cuatro (el 25%) con tolerancia disminuida y uno (el 6,2%) con DM2 (Tabla 2).

Se consideraron con tolerancia normal a la glucosa los que tuvieron GVA  $< 100$ mg/dl y glucemia venosa  $< 140$ mg/dl después de recibir una sobrecarga de glucosa; diabéticos, aquellos cuya GVA fue  $\geq 126$ mg/dl en dos pruebas realizadas en diferentes días o cuya glucemia venosa fue  $\geq 200$ mg/dl, luego de sobrecarga de glucosa; con tolerancia disminuida a la

glucosa, los que tuvieron la GVA comprendida entre  $\geq 110\text{mg/dl}$  y  $< 126\text{mg/dl}$  y glucemia venosa  $\geq 140\text{mg/dl}$  y  $< 200\text{mg/dl}$  después de sobrecarga de glucosa.

## DISCUSIÓN

Los estudiosos de esta área señalan el síndrome de tolerancia a glucosa alterada como importante factor de riesgo para DM2 y muestran que los factores de riesgo asociados a la enfermedad cardiovascular (ECV) se agravan a través de las categorías de tolerancia a glucosa e individuos no diabéticos y que la resistencia a la insulina se puede considerar antecedente de morbimortalidad cardiovascular debido a sus manifestaciones dislipidémicas y hemodinámicas, por lo tanto la intolerancia a glucosa acelera el proceso aterogénico. Los trastornos de regulación de la glucemia de ayunas, también preocupan, ya que constituyen un estado avanzado de riesgo a DM2, siendo necesario, por lo tanto, desarrollar indicadores clínicos y metabólicos asociados a evolución desfavorable que permitan establecer precozmente el riesgo de los sujetos con tolerancia a glucemia disminuida y monitorear la evolución y progresión del síndrome metabólico (8,9).

El interés por la prevalencia de DM2 y de intolerancia a glucosa también es compartido por expertos en diabetes de otras ciudades de Brasil. Pesquisa realizada en la población urbana de Ribeirão Preto con edad entre 30 a 69 años señaló prevalencia de

DM2 equivalente al 12% y de intolerancia a la glucosa al 7,7% (10). La evaluación de la glucemia de ayunas de 317 funcionarios de una institución brasileña de enseñanza universitaria de Rio de Janeiro, realizada en 1999 y en el 2000, los cuales negaron la diabetes así como sus señales y síntomas, evidenció que 16 (el 5,0%) tenían intolerancia de ayunas a la glucosa y ocho (el 2,5%) tenían glucemia de ayunas diagnóstica de diabetes mellitus (11). En un estudio realizado en São Paulo, en 77 adultos mayores de 45 años que presentaron dos o más factores de riesgo para DM2 y que fueron sometidos al TOTG, se encontraron 18 (el 23,3%) intolerantes a la glucosa y cinco (el 6,7%) diabéticos (12).

El rastreo de intolerantes a la glucosa realizado como parte del proyecto de prevención de diabetes mellitus tipo 2, en la ciudad de Salvador, indicó un 33% de intolerantes y un 57% de diabéticos (13). La prevalencia de diabetes mellitus y de intolerancia a la glucosa en la demanda espontánea del hospital universitario de la Universidad Federal de Alagoas fue del 7,1% y del 2,6%, respectivamente (14). En hipertensos esenciales  $\geq 45$  años atendidos en una puesto de salud de Belém, se observó que el 14% eran diabéticos y el 12% intolerantes a la glucosa (15). En la ciudad de Campinas, en el estudio de una población de 501 sujetos con edad entre 21 a 76 años se constataron 320 sujetos (el 63,8%) con glucemia de ayunas normal;

56 sujetos (el 11,1%) intolerantes a la glucosa y 125 (el 24,9%), diabéticos (16). En Porto Alegre, en una investigación que involucró 64 sujetos que realizaron el TOTG, se descubrió que 11 (el 17,7%) eran intolerantes a la glucosa y 29 (el 45,3), diabéticos (17).

El estudio permitió, también, identificar los factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 en aquellos grupos en que los sujetos fueron clasificados. De los individuos del grupo 1 todos eran sedentarios e hipertensos y tres (el 75%) acusaron sobrepeso u obesidad. Los del grupo 2 eran obesos o estaban con sobrepeso; cuatro (el 80%) sedentarios y tres (el 60%) hipertensos. A su vez, entre los del grupo 3, nueve (el 81,8%) eran sedentarios; ocho (el 72,7%) hipertensos y cinco (el 45,4%) tenían sobrepeso u obesidad.

Se nota, por lo tanto, que los factores de riesgo de más prevalencia en la población estudiada fueron el sedentarismo, la hipertensión arterial y el sobrepeso u obesidad. La relación obesidad/sobrepeso y la intolerancia a la glucosa fue constatada en algunas pesquisas encontradas en la literatura pertinente. Estudios demostraron que la prevalencia de obesidad en individuos intolerantes a la glucosa fue del 28,6% mientras que en los con glucemia normal fue del 13,3% y en los diabéticos del 23% (18). En otras pesquisas que involucraron obesos se pudo evidenciar el 12% de intolerantes y el 6,8% de diabéticos (19).

Aunque los individuos de los grupos 1 y 3 posean riesgo significativo de desarrollar diabetes mellitus, se destacan los del grupo 1, ya que es posible que los factores ya citados aliados a la tolerancia disminuida a la glucosa los tornen más susceptibles. La evolución de las alteraciones del metabolismo de la glucosa hasta la aparición de la diabetes ocurre a lo largo de un período variable en el cual el individuo pasa por niveles intermedios denominados glucemia de ayunas alterada (GAA) y tolerancia a la glucosa disminuida (TGD). Esa última indica un cuadro de resistencia a la insulina. Actualmente, personas con GAA y/o TGD son reportadas como siendo pre diabéticas o que sugiere riesgo relativamente alto para DM2 (6,7).

Además, se estima que de todos los casos de TGD, del 1% al 5%, por año, evolucione para DM2. Sin embargo, se deben tener en cuenta las diferentes etnias tratándose del metabolismo de la glucosa. En un estudio que involucró una población de alta prevalencia de diabetes mellitus (individuos de origen japonés, con edad  $\geq 40$  años, sin mezclas) el 70% de los que tenían tolerancia a la glucosa disminuida evolucionaron para la DM2 en 7 años, mientras que el 60% de los que tenían glucemia de ayunas alterada evolucionaron para DM2 en el mismo período. Se notó, también, que la reversión para la normalidad de la glucemia fue mayor en aquellos con glucemia de ayunas alterada

con relación a los sujetos con tolerancia a la glucosa disminuida (el 13% y el 2%, respectivamente) (20).

La tolerancia disminuida a la glucosa es una condición de mayor riesgo tanto de evolucionar para diabetes como para la enfermedad arteriosclerótica. Su prevalencia es idéntica a la de diabetes (el 7,8%) y representa una situación en la cual las medidas de intervención pueden presentar gran impacto, modificando su evolución (21).

Si bien la literatura discutida haya señalado, en su mayoría, más casos desconocidos de diabetes de que intolerancia a la glucosa, el estudio ahora desarrollado, reveló un porcentaje de intolerantes superior al de diabetes.

Sin embargo, el estudio presenta limitaciones, ya que se refiere solamente a los trabajadores de dos hospitales y a una muestra reducida; como ya fue mencionado, algunos de ellos no mostraron interés cuando fueron invitados a participar y otros no participaron de todas las etapas. Por lo tanto, los datos obtenidos no se pueden generalizar, lo cual requiere la realización de estudios que abarquen un número mayor de instituciones y de trabajadores.

Cabe mencionar que para controlar los sesgos, las colectas de sangre venosa fueron realizadas por la misma persona y se adoptó siempre la misma técnica. Para la sobrecarga de glicosis, se usaron productos, cantidades y rutinas iguales para todos los sujetos. A

su vez, el análisis de todo el material colectado fue realizado por el mismo laboratorio, usando el mismo método.

## CONCLUSIONES

Los resultados evidenciaron que de los individuos que participaron en todas las etapas del estudio, el 55% tenían tolerancia normal a la glucosa; el 20% presentaban tolerancia disminuida y el 25%, diabetes mellitus. Los factores de riesgo para DM2 encontrados en mayor proporción en esa población fueron el sedentarismo (el 85%); la hipertensión arterial (el 75%) y el sobrepeso/obesidad (el 65%).

Frente a la magnitud del problema, los órganos competentes recomiendan que se aconseje sobre la pérdida de peso y se den instrucciones para el aumento de las actividades físicas (7) lo que representa un desafío que deberá ser enfrentado por los profesionales del área de la salud en Brasil, ya que el país no dispone de programas oficiales de prevención de la DM2.

Vale la pena destacar que el 26,7% de los que fueron convocados para el estudio no aceptaron la invitación y que el 44,9% hicieron sólo la glucemia venosa de ayunas. A pesar de que tuvieron una segunda oportunidad de participar, todos se comprometieron y optaron por no comparecer.

Por lo tanto, se concluye que el TOTG si bien agregue información a la glucemia de ayunas, ya que ésta por sí sola ni siempre diagnostica los casos de diabetes,

las personas todavía no lo aceptan de buenos modos. Se cree que la ingestión de sobrecarga de la glucosa de ayunas sea la principal responsable pues ni siquiera lo que se colocó a disposición o sea, el desayuno constanding de zumo, yogur, pan, queso, manteca, leche y café además de bono transporte y orientaciones sobre las formas de prevención de la DM2, fue suficiente para atraer a todos los convocados. Actitudes de esa naturaleza pueden justificarse basándose en la poca atención dada a la prevención de las enfermedades, característico de una población cuyo país invierte tan poco en esta esfera.

Por eso, no basta con identificar los factores de riesgo para DM2 en los diversos grupos de la población. Se deben planificar e implementar acciones educativas direccionadas a los trabajadores de las instituciones estudiadas que enfatizen la modificación de conductas en la salud. Educar es una de las funciones del enfermero y así queda registrado su compromiso con la educación, teniendo en cuenta, sobre todo, el contexto cultural de esos trabajadores en la búsqueda de la superación de las actitudes que interfieren en la prevención de diabetes mellitus tipo2.

Aunque los resultados presentados sean parciales, es importante la canalización de esfuerzos para detectar a los intolerantes a la glucosa en una población de riesgo para DM2 como manera de contribuir en su prevención.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (Br). Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus - Manual de hipertensão e diabetes mellitus. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2002.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus. In: Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.933-981.
3. Ministério da Saúde (Br). Estudo multicêntrico de diabetes. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 1992.
4. Ministério da Saúde (Br). Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília(DF): Ministério da Saúde;2001.
5. Fraige Filho F. A volta do pré-diabetes. Diabetes Clínica 2002; 6:79.
6. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso brasileiro sobre diabetes. São Paulo: Diagraphic Editora; 2003.
7. American Diabetes Association. Triagem para diabetes de tipo 2. Diabetes Care.2004;III: 60-3.
8. Waichenberg BL. Diabete melito, resistência à insulina e moléstia cardiovascular. Rev Soc Cardiol 1998; 8: 923-8.
9. Amador PP et. al. Desarrolo de diabetes mellitus en pacientes con tolerancia a la glucosa alterada. Seguimiento de 18 años. Rev Cubana Endocrinol 2002; 13 (2): 101-8.
10. Torquato MTCG. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. J Med 2003; 121(6): 224-230.
11. Pinto JESS et al. Avaliação da glicemia em funcionários da UFRJ. Arq Bras Endocrinol Metab 2001 out; 45(5):567. Suplemento.
12. Oliveira D et. al. Avaliação da possibilidade hiperinsulinemia no GTTO baseada na quantidade de fatores de risco para diabetes tipo 2. Arq Bras Endocrinol Metab 2003 nov; 47(5): 517.Suplemento 1.
13. Matos O et al. Rastreamento de intolerantes à glicose em campanha de detecção de diabetes. Arq Endocrinol Metab 1999 out; 43 (5): 214. Suplemento 1.
14. Vaz RM et. al. Prevalência de diabetes e a presenta de história familiar em parentes de primeiro grau. Arq Bras Endocrinol Metab 2003 nov; 47 (5): 553. Suplemento 1.
15. Leão ACQ et al. Importancia do TOTG na detecção precoce do diabetes mellitus tipo 2 em indivíduos hipertensos essenciais. Arq Bras Endocrinol Metab 2003 nov;47(5):511.Suplemento 1.
16. Geloneze B et. al. Envelhecimento e resistência à insulina: implicações na fisiopatología do diabetes. Arq Bras Endocrinol Metab 2001 out; 47(5): 556. Suplemento 1.
17. Schmidt A et. al. Severidade da doença arterial coronariana em indivíduos com diferentes graus de tolerancia à glicose. Arq Bras Endocrinol Metab 2003 nov; 47(5): 514. Suplemento 1.
18. Carvalhal RCA, Fonseca MHGA. Estudo da epidemiologia e da obesidade no Brasil em indivíduos não diabéticos, intolerantes à glicose e diabéticos. Arq Bras Endocrinol Metab 2001 out; 47(5): 557. Suplemento 1.
19. Santiago RF et al. Diabetes mellitus (DM) e intolerancia à glicose (IG) em obesos jovens. Arq Bras Endocrinol Metab 2001 out; 47 (5): 560. Suplemento 1.
20. Nascimento R et. al. Diabetes mellitus tipo 2: fatores preditivos na população nipo-brasileira. Arq Bras Endocrinol Metab 2003 nov; 47(5): 584-592.
21. Ministério da Saúde (Br). Diabetes mellitus: guia básico para diagnóstico e tratamento. Brasília(DF): Ministério da Saúde;1996.

## ■ Investigación & Cuidados

**Tabla 1.** Distribución de los sujetos con relación a la glucemia venosa en ayunas. Fortaleza-CE- Brasil. Noviembre/04 a Marzo/05

<b>Glucemia venosa en ayunas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Normal	27	81,8
Elevada	6	18,2
Total	33	100

**Tabla 2.** Distribución de los sujetos con relación al test oral de tolerancia a la glucosa. Fortaleza-CE- Brasil. Noviembre/04 a Marzo/05

<b>Test oral de tolerancia a la glucosa</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tolerancia normal	11	68,8
Tolerancia disminuida	4	25,0
Diabetes Mellitus	1	6,2
Total	16	100

# Enseñanza del sondaje limpio intermitente - una estrategia de cuidado

**Autores:** De Figueiredo Carvalho, Zuila María\*, Coelho Damasceno, Marta Maria\*\*, Di Ciero Miranda, Maira\*\*\*, Victor Barbosa, Islene\*\*\*\*

\**Doctora en Enfermería (Post-Doctorada). Jefe del Departamento de Enfermería de la Facultad de Farmacia, Odontología y Enfermería de la Universidad Federal de Ceará. Coordinadora del Proyecto de Investigación "Ciudadanía y Calidad de Vida de las Personas Portadoras Lesión Medular". Representante del Convenio de Cooperación entre el Colegio Oficial de Enfermería de Valencia y la UFC.*

\*\**Doctora en Enfermería. Docente del Programa de Postgrado del Departamento de Enfermería de la Facultad de Farmacia, Odontología y Enfermería de la Universidad Federal de Ceará. Investigadora del CNPq.*

\*\*\**Doctora en Enfermería. Docente del Departamento de Enfermería de la Facultad de Farmacia, Odontología y Enfermería de la Universidad Federal de Ceará. Miembro Investigador del NUPEN. Fortaleza – Ceará – Brasil.*

\*\*\*\**Enfermera. Profesora Sustituta del Departamento de Enfermería de la UFC. Mestranda en Enfermería. Miembro investigador del NUPEN. Fortaleza – Ceará – Brasil.*

Trabajo realizado en el ámbito del Núcleo de la Investigación en Enfermería Neurológica - NUPEN del Departamento de Enfermería de la Facultad de Farmacia, Odontología y Enfermería de la Universidad Federal do Ceará – DENF/FFOE/UFC. Fortaleza – Ceará – Brasil

## Training programme of clean intermittent self-catheterization: a care strategy

### ABSTRAC

*This study is an experience report about training and teaching assessment on the performance of clean intermittent self-catheterization in the treatment of urinary voiding dysfunction in patients with traumatic paraplegia. The study was carried out in a specialized trauma healthcare hospital in Fortaleza city, Ceará-Brasil. Forty-two patients from both sex were enrolled in the teaching programme in addition to nurses, teachers and students from the Nursing Diploma Course of Universidad Federal de Ceará.*

*The study was conducted in 2001,2002 and 2004. Findings show that most of the patients were satisfied with the programme according to their statements: "I liked it, because you taught me difficult things, which I thought I would never learn, in a simple way". "I liked the easy way how you taught us to introduce the catheter and the other helping techniques" "Now I feel more confident with myself, I was frightened of being dependent on others the rest of my life".*

*The training programme was well received by patients who repor-*

*ted a positive impact on their independence, future prospects and quality of life. For researchers, the training programme can be also considered effective as no genitourinary complications were reported in the post-teaching assessment.*

**Key words:** *clean catheterization, neurogenic bladder, nursing healthcare, nursing teaching, traumatic spinal cord injury.*

### RESUMEN

*Se trata de un relato de experiencia acerca de la enseñanza y*

*evaluación del aprendizaje del sondaje limpio intermitente en el tratamiento de la disfunción esfinteriana*

*de personas hospitalizada con paraplejia traumática. Estudio realizado en un hospital especializado en*

## ■ Investigación & Cuidados

*atención al trauma en la ciudad de Fortaleza, Ceará-Brasil. Los en-vueltos en la enseñanza-aprendizaje fueron 42 enfermos de ambos sexos, docentes y estudiantes del Curso de Graduación en Enfermería de la Universidad Federal de Ceará y enfermeros de la asistencia. El trabajo fue desarrollado los años de 2001,2002 y 2004. Los hallazgos evidencian que la mayoría de los enfermos se sintieron satisfechos, actúe visto las declaraciones: “Me gustó, porque vosotros ense-*

*ñaron cosas difíciles de manera fácil, yo pensaba que nunca iba a aprender”, “Me gustó el modo simple como vosotros enseñaron la gente pasar la sonda, también hacer esas maniobras que ayudan”. “Ahora estoy más confiante porque tenía miedo de quedarse el resto de mi vida dependiendo de los otro”. Se concluye que la enseñanza-aprendizaje puede ser considerada satisfactoria una vez que los propios enfermos relatan que el aprendizaje del sondaje intermitente, los dejó más autóno-*

*mos, esperanzados en relación la vida futura y proporcionó una mejoría de la calidad de vida. Para los investigadores la enseñanza puede ser considerando eficaz una vez que no fueron constatadas complicaciones vesicais en la evaluación post-aprendizaje del procedimient.*

**Palabras claves:** Sondaje limpio. Vejiga Neurógena. Atención de Enfermería. Enseñanza de Enfermería. Traumatismos de la Médula Espinal.

### INTRODUCCIÓN

La lesión medular traumática es una agresión a la médula espinal que acarrea daños neurológicos diversificados, destacando la alteración de las funciones motora, sensitiva y autónoma. Esas alteraciones, hacen que la persona tenga la función de la vejiga alterada y, si la lesión neurológica que sea por encima de los centros parasimpáticos sacros, ocasionará una vejiga neurógena (1,2,3).

En esa situación, el vacío debe ser hecho por medio del sondaje intermitente cada 4 o 6 horas, dependiendo del balance hídrico del enfermo, proponerse evitar la hiperextensión de la vejiga y la infección urinaria (4,5). Este puede ser hecho tanto por la enfermera como por el propio enfermo (auto-sondaje) o por un familiar. Es un procedimiento de fácil ejecución además de lo que

se aproxima de la función vesical normal. Investigaciones nacionales e internacionales han hablado las incontables ventajas de tal procedimiento en el tratamiento de las disfunciones esfinterianas (6, 7).

Por ocasión del desarrollo de las actividades prácticas de la disciplina Enfermería en el Proceso de Cuidar II (salud del adulto), percibimos que los acometidos estaban entregados a su propia suerte tratándose del aprendizaje de los cuidados mirados la atención de la necesidad de la eliminación urinaria.

La enseñanza al enfermo portador de lesión medular, se trata de una intervención de enfermería en la cual la enfermera establece un proceso pedagógico que suministra a la persona cuidada, a la familia o a un grupo, informaciones sobre su enfermedad, su trata-

miento, su rehabilitación, intentar llevar la persona a tomar conciencia de sus capacidades de autonomía y responsabilizarse por su rehabilitación para alcanzar un mejor estado de salud y de calidad de vida (8,9).

Así siendo, el presente artículo objetiva describir la experiencia de enseñar el auto-sondaje intermitente en el tratamiento de la disfunción esfinteriana en personas hospitalizadas portadoras de paraplejía traumática.

### METODOLOGÍA

La enseñanza aconteció en el Instituto Dr. José Flota (IJF), hospital situado en la región metropolitana de Fortaleza – Ceará – Brasil.

Cuarenta y dos enfermos aceptaron participar. De estos, cuarenta eran del sexo masculino y dos, del femenino. La edad

varió entre 17 y 48 años, veintiocho eran procedentes del interior del Estado, trece, de la región metropolitana y uno, del Estado de Sao Paulo. Cuanto a la escolaridad, veinticuatro enfermos refirieron tener la enseñanza fundamental incompleta; dos, la enseñanza fundamental completa; seis, el bachillerato incompleto; seis, el bachillerato completo y cuatro afirmaron ser analfabetos (personas que no saben leer ni escribir). Acerca del mecanismo de trauma, fueron relatadas heridas por proyectil de arma de fuego, accidentes automovilísticos y caídas de altura. Fueron también envueltos enfermeros, docentes de enfermería, estudiantes de Graduación en Enfermería. La enseñanza aconteció de Marzo a Junio y de Agosto a Noviembre de 2001, 2002 y 2004.

El proyecto fue encaminado al Comité de Ética en Investigación de la institución referida, habiendo sido aprobado. Todos los enfermos suscribieron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

Las estrategias fueron fundamentadas en los principios pedagógicos recomendados por Phaneuf y Courau (10,11). En lo que concierne a los principios filosóficos que fundamentaron la enseñanza, esos fueron vinculados a la relación de ayuda que permite a la persona parapléjica adquirir herramientas que la hace responsable por su rehabilitación

y por el control de su vida (12,13,14).

Como en todo proceso de enseñanza-aprendizaje, fue necesario elaborar objetivos que sean alcanzados por los enfermos como sigue: Enumerar los órganos que constituyen el aparato urinario masculino y femenino; Explicar la diferencia de la micción de una persona sin déficit motor y sensitivo y de la persona portadora de lesión medular; Realizar las maniobras que auxilian en el vacío vesical; Demostrar la técnica del auto-sondaje intermitente.

El contenido programático comprendió los asuntos relacionados con: Conocimiento sobre el sistema urinario; Maniobras de Valsalva, Credé y Piparote; Aprendiendo el sondaje intermitente; Cuidados con el material.

Las estrategias de enseñanza-aprendizaje fueron:

1) Lectura del libro “Viva bien con su lesión medular – manual de orientación” (15). En el primer contacto, el libro era ofertado al enfermo, momento en que explicábamos la importancia de la lectura y programábamos una visita posterior para evaluar los conocimientos adquiridos. El tiempo estipulado para la lectura era entorno a tres días. Cuando el enfermo o su acompañante no sabían leer, los estudiantes hacían la lectura para ellos. En la visita subsiguiente, preguntábamos se habría leído el libro. Si no lo

hubiera hecho, indagábamos los motivos, y, en ese momento, preguntábamos sobre su interés en continuar participando del proceso enseñanza-aprendizaje.

2) Exposiciones orales informales realizadas en grupo, abordando, inicialmente, los asuntos relacionados a los aspectos de anatomía, fisiología e patología del sistema urinario. Comenzaban siempre con preguntas sobre los capítulos 20 y 21 del libro referido, con el objetivo de que conociéramos el cuanto de fijación e incautación de la temática leída. Las preguntas partían siempre de los elementos más simples para los más complejos, dando la oportunidad de que los enfermos participen activamente. La segunda fase de la enseñanza fue direccionado a la explicación de las maniobras que auxilian en la eliminación vesical y de la técnica limpia del sondaje vesical intermitente. Atentamos para el principio de las repeticiones intencionales a fin de ayudar la persona la mejor comprender y la mejor retener las explicaciones. Buscábamos conectar la explicación de una abstracción al hormigón por medio de comparaciones, ejemplos, esquemas, dibujos, etc. En total fueron seis encuentros de grupo.

3) Demostración de las maniobras que auxilian en la eliminación vesical y de la técnica del sondaje en el propio enfermo, ambas acontecieron individual-

mente y fueron establecidas tres para cada enfermo. Atentamos para el principio de las repeticiones intencionales a fin de ayudar la persona la mejor comprender y la mejor retener las explicaciones. Vale resaltar que tal etapa era siempre realizada en la enfermería, mientras que la etapa dos fue realizada ora en el jardín ora en la enfermería, una vez que ni siempre se disponía de silla de ruedas suficientes para el desplazamiento del enfermo.

4) Devolución de las maniobras y de la técnica del autosondaje, en esa etapa fue solicitada al enfermo que demostrara las maniobras de Valsalva, Piparote y Credé y la técnica del autosondaje. Pedíamos que ellos recapitularan el material necesario para el sondaje explicando la finalidad de cada uno. Nos quedábamos atentos a su incomodidad, a su fatiga, o a sus incómodos (náuseas, dolores).

La enseñanza fue programada para transmitir las informaciones en pequeñas porciones y que permitiera la propia persona verificar se comprendió, respondiendo las indagaciones con base en la lectura del libro leído y de los asuntos enseñados.

La evaluación fue realizada de forma verbal y también, por medio de demostración de los procedimientos técnicos, es decir, el enfermo era observado durante la ejecución de las maniobras y realización del autosondaje.

Después de términos evaluado la enseñanza, recogemos la apreciación del enfermo, pidiendo que él hiciera comentarios por escrito o aún verbalmente acerca de las cuestiones: “¿qué es lo que más gustó en esta enseñanza?”, “¿que modificaciones usted halla necesario para mejorar el aprendizaje?”. Esta etapa de evaluación de la satisfacción de los enfermos permitió ajustar y mejorar la enseñanza.

Fueron considerados satisfactorios los objetivos trazados para la clientela, y la evaluación presentó una buena respuesta cuando el enfermo realizó las maniobras y autosondaje correctamente, obedeciendo los principios científicos de técnica limpia.

Para que evaluemos la enseñanza y aprendizaje, establecemos como criterios los siguientes aspectos: aquellos enfermos que alcanzaran más de diez aciertos fueron clasificados como excelente; los que acertaran de ocho a diez aciertos considerados como bueno; de cinco a siete aciertos, regular y menos de cinco aciertos, insuficiente. Para los que no obtuvieron buena evaluación, fue hecha la repetición de los contenidos de forma que ellos obtuvieran un aprendizaje correcto.

## RESULTADOS

La participación efectiva de toda clientela fue notoria, siendo ésta percibida en el hecho de que treinta y siete de ellos obtuvieron

la clasificación Excelente, Bueno y Regular en sus evaluaciones. Los cinco resultados insuficientes fueron los que no sabían leer y escribir, considerando las dificultades de aprendizaje propias de las personas sin instrucción formal. Se considera analfabetos las personas mayores de 10 años que no saben leer y escribir, incluyendo de esta manera los que sólo leen o sólo escriben. El número de analfabetos, puede hacerse como un buen indicador de nivel de desarrollo educativo alcanzado por una sociedad (16). Aún, sobre la evaluación del aprendizaje, se nota que la mayoría de los enfermos informaron que la enseñanza fue eficiente una vez que proporcionó mayor autonomía. Tal hecho fue evidenciado cuando indagamos: ¿Lo que usted más gustó en esta enseñanza?

“Me gustó, porque vosotros enseñásteis cosas difíciles de manera fácil, yo pensaba que nunca iba a aprender”.

“Me gustó verdad, porque además de que la gente aprende a cuidarse, sirvió también para llenar el tiempo y no quedarse pensando estupidez”

“Me quedé más estimulado para buscar aprender más cosas sobre mi problema de no andar y el bueno es que vosotros no miráis hacia la gente como se fosemos unos cuitados”.

En cuanto a las modificaciones necesarias para mejorar el aprendizaje, así hablaron

“El sitio de las clases teóricas debería ser siempre en el jardín”

“No cambiaba nada, está bueno así de este modo...”

“Aumentaba los días de clases...”

“Aumentaba el plazo para la lectura del libro, para mí fue poco solamente 4 días”

La literatura nacional y extranjera refuerza el conocimiento que las personas con lesión medular traumática, en sus recorridos de contacto con enfermeros valoraron principalmente las actividades de enseñanza relativas a las habilidades y técnicas útiles para las actividades de vida diaria (17,18). Las modificaciones apuntadas fueron acatadas por el equipo ejecutor y las nuevas enseñanzas ya son realizadas observando las solicitudes. Esta manera de cuidar proporciona las personas portadoras de lesión medular traumática mejores condiciones para que se adapten a su nueva condición de vida. Aspecto que también fue evidenciado por Carvalho, en un estudio sobre la enseñanza de cuidados de enfermería para personas con lesión medular traumática (19).

## CONCLUSIONES

En la experiencia ora relatada el resultado puede ser considerado satisfactorio, una vez, que los propios enfermos relataron que aprender ese procedimiento los dejó más autónomo, y también más esperanzados en relación a su

vida futura. Sin embargo, algunos factores dificultaron el proceso: No existir un local apropiado para la enseñanza; El bajo nivel de escolaridad de los envueltos; poco recursos financieros; el entusiasmo y el antojo de aprender de los enfermos.

De estas cuarenta y dos personas tuvimos la oportunidad de acompañar trece en domicilio, los que viven en la gran Fortaleza, ocasión que constatamos que el procedimiento enseñado viene siendo desempeñado correctamente, visto que no fueron detectados casos de infecciones urinarias, uretritis y vaginitis. En los demás no hubo acompañamiento porque vivían en el interior del Estado.

Enseñar a la persona enferma es un desafío pero hacerlo junto a clientela específica, tales como los niños, los ancianos las personas que presentan limitaciones intelectuales o sensoriales, las personas fragilizadas emocionalmente como es el caso de los lesionados medulares es un desafío aún, mayor.

Se concluye que el objetivo fue alcanzado, visto que la mayoría de ellos refirieron que se sentirían más autónomos. La identificación de sentimientos positivos en relación a la deficiencia física, se revistió de gran importancia para los enfermos. La experiencia mostró que los participantes de este estudio se sintieron engajados en la enseñanza y que este resultó

en una mejoría de la calidad de vida de ellos.

Se sugiere que otros servicios que atienden personas con lesión vertebro medular utilicen las estrategias de enseñanza aprendizaje por nosotros presentada en el objetivo de subsidiar nuevas directrices de cuidado para estas personas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Pascual MG e tal. Lesión medular – guía de autocuidados. Hospital Universitario de Valencia. 1ª Edición. València: Edita: Generalitat Valenciana; 2001.p.
- 2) Cózar JM, Tallada, M., Espejo E. Diagnóstico clínico de la vejiga neurogénica. *Medular Espinal* 1995 vol. 1, nº 3, oct. 146 -151.
- 3) Martínez A E. Incontinência urinária. Madrid: Indas S.A 1999.
- 4) Lápides JC. Intermittent self-catheterization in the treatment of urinary tract disease. *J. Urol.* 1972 ; 107(3):458-61.
- 5) Bruni DS, Strazzieri KC, Gumieiro MN, Giovenazzi R, Sá VG., Faro MAC. Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. *Rev. Esc.Enferm USP*, 2004; 38(1): 71-9.
- 6) Lelis MAS. Cateterismo vesical intermitente – técnica limpa: caracterização da pratica vivenciada por um grupo de pacientes. [Tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP.1998.
- 7) Moroóka M. Autocaterismo vesical intermitente técnica limpa: descrição do procedimento realizado pelos pacientes com lesão medular. [Tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.
- 8) Pereira MEMS, Araújo TCCF. Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2005; 63 (2-B): 502 – 507.
- 9) Vall J, Braga VAB, Almeida PC. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão traumática. *Arq. Neuropsiquiatr.*

- 2006; 64 (2-B): 451 – 455.
- 10) Phaneuf M. La planification des Soins: Une Système Intégré et personnalisé. Montreal, Canadá: Les Edition de la Chenelière. Inc., 1996.
  - 11) Courau S. Les outils de base du formateur. Paris, E.S.F. 1993.
  - 12) Queirós AA. Empatia e respeito – dimensões centrais da relação de ajuda. Coimbra: Editora Quarteto. 2003. ISBN 972.8535-03-1.
  - 13) Lazure H. Viver a relação de ajuda. Lisboa: Lusodidacta, 1994.
  - 14) Phaneuf M. Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira. Coimbra: Edição Cuidar. 1995.
  - 15) Carvalho ZMF, Damasceno, MMC. Viva bem com a sua lesão vertebral – um guia práctico. 2ª Edição Revista e Actualizada. Porto: Humbertipo. 2003.
  - 16) UNESCO. Informe mundial sobre la educación. Madrid: Santillana / Ediciones - UNESCO, varios años.
  - 17) Carvalho ZMF. O cuidado de enfermagem com a pessoa paraplégica hospitalizada: estudo à luz da teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson. Fortaleza: Tese de doutorado. Departamento de Enfermagem da Faculdade de farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (Univ. Fed. do Ceará), 2002
  - 18) Henriques FMD. Paraplegia : percursos de adaptação e qualidade de vida. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lta. 2004.
  - 19) Carvalho ZMF. O cuidado de enfermagem dirigido a pessoas com lesão vertebral medular. Coimbra, Interações, n.6, pp.175 – 183. Abril de 2004.

# Cambios generacionales en el inicio y duración de la lactancia materna

Premio a la mejor comunicación presentada en el 6º Congreso Nacional de La Asociación Enfermería Comunitaria-Simposium Internacional en Enfermería Comunitaria Valencia 8, 9, 10, 11 de noviembre de 2006

**Autores:** Inmaculada Navarro García, Paula Martínez Molins, Amparo Pascual Carrión, Mónica Aloy Asensi, Rosa María Montañés Méndez, Enrique Jesús Jareño Roglán.  
*Centro de Salud de Moncada (Valencia)*

## Generation changes during breastfeeding

### ABSTRACT

*The study aim is to examine the changes which take place during breastfeeding. For this, women of different ages who live in our health department will be interviewed.*

*Significant differences were found in the way of breeding children depending on the age of women.*

*It is of great importance the role of health professionals in promoting and maintaining breastfeeding.*

*Although it must not be forgotten the great influence which society has in this subject.*

**Key words:** : breastfeeding, formula-feeding, age, work, education.

### RESUMEN

*Este estudio se propone examinar los cambios que se producen en el inicio y duración de la lactancia materna, entrevistando a mujeres de distintas edades que residen en nuestra Zona básica de Salud.*

*Observando diferencias significativas en la forma de crianza de los hijos de las mujeres de distintas décadas.*

*El papel que desempeñamos los profesionales de la salud en el mantenimiento de la lactancia materna*

*es fundamental y muy importante. Aunque no debemos olvidar la influencia que tiene la sociedad en general sobre este tema.*

**Palabras clave:** Lactancia materna, fórmulas adaptadas, edad, trabajo, educación.

### INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud recomienda como forma idónea de crianza de los lactantes la lactancia materna, de forma exclusiva hasta los 6 meses y combinada con otros alimentos hasta los 2 años o más.

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX se produjo en nuestro medio un cambio importante en la forma de criar a los hijos:

durante algunas décadas (sobre todo en los años 60 y 70) la lactancia materna fue perdiendo terreno siendo sustituida con mucha frecuencia por la lactancia artificial.

Sobre este cambio han podido influir varias situaciones, como:

- La expansión comercial de las fórmulas adaptadas y la extensión de ciertas creencias sobre las “ventajas” de estos productos

- El cambio de los nacimientos del domicilio a las Maternidades (con tendencia a fijar pautas horarias)

- La preocupación de los sanitarios (enfermería, pediatras,...) por fijar horarios y parámetros de crecimiento (por ejemplo, marcando la pauta de ganancia de peso semanal adecuada)

Es posible que esta tendencia haya empezado a cambiar en los

## ■ Investigación & Cuidados

últimos 15-20 años gracias a una mejor formación del personal sanitario y a cierta (y lenta) extensión de la educación sobre las ventajas de la lactancia materna a la población en edad fértil.

### OBJETIVOS

Analizar los cambios en los porcentajes de lactancias maternas y en la duración de las mismas en la crianza de los hijos entre mujeres de distintas edades residentes en nuestra Zona básica de Salud.

### MATERIAL Y MÉTODOS

La Zona básica de Salud dependiente del Centro de Salud de Moncada comprende las pobla-

ciones de Moncada (con las pedanías de San Isidro de Benagéber y Masías), Alfara del Patriarca y Massarrojos (pedanía de Valencia), entre las cuales suman 25.026 habitantes.

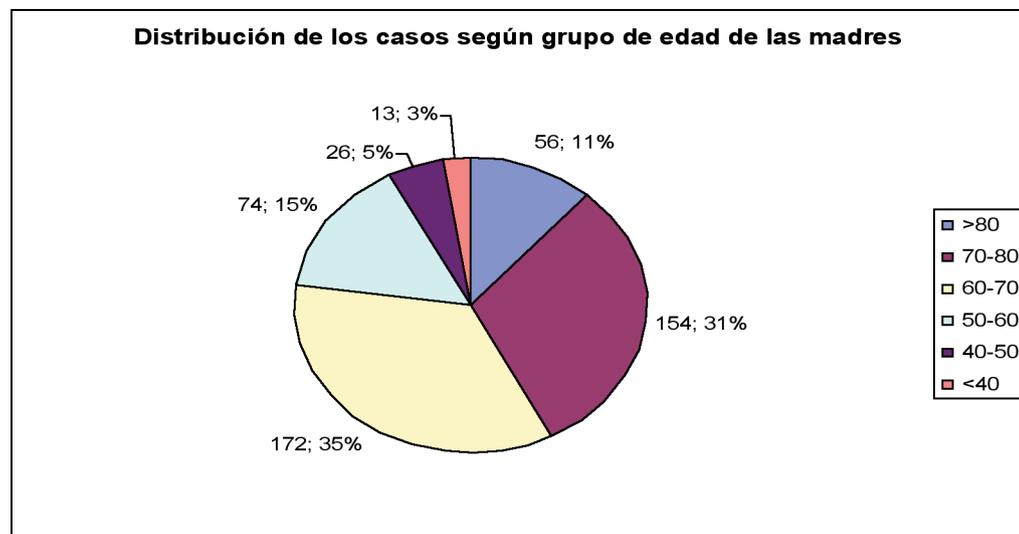
Población del estudio: 495 hijos de 178 mujeres residentes en nuestra Zona básica de Salud. Las edades de las madres oscilan (actualmente) entre 33 y 87 años. Tenemos en cuenta únicamente aquellos hijos que han sobrevivido al menos 1 mes.

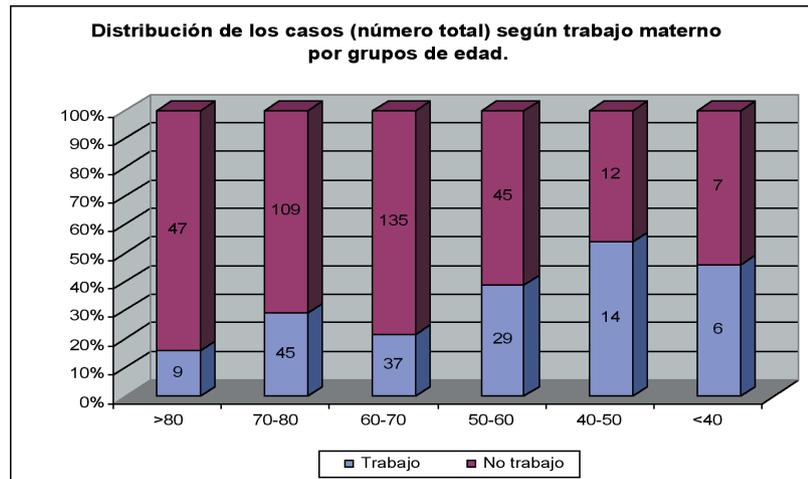
Los datos del estudio se han obtenido a través de una encuesta dirigida a estas mujeres en las consultas de Enfermería de nuestro Centro, en la que se les ha preguntado:

- Edad actual (fecha de nacimiento)
- Número de hijos criados y número de lactados a pecho
- Duración de la lactancia (en meses)
- Trabajo remunerado fuera del domicilio o no (durante la crianza)

En 140 de los casos (28%) la madre tenía trabajo remunerado.

Hemos dividido a las mujeres en grupos de edad según décadas (con el punto de corte de cada década en el 1 de Septiembre de cada año terminado en 6). En las siguientes gráficas observamos como se distribuyen los casos según la edad de las madres encuestadas y según tengan o no trabajo remunerado.





## RESULTADOS

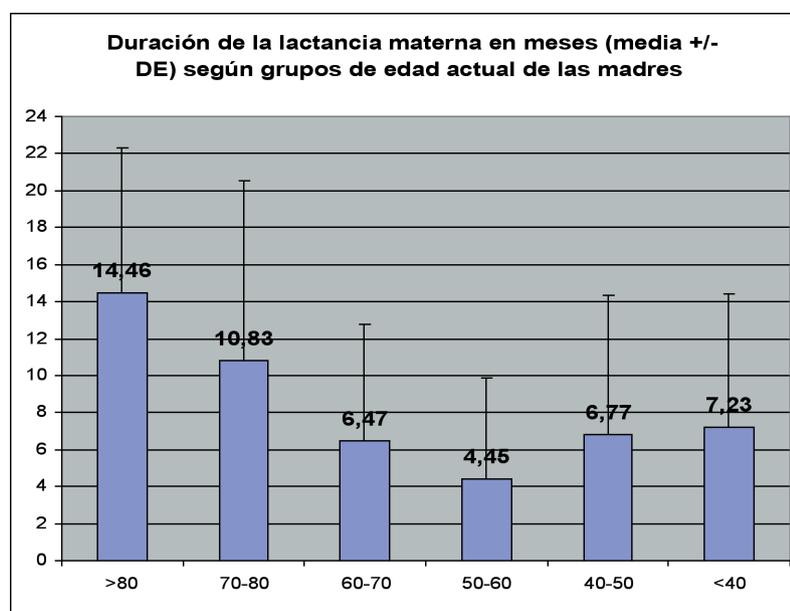
El grupo de mujeres mayores de 80 años son las que mayor porcentaje de lactancias maternas ha iniciado (96%) y las que las han mantenido más tiempo (el 88% seguía a los 6 meses; media: 14,46 ± 7,86 meses). Estos valores descienden progresivamente en los grupos de 70-80 y 60-70 años, con el mínimo en el grupo de 50-60

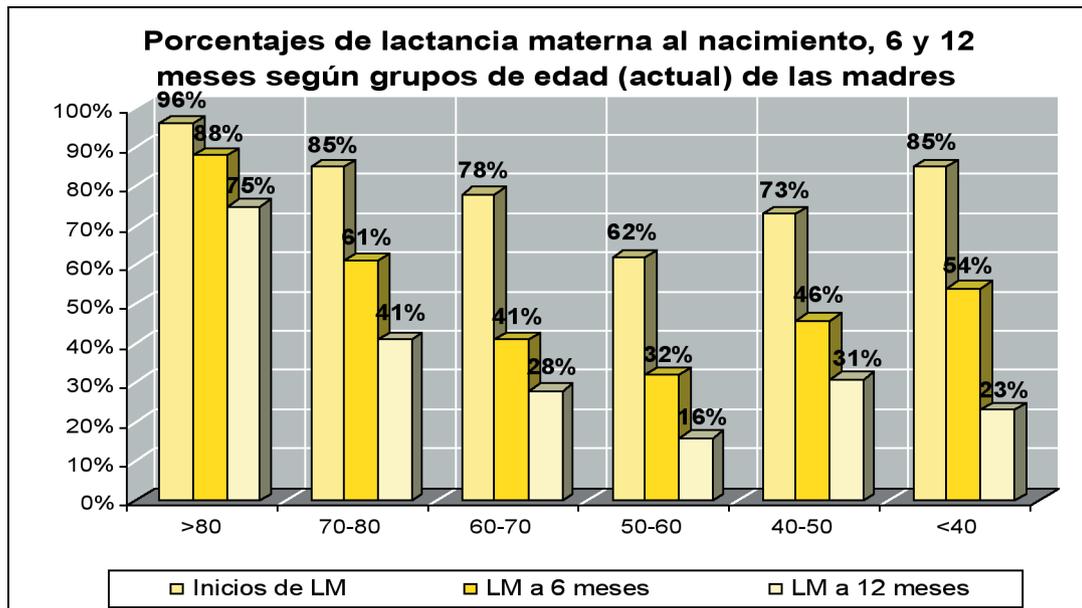
años (inicios: 62%; 32% a los 6 meses; media: 4,45 ± 5,44 meses). Posteriormente estas cifras mejoran hasta un 85% de inicios (54% a los 6 meses) y una media de 7,23 ± 7,15 meses en las menores de 40 años.

No se observan diferencias significativas en el inicio (80% en ambos casos) y duración de la lactancia entre aquellos cuyas

madres tenían trabajo remunerado fuera del domicilio y las que no (ver tabla). 80% en ambos casos; medias: 7,96 ± 8,27 vs 8,67 ± 8,27 meses; p: 0,194).

<b>Trabajo</b>	7,96 ± 8,27 meses
<b>No trabajo</b>	8,67 ± 8,27 meses
<b>p</b>	0,194





## CONCLUSIONES

En nuestro grupo de mujeres encuestadas se repite la tónica general del descenso llamativo de las crianzas con lactancia materna entre aquellas mujeres que criaron sus hijos a partir de los años 60 y 70 (sobre todo las que actualmente tienen entre 50 y 60 años), produciéndose una cierta mejoría a partir de los años 80 y 90, aunque todavía estamos lejos de los porcentajes y duraciones de lactancias alcanzadas por nuestras abuelas.

En nuestra población de mujeres no ha influido la situación laboral de forma significativa sobre la lactancia.

Es necesario seguir insistiendo en la educación de las nuevas generaciones (tanto de sanitarios como de padres y madres en potencia) sobre la importancia de la lactancia materna en la crianza y alimentación de los niños.

## BIBLIOGRAFÍA

- División de Salud y Desarrollo del Niño (OMS). Pruebas científicas de los Diez

Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1998.

- García-Vera C, Martín Calama J. Lactancia materna en España. Resultado de una encuesta de ámbito nacional. Revista Pediatría de Atención Primaria 2000; vol II (7): 21-35.

- Jareño EJ et al. Factores que influyen sobre el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Impacto de la promoción de la lactancia en un Centro de Salud. Anales de Pediatría (Barcelona) 2006; 64 (Supl 3): 86.

- Organización Mundial de la Salud. Nutrición del lactante y del niño pequeño. 55ª Asamblea Mundial de la Salud 16-Abril-2002 (Documento A55/15).

# Prevención primaria del trastorno bipolar

II Premio CECOVA de Investigación para residentes de Enfermería en Salud Mental 2006

**Autora:** Yolanda Camino Castro

## Primary prevention of bipolar disorder

### ABSTRAC

*Bipolar disorder is a pathology that affects the state of mind. During the recent years it has been stated that its incidence is increasing and the age of commencement is decreasing.*

*Interventions for prevention and promotion have meant benefits for health – that is the reason why this project tries to verify the effectiveness of a psicoeducational programme for adolescents, in order to prevent the disorder. The programme is*

*being carried out by a mental health nurse.*

**Key words:** *primary prevention, bipolar disorder, psicoeducational intervention, mental health nurse.*

### RESUMEN

*El trastorno bipolar es una patología que afecta al estado de ánimo. En los últimos años se ha puesto de manifiesto que la incidencia está aumentando y disminuyendo la edad de comienzo.*

*Las intervenciones de prevención y promoción se han traducido en beneficios para la salud, por ello este proyecto trata de verificar la eficacia de un programa psicoeducativo en adolescentes, con el fin de prevenir el desarrollo de dicho tras-*

*torno. Impartido por una enfermera especialista de salud mental.*

**Palabras clave:** *Prevención primaria, trastorno bipolar, intervención psicoeducativa, enfermera especialista en salud mental.*

### INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar, enmarcado dentro de los trastornos afectivos, presenta sintomatología que alterna entre la depresión y su opuesta, la manía. Es una enfermedad crónica y recidivante que afecta a los mecanismos que regulan el estado de ánimo. A pesar de que todas las personas tienen diariamente altibajos anímicos, propios de situaciones cotidianas, en la enfermedad bipolar estas alteraciones resultan desproporcionadas. El trastorno bipolar se da en forma de periodos de tiempo (episodios) en los que hay:

#### **Episodios de exaltación exagerada del estado de ánimo.**

(denominados maniacos) en los que pueden predominar tanto la euforia como la expansibilidad y la irritabilidad, con síntomas acompañantes que incluyen, autoestima excesiva o grandiosidad, disminución del sueño, verborrea, fuga de ideas, desinhibición, distraibilidad e inquietud o agitación psicomotriz.

**Episodios de descenso exagerado del estado de ánimo.** (denominados depresivos) que se acompañan de un predominio de la apatía, inhibición psicomotriz, lenti-

tud de pensamiento, retraimiento e hipersomnias, entre otros.

Como bien se ha dicho anteriormente se trata de una enfermedad crónica con un curso fásico y recurrente que, por lo general se acompaña de periodos de eutimia o remisión, en los que los síntomas desaparecen casi por completo.

Este trastorno ha sido identificado en todas las sociedades y etnias, con variaciones en función de la cultura y personalidad individual, aunque con unas características comunes invariables. Las tasas de Prevalencia intercultural-

## ■ Investigación & Cuidados

les para este trastorno son bastante similares, la razón mujeres-hombres oscila entre 1,3/1 y 2/1 (1).

Se admite que la media de edad de comienzo es alrededor de los 28 años. Pero esta es la media que incluye tanto los casos de comienzo muy precoz, como los de comienzo tardío. Así pues, se puede decir que la edad más frecuente de aparición es alrededor de los 20 años (2).

Existe una evidencia de que los trastornos afectivos tienen una marcada predisposición genética. Los estudios epidemiológicos familiares, y sobre todo los de concordancia de gemelos monocigóticos y heterocigóticos demuestran que los factores genéticos desempeñan un papel esencial en la etiopatogenia de estos trastornos. El riesgo de padecer un trastorno afectivo en familiares de primer grado de un paciente bipolar es de aproximadamente el 20%, repartido en un 8% para el trastorno bipolar y un 12% para el trastorno unipolar (3,4). La mayoría de los investigadores coinciden en que existe una contribución genética en el origen del cuadro, y se ha estimado una heredabilidad hasta en un 85% de los casos (Rodríguez 1996) (5).

Actualmente en este contexto de vulnerabilidad genética se reconoce la relevancia de los factores psicosociales; así pues los acontecimientos estresantes, el apoyo social y familiar y los ras-

gos de personalidad actuarían elevando o rebajando el umbral de respuesta patológica al estrés (1). Es evidente que situaciones de estrés ambiental pueden precipitar trastornos mentales, y que diversos, y complejos, factores sociales tienen un claro pero diferente papel en la génesis, curso y tratamiento de los procesos psiquiátricos (6). Así pues, este tipo de factores pueden ser considerados como “factores de riesgo”. Según la OMS, “un factor de riesgo es toda característica o circunstancia determinable que, según los conocimientos que se poseen, esta asociada a un riesgo anormal de aparición o evolución de un proceso patológico o de afectación especialmente desfavorable de tal proceso”. Es decir, hace referencia a elementos que, estando presentes, acentúan o aumentan la probabilidad de aparición de procesos patológicos (7).

Los términos “Susceptibilidad”, “riesgo” y “vulnerabilidad” se utilizan muchas veces como sinónimos en la literatura. Fernández Ríos los considera conceptos similares y define el modelo de vulnerabilidad como el que propone que en un individuo o grupo de individuos confluyen un conjunto de factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que los sujetos lleguen a presentar una determinada patología (6). Pues bien, se destacan aquí dos de los factores de riesgo que podrían conferir una cierta vulnerabilidad,

los cuales son objeto de esta investigación: Acontecimientos vitales estresantes y consumo de tóxicos.

La extensa investigación que hasta la fecha se ha realizado sobre acontecimientos vitales y enfermedad ha demostrado que los acontecimientos vitales estresantes pueden dar como resultado problemas de salud física y mental, la importancia del tema se refleja en la afirmación de Brown y Harris, acerca de que aproximadamente el 60% de personas diagnosticadas de un trastorno mental han experimentado un acontecimiento vital grave en las semanas previas al inicio de dicho trastorno (6,8). Existen varios estudios que confirman la importancia de los acontecimientos vitales como determinantes de la eclosión de la enfermedad; Rennie, en 1942, ya encontró situaciones vitales problemáticas previas al inicio del trastorno en el 80% de los pacientes con trastorno bipolar ingresados en el Hospital Johns Hopkins entre 1913 y 1916 (1,9).

En la década de los 60, Holmes y Rahe trabajaron en la cuantificación de los acontecimientos vitales y en la creación de una escala de reajuste social que medía las situaciones de cambio vital, calculando el grado habitual de estrés psicológico asociado a diversos acontecimientos o cambios vitales. En las primeras investigaciones se observaba que, en muchos casos, la enfermedad

coincidía o aparecía poco tiempo después de periodos donde se acumulaban acontecimientos vitales, observándose una relación directa entre la gravedad del suceso estresante y la probabilidad de aparición e intensidad de la enfermedad (6,10).

Cualquier suceso es una ocurrencia especial o significativa. Pero, ¿Qué hace que un evento sea lo bastante significativo, estresante o crítico para ser considerado un acontecimiento vital? Se podría definir Acontecimiento Vital como un “fenómeno externo, económico, social o malestar psicológico” (11) o en palabras de Brown, “cualquier circunstancia estresante, cambio o situación que exijan cambio en la vida del individuo” (6,12).

En cuanto a la interferencia del consumo de drogas en el trastorno bipolar, este junto con el consumo de alcohol, puede precipitar un episodio del mismo, en un individuo genéticamente predisuesto (5). Además según el modelo de sensibilización conductual por estrés y cocaína, basado en la sensibilización biológica, la administración repetida de un estimulante psicomotor como la cocaína o un estresor genera una respuesta conductual mayor a lo largo del tiempo. Este modelo neurobiológico del trastorno bipolar, se basa en los trabajos de Robert Post y col (1987-95) quien realiza dos analogías con reflejo en la clínica para justificarlo.

Por un lado, menciona la capacidad del consumo de cocaína para generar episodios hipomaniacos y maniacos y la frecuente comorbilidad del trastorno afectivo y el trastorno de adicción a la cocaína. Y, por otro lado, la sensibilización cruzada entre la cocaína y el estrés, al verificarse que el individuo se muestra progresivamente más reactivo al estrés repetido.

De esta manera Post sostiene que la sensibilización conductual al estrés y la cocaína podrían compartir mecanismos neurobiológicos comunes con el trastorno bipolar (13).

### JUSTIFICACIÓN.

El trastorno bipolar es un importante problema de salud por su frecuencia y gravedad, produce un enorme sufrimiento en las personas que lo padecen así como en su familia. Además, supone un gasto sanitario considerable (5). A los costes de los servicios sanitarios, hay que sumarles los costes por desempleo y reducción de productividad, los del impacto en las familias y cuidadores (12). Se encuentra entre las diez primeras causas de discapacidad en el mundo (OMS, 2001).

La prevalencia del trastorno bipolar a lo largo de la vida se sitúa cerca de 1,6 (1,14), aunque trabajos posteriores aumentan dicha cifra al 2-2,5% (1,15). Los datos de la mayor parte de estudios se refieren exclusivamente al

trastorno bipolar I; si se incluyeran otros trastornos del espectro bipolar como el trastorno bipolar II estas cifras se incrementarían de forma considerable (1). Los pacientes suelen ser jóvenes cuando se manifiestan los primeros síntomas, y además en los últimos años, se ha observado que la incidencia del trastorno bipolar esta aumentando mientras la edad de aparición ha disminuido (2).

Este tipo de patología es a pesar de la eficacia creciente de los recursos terapéuticos farmacológicos, una fuente de morbilidad y mortalidad con grave perjuicio para la calidad de vida de quienes los padecen y la sexta causa de incapacidad laboral (4,16), comportando por su gravedad y cronicidad un gran gasto económico y social tanto directo (ingresos hospitalarios, utilización de recursos médicos) como indirecto (constantes bajas laborales, pérdida de productividad) (4,17).

Tomando como base “La Carta de Ottawa de Promoción de la Salud” (18), las actividades de promoción de la salud mental conllevan la creación de condiciones individuales, sociales y del entorno que permiten un desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo para mejorar la calidad de vida. Por su parte la prevención de los trastornos mentales, se basa en los principios de salud pública (19), se caracteriza por su enfoque en la reducción de factores de riesgo y la promoción de factores

de protección relacionados con un trastorno mental o problema de conducta, con el objetivo final de reducir su prevalencia e incidencia. Aunque la prevención y promoción en salud mental se han considerado a veces como dos enfoques diferentes, los dos comparten tanto analogías estructurales como una relación funcional (20) y un objetivo común mejorar la salud mental (21).

La promoción y la prevención en salud mental proporcionan una estrategia adicional a la del tratamiento para combatir con éxito la creciente epidemia de enfermedades mentales. Dicha estrategia no solo hace frente a los problemas de salud mental antes de que estos aparezcan sino que además puede ser aplicada en el ámbito comunitario (21).

También Caplan (1961) identificó un abordaje de tres bandas para la actuación en los problemas de salud mental: Prevención primaria, prevención secundaria, prevención terciaria. Utilizando esta estructura y así mismo centrándonos en la prevención primaria la actuación de enfermería en este nivel, esta diseñada para identificar a la población vulnerable a experimentar riesgos psicosociales. La guía y el apoyo esta diseñado para centrarse en los potenciales del paciente, de forma que se favorezca la capacidad del paciente para encontrar soluciones a los problemas y para promover la salud y el bienestar. El énfasis

se hace en el desarrollo del potencial del paciente más que en la actuación de la patología (22). Las competencias de los profesionales de enfermería en el mantenimiento y promoción de la salud y prevención de la enfermedad se incluyen en este nivel de prevención.

Varias publicaciones demuestran que existe suficiente evidencia de que los programas de prevención y promoción funcionan y producen beneficios importantes en la salud de los individuos y en general en toda la sociedad (20, 21 23, 24).

En este proyecto se propone una prevención selectiva, es decir, una prevención dirigida a individuos cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que la media, y se evidencia por factores de riesgos biológicos, psicológicos o sociales (23). Teniendo en cuenta que el trastorno bipolar es uno de los trastornos psiquiátricos en donde tiene mas importancia la herencia, con una fuerte carga genética en su origen (2); y habiendo identificado otros dos factores de riesgo, capaces de precipitar la enfermedad como los acontecimientos vitales estresantes y el consumo de tóxicos, se pretende desarrollar un programa de prevención primaria de dicho trastorno bipolar, buscando a la vez apoyo en estos dos pilares: afrontamiento saludable de los acontecimientos vitales estresantes y la prevención del consumo de tóxicos.

Desde la perspectiva enfermera, se trabajará el Patrón de percepción y mantenimiento de la salud, que recoge dos dimensiones: la percepción que tiene la persona de su estado general de salud y las influencias que pueden tener sobre su estado los conocimientos y las prácticas realizadas al respecto; basándonos fundamentalmente, en las habilidades para reaccionar, con la finalidad de mantener un determinado nivel de salud (25). Así pues, se trata de abordar factores que pueden alterar este patrón como la ausencia o pobreza de habilidades para un afrontamiento eficaz del estrés y la prevención del consumo de sustancias nocivas para la salud.

## **HIPÓTESIS.**

### **HIPÓTESIS CONCEPTUAL:**

“La incidencia del trastorno bipolar en personas con factores de riesgo conocidos que sigan un programa de prevención primaria será menor que en personas vulnerables que no lo sigan.”

### **HIPÓTESIS OPERATIVA:**

“Las personas que presentan una predisposición genética a padecer el trastorno bipolar, que sigan un programa de intervención psicoeducativo impartido por una enfermera especialista en salud mental, no presentarán un diagnóstico de trastorno afectivo desde que participen en el programa hasta los 29 años (de los 20 a los 29 años, edad donde hay una

mayor probabilidad de inicio del trastorno”.

## OBJETIVOS.

### GENERALES

- Determinar la efectividad de un programa de intervención o psicoeducativo en personas vulnerables a padecer trastorno bipolar.

### ESPECÍFICOS

- Promover la utilización de habilidades para un afrontamiento eficaz del estrés.
- Favorecer la adquisición de habilidades sociales y la resolución de problemas, y la capacidad de aplicarlas a la vida diaria.
- Mejorar los conocimientos de los participantes en lo referente al consumo de tóxicos y su prevención y daños derivados del uso.

## MÉTODO Y PROCESO DE INVESTIGACIÓN.

### PLANIFICACIÓN OPERATIVA DE LA INVESTIGACIÓN.

- Población a estudio: Hijos de pacientes diagnosticados de trastorno bipolar, que están siendo tratados en los Centros o Unidades de Salud Mental de Foios, Malvarrosa y Trinitat, con una edad comprendida entre los 16-20 años.

### Criterios de inclusión:

1. Hijos de pacientes diagnosticados de trastorno bipolar según el DSM-IV que acudan a la consulta de su psiquiatra de

centro de salud mental (atención especializada).

2. Edad: 16-20 años.
3. Consentimiento informado (Acceda voluntariamente a tomar parte en el estudio) y autorización paterno en caso de minoría de edad (ANEXO V).
4. Compromiso de participación activa, asistencia y confidencialidad.

### Criterios de exclusión:

1. Sujeto que presente trastorno psiquiátrico alguno en la actualidad o que haya estado en tratamiento psiquiátrico o psicológico en los 5 años previos.
2. Consumo habitual de drogas, alcohol o cualquier otra sustancia adictiva.
3. Dificultad cognitiva que imposibilite la participación en cuanto a expresión o comprensión.
4. Analfabetismo.

### Muestra:

El tamaño muestra será de 144 personas; correspondiente a la suma de los tres centros anteriormente citados. Los sujetos serán seleccionados a partir de una población, que cumpla los criterios de inclusión, cuyo padre/madre esté siendo tratado en alguna de las unidades de salud mental antes mencionadas, presentando además un diagnóstico de trastorno bipolar (según los criterios del DSM-IV).

La mitad de los sujetos que

participan en la investigación recibirán, una intervención psicoeducativa grupal. Por lo tanto la mitad serán asignados al grupo de intervención y la otra mitad al grupo control, siendo esta asignación aleatoria, y obteniendo dos grupos:

**GRUPO DE INTERVENCIÓN:** Sujetos que van a participar en el programa de intervención psicoeducativa.

**GRUPO CONTROL:** Sujetos que no recibirán intervención psicoeducativa.

Se verificará el diagnóstico médico del progenitor afectado, y se le dará una explicación preliminar tanto a los padres como al sujeto, insistiendo en el hecho de que su participación en el estudio, estará condicionada a la autorización paterna por escrito en el caso de los menores de edad.

### Formación de los grupos:

Se seleccionarán 48 sujetos de cada unidad de salud mental, después de haber realizado una entrevista personal y verificar que dichas personas cumplen los criterios de inclusión/exclusión. Estos sujetos serán divididos posteriormente en dos grupos de 24 sujetos cada uno. La asignación a uno de los grupos (intervención o control) será al azar, según una secuencia de aleatorización generada previamente por ordenador, para garantizar que ambos grupos tengan mayor homogeneidad.

**Estrategia de investigación:**

El estudio es de tipo analítico experimental y consiste en una intervención psicoeducativa grupal, formada por dos módulos. Las actividades del primer módulo irán encaminadas a dotar a los adolescentes de técnicas para mejorar su respuesta ante el estrés o los acontecimientos vitales estresantes, teniendo en cuenta que nuestra respuesta ante el estrés, está de acuerdo con nuestras experiencias de aprendizaje, nuestras habilidades de afrontamiento y nuestros sistemas de apoyo. Por otro lado, el segundo módulo, se basa en enseñar a las personas, en este caso adolescentes, habilidades específicas para funcionar mejor en sus interacciones con el mundo, con los demás y consigo mismos, en comprenderse mejor y en desarrollar estrategias de rechazo de las distintas drogas. La enfermera especialista en Salud Mental, en el desempeño de funciones que le son propias, como la aplicación de programas psicoeducativos, será la encargada de aplicar el programa, acompañada de otra enfermera que actuará de co-terapeuta.

El programa psicoeducativo se compone de 16 sesiones, además de una sesión pre-estudio que se realizará, con el fin de explicar tanto a los participantes como a sus padres la finalidad de la investigación, pedir la autorización paterna, en caso de los menores de edad, y el consentimiento informado.

Los grupos a estudio serán cerrados, con un máximo de 12 personas y se llevarán a cabo en encuentros semanales de 90 minutos dirigidos por dos terapeutas con una experiencia mínima en aplicación de psicoeducativos (desarrollo de la intervención en el ANEXO I).

Una vez finalizada esta 1ª Fase de intervención, se llevará a cabo una 2ª Fase de seguimiento de los sujetos que han participado en el programa, con el fin de verificar si han desarrollado el trastorno bipolar o algún otro síntoma que refleje un trastorno afectivo (ya que en ocasiones el trastorno bipolar, se inicia con sintomatología depresiva, diagnosticándose en un principio de Episodio Depresivo). Dicho seguimiento será realizado por la enfermera especialista, la cual se pondrá en contacto con los sujetos mediante llamada telefónica, solicitando la información pertinente (“¿ha tenido la necesidad de acudir a un psiquiatra? ¿refiere alguna sintomatología del estado del ánimo?” Etc...). El contacto se realizará en periodos de 6 meses a partir del año siguiente de finalizar la 1ª Fase, con una duración variable en función de la edad del sujeto (hasta que este cumpla los 29 años).

**DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES.****Dependientes:**

Estilos de afrontamiento del

estrés: Se considerará esta variable dependiente puesto que, a través de la intervención, se pretende dotar a los jóvenes de respuestas o estrategias de afrontamiento para prevenir, eliminar o debilitar los estresores. Así pues, se intentará que los métodos de afrontamiento de los sujetos participantes en la intervención, cambien a otros más eficaces y a respuestas más adaptativas. Aunque existe un cuestionario que mide esta variable (Cuestionario de estilos del afrontamiento del Lazarus y Folkman -1984, no se utilizara instrumentó de medida alguno, ya que el estudio no lo requiere).

Conocimiento acerca del consumo de drogas: En tanto que, se trata de dotar a los jóvenes de información sobre las drogas y sus efectos, de forma que cambie la percepción con respecto al consumo propio. Se considerará variable dependiente, ya que modificaremos el conocimiento al inicio del estudio con respecto al conocimiento al final de la intervención.

**Independientes:**

Programa de intervención psicoeducativa para la prevención del trastorno bipolar: La variable independiente es el programa tal y como se describe en el ANEXO I.

**Controladas:**

Sexo.  
Edad.  
Progenitor bipolar.

**ANÁLISIS DE LOS DATOS.**

Una vez finalizada la 2ª Fase del estudio, considerada de seguimiento, se hará una comparación entre los grupos intervención y control. Esto se efectuará mediante la prueba de Chi cuadrado, ya que se trata de dos variables cualitativas o categóricas dicotómicas (intervención si/no; diagnóstico de trastorno bipolar si/no).

**RECURSOS NECESARIOS HUMANOS:**

- Dos enfermeras especialistas en salud mental con experiencia en intervenciones psicoeducativas.

**MATERIALES:**

- Una habitación amplia.
- 14 sillas cómodas.
- Una pizarra y tizas.
- Ordenador y proyector.
- Un radiocasete y cintas de audio.

- Un televisor y reproductor de video o DVD.
- Folios, tarjetas tamaño cuartilla y bolígrafos.

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN UNA POBLACIÓN DE RIESGO A PADECER TRASTORNO BIPOLAR.**

El programa de intervención psicoeducativa, tal y como se ha descrito anteriormente, constará de 16 sesiones, divididas en dos módulos. El primero tratará las HABILIDADES PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS con técnicas como la relajación muscular progresiva, la imaginación temática, la inoculación del estrés y el automodelamiento; y el segundo la PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS que abordará la técnica de resolución de proble-

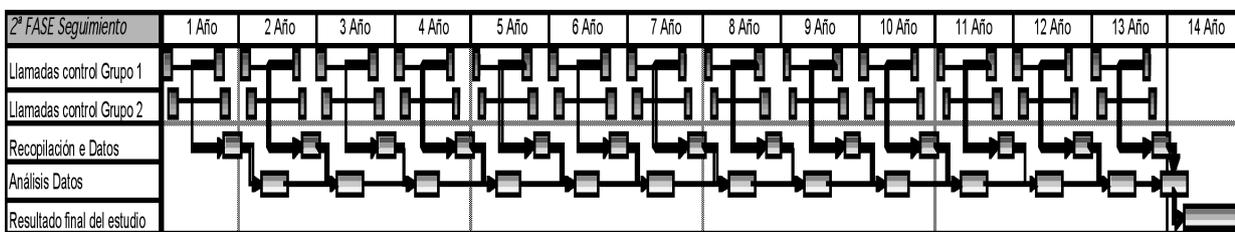
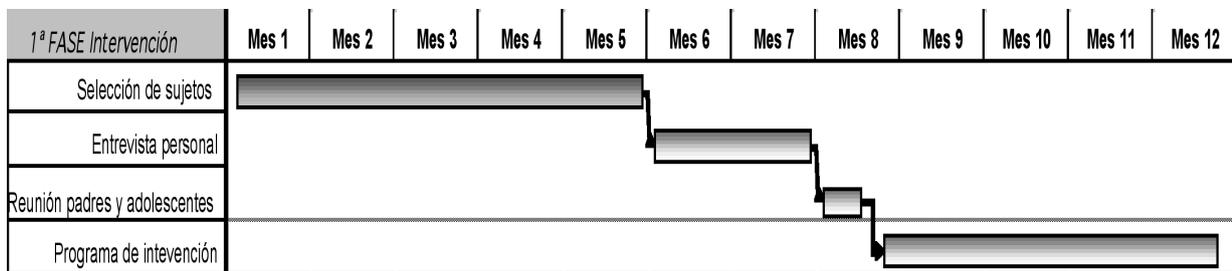
mas, diferentes habilidades sociales, así como también la temática del ocio y los efectos negativos de las drogas.

Por la extensión del mismo, no se incluye la totalidad del contenido de las sesiones tal y como se presenta en el proyecto.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. CERVERA ENGUIX S., LEAL CERCO S., BACA BALDOMERO E., VALLEJO RUILOBA J., CUENCA FERNANDEZ E. Trastornos del humor. Editorial médica panamericana.1999.
2. ASOCIACION VALENCIANA DE TRASTORNO BIPOLAR. Información y consejos útiles para pacientes y familiares. Valencia. 2005.
3. CONYELL W., ENDICOTT, MASER J.D., KELLER M.B., AKISKAL H.C., .Longterm stability of polarity distinctions in the affective disorders. Am J Psychiatry 1995; 152: 385-390.
4. VALLEJO RUILOBA J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría .5ª edición. Masson. Barcelona.
5. GONZALEZ PINTO A., GUTIERREZ

**CRONOGRAMA.**



- M., EZCURRA J. Trastorno bipolar. Aula Médica ediciones.1999.
6. CERVERA ENGUIX S., ONDE LOPEZ V., ESPINO GRANADO A., GINER UBAGO J., LEAL CERCOS C., TORRES GONZALEZ F. Manual del residente de psiquiatría. Tomo I. Litofinter S.A. 1997.
  7. ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. Gravedad psíquica en la infancia. Servicio de publicaciones del ministerio de sanidad y consumo.1988.
  8. BROWN G.W. AND HARRIS T. Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in woman. Travistock London 1978.
  9. RENNIE TAC. Prognosis in maniac-depressive psychoses. *Am J Psychiatry* 1942; 98:801-814.
  10. RAHE R.H. Life change, stress responsivity, and captivity research. *Psychosomatic Medicine* 1990; 52, 373-396.
  11. ATALAN R. Factores de riesgo. Aspectos psicosociales. En: Trastornos afectivos, ansiedad y depresión. Vallejo J. y Gastó, C. Ed. Salvat. Barcelona, 1991.
  12. ADAM A., MONTERO I. y GOMEZ BENEYTO O. I., Acontecimientos biográficos y enfermedad somática: revisión crítica de la metodología. *Medicina Española*, 1984; 83, 1-8.
  13. POST R.M, WEISS S.R.B, (1999). Neuro-biological Models of recurrence in Mood Disorders. In: CHARNEY, D.S.WESTLER, E. J. BURNEY, B.S. Neurobiology of mental illness. New York-Oxford. Oxford-University Press, pp365-84.
  14. KESSLER R.C, MC GONAGLE K., KHAO S., WELSON C.B., HUGHES M.ESHLEMAN S., ET AL. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey-Arch *Gen psychiatry*1994; 51: 81-19.
  15. BEBBINGTON P., RAMANA R. The epidemiology of bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1996; 30: 279-292.
  16. LOPEZ A.D, MURRAY C.J. The global burden of disease, *Nat Med* 1998; 4: 1241-1243.
  17. WYATT R.J, HENTER I. An economic evaluation of maniac-depressive illness 1991. *Soc psychiatric Epidemiol* 1995; 30: 213-219.
  18. WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION, GENEVA: The World health organization 1986.
  19. DETELS R., MCMAN J., BEAGLE-HOLE R., TANAKA H., Oxford textbook of public health (FOURTH EDITION), Oxford: Oxford University Press, 2002.
  20. HOSMAN C., JANE LLOPIS E., Political challenges 2: Mental Health, The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe, PP29-41, Brussels: ECSC-EC-EAEC, 1999.
  21. EVA JANÉ-LLOPIS. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales.
  22. J.S. COOK, K.L. FONTAINE. Enfermería psiquiátrica. Mc Graw-Hill. Interamericana.
  23. MRAZEK P.J., HAGGERTY R., Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research, Washington: National Academy Press, 1994.
  24. MRAZEK P., J., HALL M. A policy perspective on prevention, *American journal of community psychology*, 1997, vol, 25:221-226.
  25. FORNES VIVES J., CARBALLAL BALSALSA C., Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Editorial Panamericana. 2001.

# Soporte Vital Básico: ¿qué conocimientos tiene la población no sanitaria sobre RCP?

**Autores:** Silvia Leiva Martí - *Enfermera. Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI). Hospital de la Ribera. Alzira. Valencia.* Jose Vicente Carmona Simarro - *Profesor Titular. Universidad CEU Cardenal Herrera. Moncada. Valencia.*

## Basic Life Support: which knowledge do bystanders have about CPR?

### ABSTRACT

In november 2005 the European Resuscitation Council (ERC) published new guidelines on Basic Life Support (BLS), trying to simplify the procedure in case of an emergency. These new evidence-based guidelines, intend that lay rescuers (beginners, non-healthcare professionals) are able to provide an adequate

sanitary performance. For a victim of cardiac arrest an adequate basic life support increase the victim's chances of survival. The chances of finding on the scene of an incident a healthcare professional are very low. Therefore, if a trained lay rescuer starts cardiopulmonary resuscitation until the arrival of the emergency medical services (Advanced

Life Support ALS), this may substitute vital signs (breathing and circulation) until ALS can start and successfully end. Therefore, basic life support is of main importance; to be able to carry out the advanced.

**Key words:** cardiopulmonary resuscitation, basic life support, nursing.

### RESUMEN

En noviembre de 2005 el ERC; Consejo Europeo de Reanimación, publica nuevas normas en materia de Soporte Vital Básico (SVB), en un intento de simplificar las actuaciones en el caso de una urgencia médica. Estas nuevas normas, basadas en la evidencia científica, pretenden que los reanimadores "lego" (principiantes, no sanitarios) puedan realizar una adecuada actuación

sanitaria. Ante una situación de un paciente en parada cardiorrespiratoria, un adecuado soporte vital básico aumenta las expectativas de vida de la víctima; la probabilidad que en el lugar del suceso exista un sanitario cualificado es baja, por lo que si un reanimador "lego" formado, inicia la reanimación cardiopulmonar hasta la llegada del equipo medicalizado (Soporte vital avanzado; SVA), podría sustituir las funcio-

nes vitales (circulación y respiración) para que la avanzada continúe y concluya con éxito; así pues, el soporte vital básico se presenta como "fundamental" para poder realizar el avanzado.

**Palabras clave:** Reanimación cardiopulmonar, soporte vital básico, enfermería.

### INTRODUCCIÓN

La incidencia de reanimaciones en paradas cardiopulmonares de etiología cardíaca en el ámbito extrahospitalario se sitúa entre el 49.5-66 por 100.000 habitantes

[1,2]. La cardiopatía isquémica sigue siendo en la actualidad la principal causa de muerte en el mundo [3]. En España, la tasa de infarto agudo de miocardio (IAM) es de 187 casos por 100.000 habi-

tantes; el 63% de las muertes por IAM son personas de menos de 50 años. En la Comunidad Valenciana 38.9 fallecidos por 100.000 habitantes lo hacen por muerte súbita. La muerte por traumatis-

mos es la primera causa en menores de 44 años y representa el 80% de los fallecidos en adolescentes; principalmente por accidentes de tráfico [4].

El primer factor determinante de las expectativas de supervivencia ante algunos de los casos expuestos, lo constituye la “precozidad” de actuación; técnicas muy elementales realizadas por personal “no sanitario” y de manera precoz, representa frecuentemente la diferencia entre la vida y la muerte; como decía Peter Safar, médico estadounidense pionero en la RCP; “la enseñanza de algo de RCP a todas las personas probablemente salve más vidas que la perfección obtenida por unos pocos”

### Presentación de hipótesis

- La población “no sanitaria” tiene un conocimiento deficiente sobre la actuación en situaciones de urgencia médica.
- Existe una escasa formación de la población “no sanitaria” en materia de urgencias médicas.

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### Selección de la muestra.

Tamaño de la muestra; n=50. Valor elegido por “experiencia estadística”.

**Tipo de muestreo.** Probabilístico. Aleatorio. Sondeo (pre-test). Realizamos un sondeo para valorar el diseño de la encuesta, corregir los posibles errores y con el objetivo de realizar próximamente una nueva investigación con un

número mayor de variables y con una muestra representativa.

**Ámbito.** Regional. Ciudad de Valencia.

**Universo:** Población de adultos (mujeres y hombres) de la ciudad de Valencia, no sanitarios.

**Fecha de realización y duración de la recogida de datos.** Realizamos el estudio entre el 1 y el 31 de octubre de 2006.

**Encuestadora.** Silvia Leiva Martí.

**Selección de la técnica.** Encuesta personal, con preguntas abiertas y cerradas, de 10 ítems y estructurada en 2 bloques:

- Datos sobre el conocimiento de soporte vital básico.
- Datos sociodemográficos

### Diseño de la técnica

#### CUESTIONARIO

Universidad CEU Cardenal Herrera

Con el presente trabajo pretendemos realizar una valoración del conocimiento de la población no sanitaria en materia de reanimación cardiopulmonar.

La encuesta es anónima. La información obtenida se reserva para uso universitario, sin ánimo de lucro.

Gracias por su colaboración.

Datos sobre el conocimiento en soporte vital básico

1.-¿Sabe usted qué significan las siglas RCP?

Sí  No  NC

2.-¿Piensa usted que la actuación ante una situación de urgencia médica es exclusiva del personal sanitario?

Sí  No  NC

3.-¿Ha participado en una situación de urgencia médica?

Sí (pase a la pregunta 4)       No (pase a la pregunta 5)       NC

4.-Ante esa situación de urgencia sanitaria, ¿sabía qué tenía que hacer?

Sí       No       NC

5.-¿Qué haría usted ante una persona que se encuentra mareada en la vía pública?

.....  
 .....  
 .....

6.-¿Qué haría usted ante una persona que se encuentra inconsciente en la vía pública?

.....  
 .....  
 .....

7.-¿Qué haría usted ante un accidente de tráfico en el que la víctima se encuentra en el interior del coche?

.....  
 .....  
 .....

**Datos sociodemográficos**

8.- Edad:

9.- Sexo:

10.-Titulación

- Licenciado, arquitecto, ingeniero
- Diplomado, Técnico superior
- Técnico medio
- Estudiante
- Otros
- NS
- NC

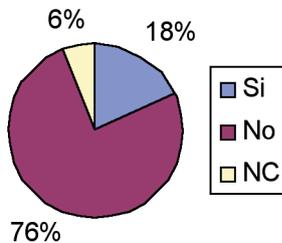
**RESULTADOS**

**1.- ¿Sabe usted que significan las siglas RCP?**

¿Siglas RCP?		
	ni	%
Sí	9	18
No	38	76
NC	3	6
n=	50	100

Un 76% de los encuestados afirma no conocer la significación de las siglas RCP. Un 6% declara que sí las conoce.

**1.- ¿Siglas RCP?**



**2.- ¿Piensa usted que la actuación ante una situación de urgencia médica es exclusiva del personal sanitario?**

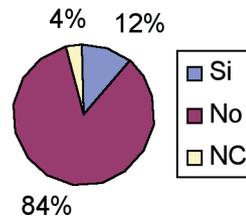
**¿Urgencia médica, exclusiva de personal sanitario?**

	ni	%
Si	6	12
No	42	84
NC	2	4
n=	50	100

El 84% de los encuestados afirma que la actuación en una urgencia médica no es exclusiva del personal sanitario. Un 12%

afirma que la actuación ante una urgencia médica debe de ser realizada por personal sanitario; médico, enfermera/o, etc.

**2.- ¿Urgencia médica, exclusiva de personal sanitario?**



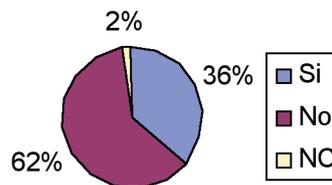
**3.- ¿Ha participado en una situación de urgencia médica?**

**¿Ha participado en una situación de urgencia médica?**

	ni	%
Si	18	36
No	31	62
NC	1	2
n=	50	100

El 36% de los encuestados afirma que ha participado en una situación de urgencia; se podría decir que una de cada tres personas. El 62% afirma que no.

**3.- ¿Ha participado en una situación de urgencia médica?**



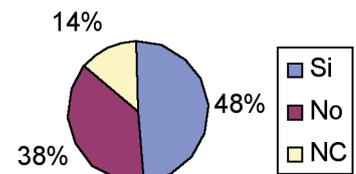
**4.- Ante esa situación de urgencia sanitaria, ¿sabría qué tenía que hacer?**

**Ante esa situación de urgencia sanitaria ¿sabría usted qué hacer?**

	ni	%
Sí	24	48
No	19	38
NC	7	14
n=	50	100

El 48% de los encuestados afirmó que si sabía lo que tenía que hacer.

**4.- Ante esa situación de urgencia sanitaria ¿sabía usted que hacer?**



**5.- ¿Qué haría usted ante una persona que se encuentra mareada en la vía pública?**

Esta situación se da frecuentemente; nos encontramos ante un persona que iba caminando por la calle y se ha empezado a marear; si ha tenido tiempo ha entrado en algún establecimiento, ha comunicado su situación y se ha sentado; en el peor caso lo ha hecho en la propia vía pública sin darle tiempo a avisar a nadie; no ha perdido la conciencia pero está débil, pálida y le cuesta pronunciar las palabras; tiene pulso y respira.

Las respuestas más frecuentes que nos hemos encontrado han sido:

### **Actuación ante una persona que está consciente pero que se encuentra mareada...**

- Llamar al 112
- Tumbarla al suelo
- Tumbarla al suelo con las piernas levantadas
- Echarle agua a la cara
- Darle de beber agua
- Hacerle aire
- Colocarla en posición segura
- Agacharle la cabeza sobre las rodillas
- "Pasaría de largo" ya que no sabría que hacer

Sólo 8 de los encuestados afirman que ante esa situación lo primero que haría llamar al 112 y comunicar la situación. Después la tumban al suelo y le levantarían las piernas.

10 de los encuestados respondieron que le darían de beber agua, lo que supone un 20% de los encuestados.

Sólo 2 personas opinaron que habría que colocar a la persona en lugar seguro.

Una de las personas encuestadas afirmó que le agacharía la cabeza sobre las rodillas para mejorar la circulación.

### **6.- ¿Qué haría usted ante una persona que se encuentra inconsciente en la pública?**

#### **Actuación ante una persona que está inconsciente**

- Llamar al 112
- Llamar a la policía
- Comprobar pulso y respiración

Nos encontramos ante una persona que iba caminando por la vía pública y de repente se ha parado y sentado en el suelo, después se ha tumbado completamente; ha perdido la conciencia (le preguntan pero no contesta), no respira y no tiene pulso; se encuentra en parada cardiorrespiratoria. El origen más frecuente de parada cardiorrespiratoria en el adulto es cardíaco (IAM, valvulopatía, rotura cardíaca, etc.); en los niños el origen en mayor número es respiratorio (obstrucción de la vía aérea; chicles, caramelos, globos, piezas de plástico, etc.).

Estas respuestas son exclusivas del grupo de personas que declaraban saber que hacer ante una situación de urgencia médica, a pesar de todo, ninguna de ellas hizo de intención de iniciar una reanimación cardiopulmonar (ventilación boca-boca y masaje cardíaco externo) al indicarles que la persona podría estar en parada cardiorrespiratoria.

También se podría dar el caso de estar la persona inconsciente, con pulso y respiración; en esta situación está indicada la "Posición de Recuperación" (5); antes denominada posición lateral de seguridad (6,7,8). Se coloca a la persona en decúbito lateral para prevenir una posible broncoaspiración (estando inconsciente podría vomitar y pasar el contenido gástrico a la vía aérea).

Un pequeño grupo afirmó que llamaría a la policía, pero al preguntarles el número no se lo sabían. El 112 es número europeo, siendo la central de emergencias; policía, bomberos, protección civil, atención sanitaria urgente, etc. El 900.161.161 (en la Comunidad Valenciana; CICU) nos pone en contacto directamente con la atención sanitaria, en donde un coordinador médico, y con relación a la información obtenida a través de la persona que avisa y testigos, enviará el medio más adecuado; una ambulancia convencional, un Soporte Básico (SVB) o un Soporte Vital Avanzado (SVA).

### **7.- ¿Qué haría usted ante un accidente de tráfico en el que la víctima se encuentra en el interior del coche?**

#### **Actuación ante un accidente de tráfico**

- Llamar al 112
- Intentar sacar a los heridos de los vehículos
- Contabilizar a los heridos
- Atender a los heridos más leves
- Colocar a los heridos en lugar seguro
- Poner a los heridos "de lado"
- No mover al accidentado salvo en caso extremo
- Acompañar al accidentado hasta la llegada de la ambulancia

La mayoría de los encuestados, ante un accidente de tráfico, llamarían al 112 (96%).

Sólo dos personas afirman que ante un accidentado no lo moverían

an salvo caso extremo (1% de los encuestados). Un gran porcentaje los intentaría sacar del vehículo por si existe peligro, pero ninguno de ellos ha valorado en que situación se encuentran los heridos.

Ninguno de los encuestados ha referido el término “inmovilización”. Incluso afirman el “ponerlos de lado”.

Ante un accidente de tráfico, donde al accidentado queda en el interior del vehículo, habría que sospechar de una posible lesión vertebral, frecuentemente cervical, por lo que una vez protegido al accidentado y a nosotros mismo (el lugar donde se encuentra no supone peligro, o un nuevo accidente), si respira, deberíamos decirle que no se mueva, y avisar al 112, a pesar de que el accidentado nos diga que está perfectamente; se trata de prevenir.

**8.- Edad**

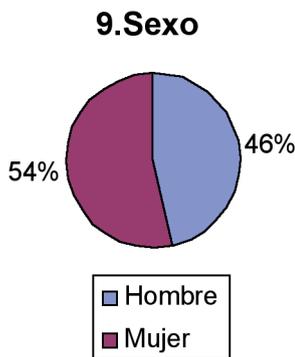
Edad	
Media	33,16
Error típico	1,78
Mediana	30,50
Moda	21,00
Desviación estándar	12,59
Varianza de la muestra	158,55
Curtosis	0,42
Coefficiente de asimetría	0,77
Rango	56,00
Mínimo	18,00
Máximo	74,00
Suma	1658,00
Cuenta	50,00
Nivel de confianza (95,0%)	3,58

La edad media de los encuestados es de 33 años. La moda es de 21 años y la mediana es 30.5. La persona más joven encuestada tenía 18 años, y la más mayor 74.

**9.- Sexo**

Sexo		
	ni	%
Hombre	23	46
Mujer	27	54
n=	50	100

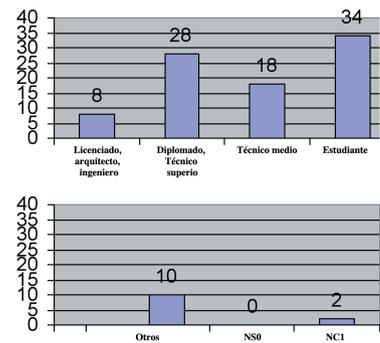
El 46% de los encuestados son hombres y el 54% son mujeres.



**10.- Titulación**

Titulación		
	ni	%
Licenciado, arquitecto, ingeniero	4	8
Diplomado, Técnico superior	14	28
Técnico medio	9	18
Estudiante	17	34
Otros	5	10
NS0	0	
NC1	2	
n=50	100	

**10.- Titulación**



El 34% de los encuestados se declara estudiante, seguido de un 28% que son diplomados/técnicos superiores.

**CONCLUSIONES**

- El perfil del encuestado es un hombre/mujer, no sanitario, de 33 años de edad, y estudiante y/o diplomado.
- La población “no sanitaria” tiene un conocimiento deficiente en materia de situaciones de urgencia médica.
- Existe una paradoja importante; el 84% de los encuestados afirma que la actuación en una urgencia médica no es exclusiva de personal sanitario, sin embargo, un 76% de los encuestados afirma no conocer la significación de las siglas RCP.
- De las 18 personas que declaraban haber participado en una situación de urgencia médica, sólo 9 afirman que si sabían que tenían que hacer, lo que supone solo un 4.5% del total de los encuestados, los que podrían “teóricamente” iniciar una adecuada actuación sanitaria.

- Con el desconocimiento a la hora de atender una urgencia médica, es posible que una inadecuada actuación sanitaria perjudique a la persona; afirmaciones como “darle de beber agua” a un paciente, sin tener seguridad de lo que se hace, o “agacharle la cabeza sobre las piernas” por estar mareada, cerrándole así la vía aérea. Igualmente ante un accidentado, lo primero que se les ocurre es el sacarlos del vehículo, ya que ninguno de ello ha valorado en qué situación se encontraba.
- Analizados los resultados deducimos que existe una deficiente o nula formación en materia de situaciones de urgencia médica para personal no sanitario. Se deberían organizar cursos de formación con carácter anual, no solo a personal sanitario sino también al resto. Las normas en material de soporte vital básico, y se llama básico no porque sea sencillo o de un nivel inferior, sino porque es fundamental y esencial para poder realizar en la mayoría de los casos, el soporte vital avanzado, están más que nunca enfocadas para este grupo de personas no sanitarias [5].
- El profesional de enfermería es la persona ideal para formar parte de los equipos docentes como instructores en soporte vital básico y desfibrilación precoz (DEA; desfibrilación externa automática) a personal no sanitario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Herlitz J, Bahr J. et al. Resuscitation in Europe: a table of five European regions. *Resuscitation*. 1999;41:121-31.
2. Pell JP, Siret JM et al. Presentation, management, and outcome of out of hospital cardiopulmonary arrest: comparison by underlying aetiology. *Heart*. 2003;89:839-42.
3. Murray CJ, Lopez AD. Mortality by cause for eight region of the world: global burden of disease study. *Lancet*. 1997;349:1269-76.
4. Ruano M. Tormo C. et al. Manual para la Enseñanza de Monitores en Resucitación Cardiopulmonar Básica. Masson. 2ª edición. 2004
5. Nolan J, Deakin C. et al. Recomendaciones para Reanimación 2005 del European Resuscitation Council Resuscitation. 2005;67S1, S1-S2.
6. American Heart Association in collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care – An international consensus on science. *Circulation* 2000; 102(Sup I):1-384.
7. American Heart Association in collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Introduction to the International Guidelines 2000 for CPR and ECC. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. An international consensus on science. *Resuscitation* 2000; 46:1-447.
8. American Heart Association in collaboration with the international Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Introduction to the International Guidelines 2000 for CPR and ECC. Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care-An international consensus on science. *Resuscitation* 2000; 46:3-15.

## OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Cerdá Vila M y De la Torre Arteché FJ. Conceptos básicos en Resucitación Cardiopulmonar. Manual de Soporte

Vital Avanzado. En: Ruano M. Ed: Masson. (3ª Ed). Barcelona 2003; 1-12.

- Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 8: Advanced Challenges in Resuscitation. Section 3: Special Challenges in ECC. 3E: Cardiac arrest associated with trauma. *Resuscitation* 2000; 46: 289-292.

## Enlaces

- European Resuscitation Council. [www.erc.edu/](http://www.erc.edu/) [3 de julio de 2006].
- Asociación Americana del Corazón. [www.americanheart.org/](http://www.americanheart.org/). [3 de julio de 2006].
- Sociedad Española de Enfermería en Urgencias y Emergencias. [www.enfermeriadeurgencias.com](http://www.enfermeriadeurgencias.com). [2 de mayo de 2006].
- Emergencias prehospitalarias. [www.emergencia.com](http://www.emergencia.com). [5 de abril de 2006].
- Sociedad española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. [www.seeiuc.com](http://www.seeiuc.com). [3 de julio de 2006].
- Cuidados Críticos en Pediatría.
- [www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/temario/default.htm](http://www.aibarra.org/enfermeria/Profesional/temario/default.htm). [30 de septiembre de 2006].

# Recomendaciones 2005 sobre resucitación cardiopulmonar pediátrica del European Resuscitation Council

**Autores:** Eladio J. Collado Boira. *Diplomado en Enfermería. Profesor titular Enfermería Universidad CEU Cardenal Herrera Valencia.* M<sup>a</sup> Carmen Casal Angulo. *Diplomada en Enfermería. Profesora asociada Enfermería Universidad CEU Cardenal Herrera. Enfermera del Servicio de Emergencias Sanitarias de la Comunidad Valenciana.*

## New guidelines for paediatric cardiopulmonary resuscitation from the European Resuscitation Council

### ABSTRAC

The last edition of the paediatric basic life support (PBLIS) recommendations was made in 2000, as a result of an international consensus published in the American Heart Association (AHA) in collaboration with the Internacional Liaison Comité on Resuscitation (ILCOR), and after the review of some evidence-based scientific studies about resuscitation. This review ended up with the

publication of the 2000 paediatric CPR guidelines.

All this process was repeated in the year 2005 and as a result of the scientific consensus, the new paediatric recommendations were published in the journals *Resuscitation*, *Circulation* and *Pediatrics* in november 2005.

Therefore, the European Resuscitation Council (ERC) is using these new recommendations which include significant changes in pae-

diatric basic life support (PBLIS). It is now the time to recycle, learn and spread the new changes introduced.

With this article we aim to collaborate to this recycling by presenting to healthcare professionals the new guidelines in PBLIS comparing them with the previous ones. Finally the new algorithms, for the next few years, will be also presented.

**Key words:** basic support, resuscitation, paediatrics, new algorithms, ERC, recycling.

### RESUMEN

La última revisión de los algoritmos en soporte vital pediátrico (SVP) se realizó en el año 2000, fruto del consenso internacional publicado por la American Hearth Association (AHA) en colaboración con el Internacional Liaison Comité on Resuscitation (ILCOR), tras la revisión de los estudios científicos basados en la evidencia sobre resucitación y que culminó con la publicación de las guías 2000 para RCP pediátrica.

Este proceso se repitió en el año 2005 y el resultado del consenso científico culminó con la publicación en noviembre de 2005 de las nuevas recomendaciones en pediatría en las publicaciones científicas *Resuscitation*, *Circulation* y *Pediatrics*.

La European Resuscitation Council (ERC) ha adoptado estas nuevas recomendaciones que incluyen cambios sustanciales en soporte vital básico pediátrico (SVBP). Tras estar trabajando desde el año 2000 con los antiguos algoritmos de RCP, tenemos que reciclamos,

asimilar y divulgar los cambios introducidos.

Con el presente artículo, pretendemos colaborar en dicho reciclaje, exponiendo a los profesionales de la sanidad las nuevas normas de SVBP, comparándolas con las anteriores.

Por último expondremos los nuevos algoritmos de soporte vital pediátrico que nos acompañarán en los próximos años.

**Palabras clave:** soporte vital, resucitación, pediatría, nuevos algoritmos, ERC, reciclaje.

## INTRODUCCIÓN

Las nuevas recomendaciones en soporte vital pediátrico adoptadas por el ERC han sido elaboradas a partir de la compilación y revisión de trabajos científicos sobre reanimación, llevados a cabo en los últimos años por expertos de todo el mundo. Los nuevos algoritmos fruto del consenso entre la AHA y el ILCOR han sido publicadas en Noviembre del 2005 simultáneamente en Resuscitation, Circulation and Pediatrics. El ERC, teniendo en cuenta dicho documento, ha introducido cambios en sus recomendaciones sobre SVBP.

Se adoptan estos cambios ante la necesidad evidenciada por los recientes estudios de simplificar las guías e intentar equipararlas al máximo con los algoritmos utilizados en RCP en adultos, mejorando de esta forma su aprendizaje y memorización. Ha quedado demostrado que muchos niños en situación crítica no han recibido cuidados de reanimación por el temor de los socorristas sin experiencia de producir lesiones al niño durante las maniobras de resucitación, al conocerse que las normas de actuación no son las mismas que en adultos.

La principal diferencia entre los algoritmos en adultos y en niños viene justificada por la distinta etiología de la parada, que en adultos es principalmente cardíaca y en niños predomina la asfixia por cuerpo extraño.

De cualquier manera se hace hincapié en que ante el desconocimiento de los algoritmos en SVBP es preferible la aplicación de las recomendaciones en adultos antes que la no actuación.

### Nuevas Recomendaciones.

#### Principales cambios.

##### 1. Las edades en pediatría.

En las nuevas recomendaciones se adopta un único ratio entre compresiones/ventilaciones para niños de todas las edades, desapareciendo la anterior división entre niños mayores y menores de 8 años.

Se considera la adolescencia como el límite superior para aplicar los algoritmos pediátricos, dejando a juicio del socorrista el considerar a un accidentado, en función de sus características antropométricas, como un niño mayor o un joven adulto.

A efectos de RCP se considerará como lactantes a los bebés menores de un año, y como niños a los comprendidos entre un año y la pubertad. Esta división sigue considerándose como en las anteriores recomendaciones ante las lógicas diferencias anatomofisiológicas existentes entre ambos grupos.

##### 2. Ventilación.

La principal diferencia entre el algoritmo de actuación en adultos y el pediátrico, radica en que en niños, y justificado por la predominante etiología de las paradas

relacionada con asfixia por cuerpo extraño, no se suprimen las ventilaciones de rescate iniciales. Las maniobras de RCP en caso de detectarse una parada se comenzarán con 5 ventilaciones de rescate, continuando desde este momento con los mismos ratios que en adultos.

Las vías de elección para la ventilación continúan siendo el boca a boca en niños y el boca a boca-nariz en lactantes.

##### 3. Signos de circulación.

La búsqueda de los signos de circulación en los socorristas sin experiencia se simplifica como en los algoritmos 2005 de adultos a la respiración normal o tos y cualquier movimiento. Se debe descartar la presencia de respiración agónica pues es una respiración infrecuente e irregular.

Para los profesionales sanitarios se incluye la búsqueda de pulso carotídeo en los niños mayores de 1 año y braquial en los menores de 1 año (lactantes). Si se detecta una frecuencia menor de 60 pulsaciones por minuto con una pobre perfusión sanguínea se deben comenzar las compresiones torácicas.

##### 4. Técnica de las compresiones torácicas.

Al haberse eliminado los diferentes grupos de edades se simplifica la técnica de las compresiones torácicas. En lactantes y con un solo socorrista se sigue aconse-

jando la técnica de “los dos dedos”, y en el caso de dos o más socorristas la técnica de “los dos pulgares” rodeando con ambas manos el pecho del bebe (Figura nº 1). En niños mayores no se especifica si las compresiones deben de hacerse con una o dos manos dejándolo a preferencia del socorrista.

El punto donde se tiene que realizar la compresión se simplifica al tercio inferior del esternón para niños de cualquier edad.

La cadencia se mantiene en 100 compresiones por minuto, haciendo referencia a la velocidad y no al número total de compresiones por minuto que siempre es inferior por las interrupciones. Así mismo se recomienda que en cada compresión se tengan que lograr deprimir el pecho un tercio de la altura del tórax.

Por último desde el ERC se hace especial énfasis en que la interrupción en las compresiones sea mínima.

### 5. Ratio compresión/ventilación.

Los estudios revisados han evidenciado en trabajos con maniqués y modelos animales que el ratio compresión/ventilación 5/1 de las anteriores recomendaciones es inapropiado.

En las actuales normas se diferencia la experiencia de los rescatadores independientemente del número, ya que establece un ratio de 30 / 2 en el caso de que sea un socorrista en solitario o princi-

piante y sólo se cambiaría a 15/2 en el caso de que fueran dos socorristas expertos (profesionales de la salud). En caso de que fueran los dos socorristas principiantes o inexpertos comenzarían con el 30:2 siendo así el mismo ratio que en el adulto. Se han diseñado de esta forma para facilitar el recuerdo de estas normas a aquellos socorristas que no tienen el deber de responder (voluntarios, personal no sanitario)

### 6. Obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño en niño. (Figura nº 2).

No se han presentado nuevas evidencias acerca de la obstrucción de las vías aéreas por cuerpo extraño. Tanto las palmadas interesternales en la espalda, las compresiones torácicas y las compresiones abdominales incrementan la presión intratorácica y resultan de utilidad para expulsar cuerpos extraños de la vía aérea. Sí que ha quedado demostrado que en la mitad de los episodios de asfixia es necesario tener que aplicar más de una técnica para lograr solucionar la obstrucción.

En la línea de simplificar las recomendaciones del 2000, en estas del 2005 se sintetizan las maniobras de actuación equiparándolas a las de los adultos.

Ante obstrucción en niño consciente capaz de toser, no realizar ningún tipo de maniobra y animar al niño para que continúe tosiendo. Si el niño es inca-

paz de toser, comenzar con cinco palmadas en la espalda interesternales. En caso de no eliminarse la obstrucción, continuar con cinco compresiones abdominales (maniobra de Heimlich) en niños mayores de un año y en niños menores de 1 año con cinco compresiones torácicas, similares a las de la reanimación cardiaca. En lactantes las compresiones abdominales no deben de ser utilizadas por el elevado riesgo de provocar lesiones por la especial disposición anatómica de las costillas en relación con las vísceras abdominales superiores.

En niños inconscientes comenzaremos directamente las maniobras de RCP con la apertura de la vía aérea y el inicio con cinco ventilaciones de rescate seguidas de las compresiones torácicas sin buscar signos de circulación.

### 7. ¿Cuándo pedir ayuda?

Como en las anteriores recomendaciones se hace hincapié en que es fundamental solicitar ayuda lo más rápidamente posible. Ante la presencia de más de un rescatador, mientras uno comienza con la resucitación el otro solicitará ayuda. Con un solo socorrista se recomienda comenzar las maniobras de RCP durante un minuto y posteriormente solicitar ayuda minimizando la interrupción de la resucitación.

### Nuevo algoritmo de Soporte Vital Básico en niños.

Tras lo expuesto, el nuevo algoritmo de SVBP del European Resuscitation Council es el descrito en la figura N° 3.

### CONCLUSIÓN

Los nuevos algoritmos adoptados por el ERC incluyen recomendaciones sobre todos los aspectos de la resucitación cardiopulmonar en niños dirigidas a los profesionales sanitarios europeos. Suponen una equiparación de la técnica de reanimación pediátrica a la de adultos para mejorar su rendimiento y facilitar su aprendizaje y puesta en práctica.

Entre los nuevos cambios adoptados destacan:

- Se simplifican las edades en pediatría a: bebés lactantes menores de un año y niños desde un año hasta la pubertad.
- Aumenta el ratio compresión/ventilación, estableciéndose en 30/2 con un socorrista en solitario y 15/2 con dos o más socorristas.
- A diferencia de las recomendaciones en adultos no se suprimen las 5 ventilaciones iniciales de rescate, justificándose por la etiología relacionada con asfisia predominante en niños.

Desde el European Resuscitation Council se recomienda la temprana implantación de los nuevos algoritmos, siendo necesario para la transición, su difusión

y el reciclaje del personal sanitario asistencial y personal de socorrista. A su vez se hace hincapié en la introducción de las nuevas recomendaciones en los cursos de RCP que se realicen desde la fecha, aunque se remarca que hasta que el cambio no sea efectivo a todos los niveles, la práctica actual no debe considerarse insegura o inefectiva.

### BIBLIOGRAFÍA

- American Heart Association in collaboration with International Liaison Committee on Resuscitation. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care: International Consensus on Science. *Circulation* 2000; 102 ( Suppl. I): I-1-I-370.
- Baskett P, Zideman D. Preface. *Resuscitation* 2005; 67 (Supl ERC Guidelines): S1-S2.
- Biarent D, Bingham R, Richmon S, Maconochie I, Wyllie J, Simpson S, Rodriguez A, Zideman D. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005: Section 6. Paediatric life support. 67 (Supl ERC Guidelines): S97-S133.
- F. Baskett PJ, Nolan JP, Handley A, Soar J, Biarent D, Richmond S. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005: Section 9. Principles of training in resuscitation. *Resuscitation* 2005; 67 (Supl ERC Guidelines): S181-S189.
- European Resuscitation Council. Paediatric life support: (including the recommendations for resuscitation of babies at birth). *Resuscitation* 1998; 37:95-6.
- International Liaison Committee on Resuscitation. 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation* 2005; 67:157-341.
- International Liaison Committee on Resuscitation. 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Circulation*, in press.

- Kuisma M, Suominen P, Korpela R. Paediatric out-of-hospital cardiac arrests: epidemiology and outcome. *Resuscitation* 1995; 30:141-50.
- Nolan J. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005: Section 1. Introduction. *Resuscitation* 2005; 67 (Supl ERC Guidelines): S3-S6.

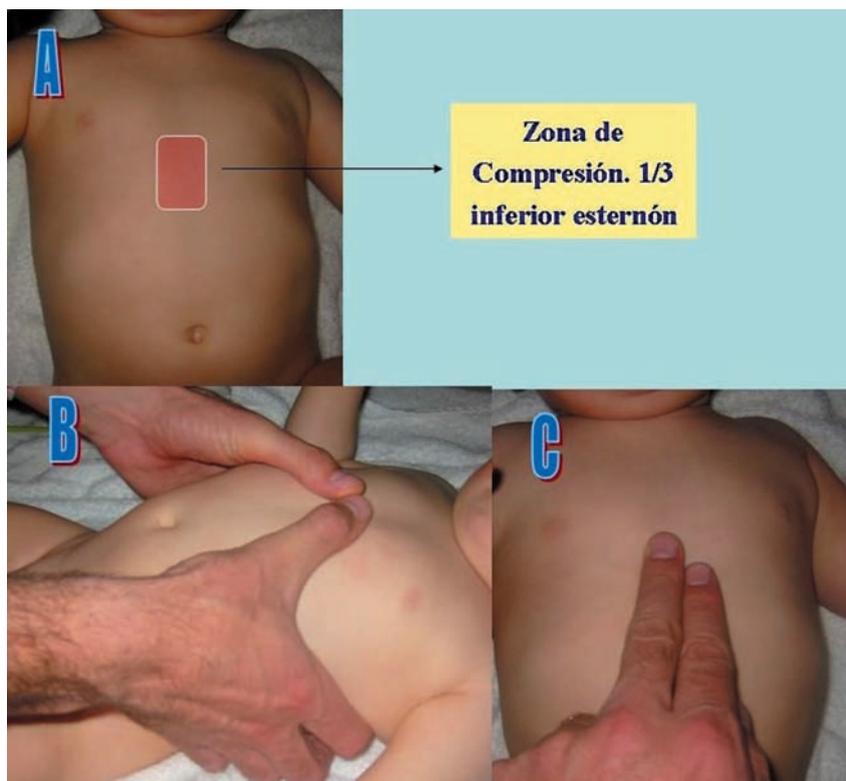


Fig nº 1. Técnica de las compresiones torácicas



Fig. nº 2. Algoritmo de Obstrucción vía aérea por cuerpo extraño.

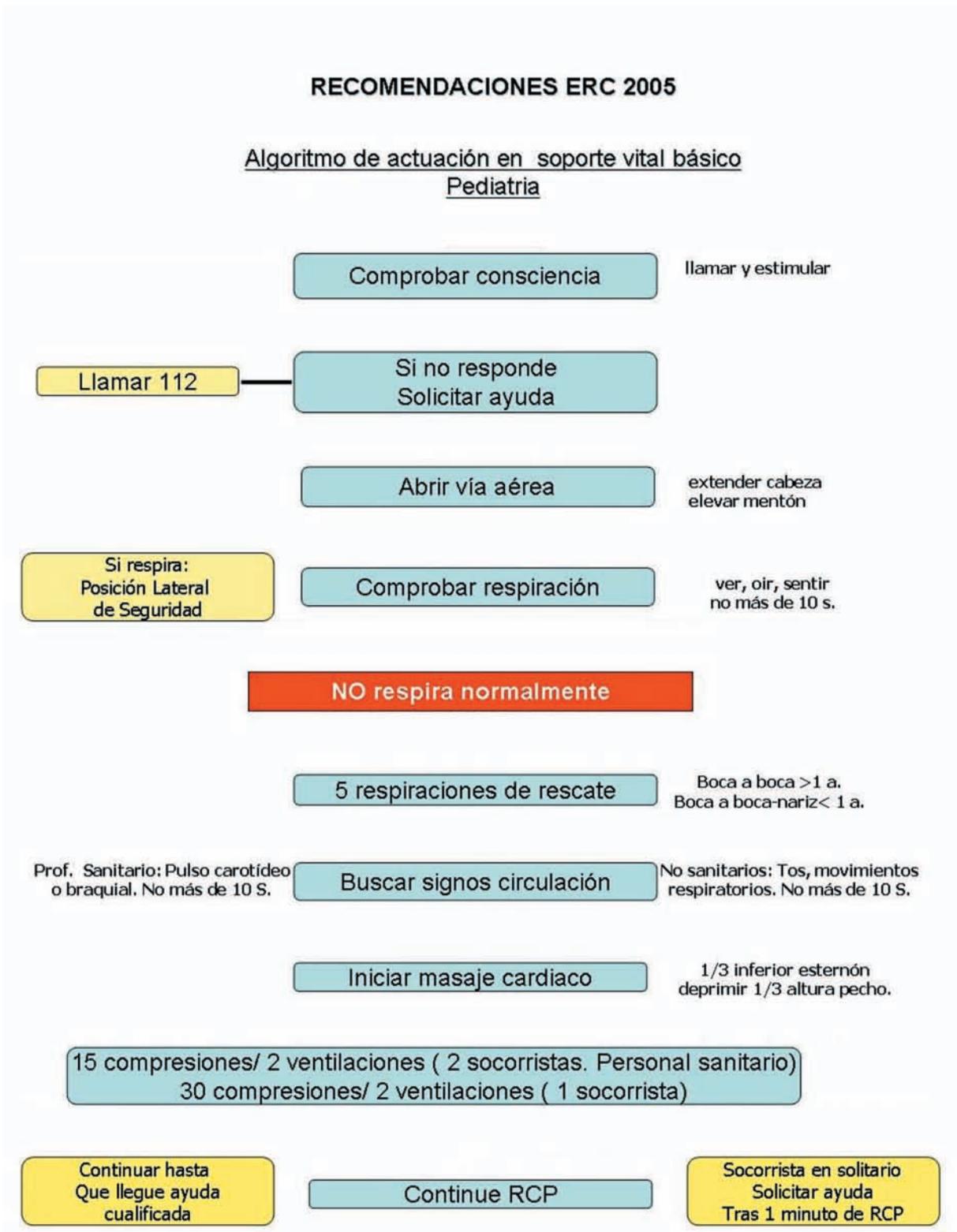


Fig nº 3. Algoritmo SVBP

# “SOLEDAD” Cuento de Navidad

I Premio CECOVA-Revista Metas de Enfermería de Relatos Breves sobre “Vivencias Profesionales” 2006

**Autor:** Carlos Lozano Quijada

Sus manos sujetaban la caliente taza de café que, como cada día que iba a trabajar por la noche, tomaba por necesidad más que por gusto. Marisol contemplaba por la ventana de su cocina como la oscuridad había cubierto todas las calles, y únicamente las luces de algunos adornos colocados entre árboles y farolas, daban un resquicio de luminosidad. Sólo llevaba unas semanas en aquella localidad, y como era habitual, por ser la última en llegar, le había tocado trabajar aquella noche. Mientras tomaba el último sorbo, retiró un mechón del dorado cabello rizado que le caía sobre su rostro y tras verse reflejada sobre el cristal de la ventana decidió dirigirse al cuarto de baño para enfrentarse al espejo: había que dotar de un mínimo de brillo a ese rostro salpicado de pequeñas pecas apagadas por esa inevitable soledad que le embargaba en su primera Nochebuena allí.

Harry encontró aquella noche un portal algo más grande que el de días anteriores. Le hubiera gustado mantenerse en el mismo, pero los vecinos del edificio, hartos de encontrarse un obstáculo que saltar cada vez que entraban o salían, le habían dado un aviso amena-

zándole con avisar a la policía. No era la primera vez que le ocurría eso, ni sería la última, pues él reconocía que su presencia no era de buen gusto en ningún sitio. Los cartones del día anterior habían quedado algo mojados por la excesiva humedad de aquella localidad y había pasado la jornada entera buscando unos nuevos que le salvaguardaran de la larga y fría noche que le esperaba. Entre la abundante basura que en aquellos días proliferaba, no había hallado ningún resto de comida servible: todo se hallaba esparcido por los contenedores y aunque había tenido la tentación de coger un trozo de pollo que se hallaba en el fondo de un contenedor, finalmente sintió náuseas y prefirió esperar a ver si el futuro le deparaba algo mejor. Solo halló entre tanta basura una botella medio vacía de whisky, brebaje que posiblemente alguien había desechado por ser de baja calidad, y un bonito pañuelo de azulada tela que guardó para más tarde proteger su cuello. Si a Harry le preguntaban el porqué de aquel nombre, él mismo explicaba que su apodo completo era “Harry el Sucio”, apelativo surgido entre sus mismos compañeros de calle por su falta de higiene. Si alguien que-

ría averiguar su verdadero nombre, alegaba que no lo recordaba, pero que por norma no sabría decir el de nadie, o mejor dicho, aclaraba él sin especificar: de casi nadie. Posiblemente el implacable alcohol de su sangre borraba cualquier resquicio de cordura en un hombre que años atrás había poseído la serenidad otorgada por la felicidad como modo de vida.

Pepe escuchaba la incansable radio que durante todo el día le acompañaba y contemplaba entre tinieblas a su mujer sentada en la silla de ruedas. A esa distancia no podía distinguir más que el color rosa de su albornoz, aunque cuando lo hacía dudaba incluso de que su vista llegase a tanto, y pensaba que tal vez era la certeza de que ella lo llevaba lo que le hacía verlo en su interior. Él, casi ciego por la diabetes mal cuidada durante años y enfermo de riñón por el mismo motivo, vivía con su mujer en la fría casa que desde hacía cuarenta años habitaban. Ella, que había sufrido una trombosis cerebral hacía varios años, había quedado hemipléjica y su lado derecho no le permitía apenas levantarse de su silla de ruedas. La expresividad de unos ojos que su marido no alcanzaba a ver hubieran sido la mejor

arma ante la mudez que aquel trastorno le había ocasionado, pero sólo unos sonidos a modo de afirmación o negación eran el único medio de comunicación que poseía. La Nochebuena empezaba a alcanzar a aquel hogar y Pepe sabía que aquellos momentos eran de gran felicidad en la mayoría de los hogares, sobre todo en aquellos donde merodeaban los más pequeños. Siempre le había gustado amenizar aquella noche con su mujer regalándole un pequeño detalle, pero en aquella ocasión no había podido comprarle nada: llevaba casi un año sin salir de allí por sus propios medios debido a su creciente dificultad para andar y se sintió apenado ante la impotencia de realizarlo. Se alzó ligeramente de su sillón para lanzar una obtusa mirada por la ventana, y las brillantes bombillas de la calle acariciaron sus ojos. Increíblemente, entre aquellas luces, intuyó en la esquina de abajo, la presencia de alguien con algo rojo sobre el pecho. La gente pasaba por su lado y esa persona parecía ofrecerles algo ante lo que nadie paraba. Pepe creyó saber inmediatamente de que se trataba de una vendedora ambulante de flores, y decidió levantarse para satisfacer su pequeño deseo.

Pat pasaba sus primeras Navidades sola. Cuando su compañera (a la que por coincidir en el nombre en el barrio llamaban “la otra Pat”) ingresó en el hospital, únicamente ella tenía la creencia

de que volvería a casa. La devoradora enfermedad que tenía, comenzaba a afectar todos sus órganos, y ello junto a la lucidez de su mente, contrastaba con el estado de Pat, que sí conservaba un perfecto estado físico para sus años pero padecía los caprichos de una trastocada cabeza. Pat había pasado más de dos horas andando pero su demencia no le había permitido razonar que se hallaba demasiado lejos de ningún lugar, y ello añadido a la completa ignorancia del castellano, acrecentaba cada minuto que pasaba, el temor de no llegar a su destino. Ambas “Pats” habían llegado treinta años atrás a aquel lugar desde su país, Inglaterra, huyendo de una incompreensión familiar ante sus sentimientos, y buscando el refugio de la soledad en unas tierras donde nadie preguntaría sus motivos. Se habían acostumbrado a comprar en lugares donde lo solían hacer los extranjeros, con lo cual eludieron inconscientemente aprender el idioma, y por culpa de las antenas parabólicas y las películas compradas en su idioma, ni la televisión había sido capaz de inculcarles algo de la nueva lengua. Su reducido círculo de amistades era también de ingleses, pero los años también habían hecho mella en ellos, y ya no podían reunirse con la misma facilidad. Aquella noche, que sorprendentemente había identificado de manera acertada como Nochebuena, aquella delgada y caprichosa anciana senil de

cabellos blancos, había tenido la irrepresible necesidad de ir a visitar a su incondicional compañera. Se había abrigado, y a la salida de su casa había cortado del jardín unas rosas que habían crecido de manera increíble durante los últimos días en ese pequeño invernadero que tanto le había gustado cuidar a su compañera. Con tal aprecio sostenía las rosas en sus manos que no se dio cuenta que las espinas se le estaban clavando hasta que una de ellas ya lo hizo de manera profunda. Tuvo que pararse y buscar algo con lo que cubrir aquellos tallos, pero en la calle no encontró nada. Surgiendo de la oscuridad, un viejo vagabundo se acercó a ella portando un pañuelo azul en la mano que le ofreció sin decir nada. Ella lo cogió y cubrió con ello el ramo observando con cierto respeto al hombre que permanecía frente a ella. Una sonrisa de él para tranquilizar a la anciana inglesa precedió a una marcha tan silenciosa como la llegada. Sólo unos metros después de aquel breve encuentro y tras dos horas de costoso paseo a sus espaldas, Pat llegó a una esquina donde, ya agotada, no conseguía averiguar en que sentido continuar.

Marisol se preparó cuidadosamente la cena antes de salir: unos filetes de pechuga de pollo a la plancha con salsa de roquefort, unas patatas asadas y una ensalada de pasta, todo debidamente guardado en envases de plástico. Ir a trabajar en una noche como aque-

lla requería de una dosis de detalles hacia si misma con el fin de eludir la nostalgia. Bajó las escaleras y se encontró con que la puerta del vecino de abajo se abría en aquel instante. El anciano señor Pepe, ataviado con un caliente albornoz y con sus zapatillas de estar por casa, se disponía a bajar a la calle.

— Buenos noches, Pepe. ¿Va a bajar usted a la calle?— dijo ella algo sorprendida por su encuentro.

— Buenas, noches— contestó el reconociéndola casi exclusivamente por la voz— Sí, voy a bajar a por una cosa— finalizó.

— ¿Quiere que le ayude?-----  
— preguntó ella ofreciendo su mano.

— No, gracias guapa, ya bajo yo poco a poco. Ves tú delante que seguro que marchas al trabajo y no voy a ser yo el que te haga llegar tarde.

— ¿Seguro que no quiere que le ayude? — esta vez Marisol recibió una cortés negativa con la cabeza. —Pues nada, Feliz Navidad Pepe, y salude a su mujer de mi parte.

— Gracias, yo se lo diré. Que pases una buena noche pese al trabajo.

Antes de continuar descendiendo las angostas escaleras del viejo edificio, Marisol no pudo evitar dar un espontáneo beso en la mejilla a su anciano vecino. Hacía poco que se conocían, pero Marisol ya en alguna ocasión les había ayudado con cosas de la

casa o con papeles de médicos. Los dos ancianos, habían descubierto en ella una dulce sonrisa que en las pocas veces que se cruzaban o veían, siempre les alegraba. Aquel beso era especialmente bien recibido por su arrugada mejilla.

Marisol no quedó muy tranquila al ver a Pepe descender con sumo cuidado las escaleras. Sabía que él no veía bien pero finalmente descendió veloz los escalones mientras observaba ya en su reloj que, como de costumbre, iba justa de tiempo. Salió a la calle y sintió como el frío de la noche le embargaba. Se colocó bien su bufanda y comenzó a caminar manteniendo en la mano su bolsa de la cena. No habría andado ni diez metros cuando descubrió en un portal a un sucio hombre que intentaba cobijarse bajo unos cartones. Pasó por su lado intentando apartarse todo lo que le permitía la acera y deseó alejarse rápidamente de él. Sin embargo unos pocos metros más allá, un pequeño sentimiento de culpa y pena ante su prejuicio, la hizo parar y pensar durante unos instantes. “¿Qué cenaría aquella noche aquel anciano indigente?” Finalmente contempló de nuevo su bolsa de comida, e impulsivamente se armó de valor para retroceder sus pasos y llegar de nuevo a su altura. No dijo nada, simplemente le miró a los ojos y dejó la bolsa a su lado. Harry, con unos ojos que en algún momento

debieron ser tan azules como los de ella, la observó sorprendido. Luego, Marisol reinició su paso, quizá incluso más rápido que antes por el temor todavía existente, pero plenamente satisfecha aunque en aquel momento ella era la que se encontraba sin cena. Mientras permanecía ensimismada en su pequeña acción, dobló una esquina y un encontronazo, que mas tarde supondría como intencionado, la desplazó contra un coche. Un joven ansioso y armado con una navaja en la mano, la amenazaba a escasos veinte centímetros de su pecho. Los latidos de su corazón se habían descontrolado y por unos instantes no consiguió decir nada. El joven, desaliñado y demacrado por las drogas, le reclamó todo el dinero. El miedo que sintió la hizo recular hacia atrás, sin acordarse de que tras ella había un coche. Se sintió atrapada como un animalillo en una jaula esperando ser liberado y mientras intentaba sacar su monedero del bolsillo, sólo pedía a aquel desesperado joven que por favor no le hiciese nada. Cuando la navaja comenzó a acercarse a ella de manera ya preocupante, una presencia se hizo notable a escasos dos metros de ellos. Entre el juego de contrastes de la oscuridad de la noche y la luz a sus espaldas, el viejo indigente se erguía imponente con un recio bastón entre sus manos. Durante los instantes más largos que nunca había vivido

Marisol, el viejo vagabundo y el joven drogadicto se analizaron fijamente clavando las miradas el uno en el otro, hasta que Marisol notó como la mano amenazadora comenzaba a temblar de manera evidente. Girándose como un torbellino, el joven arrancó a correr, perdiéndose calle arriba sin volver la vista atrás. Marisol tardó en recuperar el aliento y algo más la voz. Sus ojos atónitos observaban a aquel hombre barbudo, sucio y desaliñado del que tan solo unos segundos antes había sentido temor.

— Sólo quería acercarme a usted para darle las gracias y dese- arle una feliz Navidad— pronun- ció tímidamente el viejo Harry con su voz quebrada por ese tabaco que nunca abandonó.

— Gracias a usted, si no hubie- se venido... — arrancó a emitir la todavía débil voz de ella y Harry recibió con un leve asentimiento tal agradecimiento.

Nada más se dijeron; ni siquie- ra en su despedida. Sólo se permi- tieron durante un par de segundos mirarse fijamente a los ojos para descubrir cada uno en el otro, esa certera soledad de una Noche- buena que a ambos les iba a envol- ver. Luego, él retrocedió sus pasos y se dirigió de nuevo a sus cartone- s. Ella, aún perpleja por lo acon- tecido y con el corazón acelerado, continuó su camino observando que nadie quedaba en la calle excepto una señora de pálida tez que sostenía un ramo de rosas.

Desde la distancia, aquella mujer le resultó familiar, pero en aquel momento no supo de qué.

Pepe había conseguido bajar los escalones de los tres pisos que le separaban de la calle y había alcanzado, no sin esfuerzo, el portal. Cuando abrió la puerta de la calle, descubrió la oscura noche y se percató que veía menos de lo que había esperado. Las luces de las bombillas no eran suficiente iluminación para sus deteriorados ojos. Tras caminar unos pasos, había visto como una sombra se ocultaba en el portal de al lado. Intuyó que un indigente se dispo- nía a pasar la noche allí y una briz- na de compasión que decidió apla- zar, azotó su conciencia. Suspiró con cierta resignación ante su escasa visión, pero con el esfuerzo que había hecho lo último que iba a hacer era volverse sin lograr su empeño. Más que ver, vislumbró a aquella mujer que había descu- bierto desde lo alto de su casa, y se decidió a llegar hasta ella. La carretera se interponía a su paso, y pese a que sabía que era arriesga- do tuvo que confiar en su oído para elegir el momento adecuado para cruzarla con su lento paso. Se mantuvo firme en la acera durante unos minutos, intentando analizar el ruido de aquellos coches que pasaban y viendo de cuanto tiempo podría disponer desde el momento en el que oyese un coche. Hacía tiempo que no cruzaba una calle, y notó la falta de costumbre. Oyó cesar todo

ruido de vehículos y se decidió a pasar: durante unos segundos sintió el temor de no llegar a la otra acera, pero cuando comenzó a escuchar el ruido de un coche acercarse, ya se encontraba al otro lado suspirando de alivio. Se situó enfrente de aquella señora que sostenía el ramo de rosas:

— ¿Me vendería usted una rosa para mi mujer?— dijo él impaciente por alcanzar su objeti- vo.

La mujer comenzó a hablarle en inglés, idioma que no entendía nada y en un momento todo se derrumbó ante sí. Intentó varias veces hacerla entender que quería una rosa, pero la incomunicación entre ellos era tal que no consi- guió nada. En su desesperación, y ya habiendo renunciado a lograr su objetivo, se giró para retornar al otro lado de la calle. Una única palabra entendió cuando se dispo- nía a marchar: “Hospital”. Entonces comprendió lo que que- ría la mujer. Si algo conocía bien él, era el camino al cercano hospi- tal. Con un gesto de la mano indi- có a la añosa extranjera que debía seguir todo recto el camino de su izquierda y que al final se toparía con el enorme edificio. La demenciada mujer entendió el gesto que aquel anciano le hizo y sintió que tras tanto tiempo de desconcierto podría retomar su rumbo, miró fijamente a los tur- bios ojos del viejo y le tendió una rosa como agradecimiento. Él, desconocedor del gran favor que

acababa de hacer, sintió resurgir tras su decepción anterior, toda su ilusión al notar sobre su mano la flor que tanto deseaba. Ambos, mirándose aún, se desearon cada uno en su idioma, “Feliz Navidad”. Pepe, absorto ante la certeza de que ese año, como tantos otros, podría obsequiar a su mujer con un regalo, comenzó a cruzar la calle sin detenerse a analizar otra vez la posible llegada de los coches. Su lento caminar fue interrumpido de golpe cuando, justo en medio de la calzada, oyó la frenética llegada de un coche. Con su mano aferrada a la rosa y con una mirada perdida en un suelo que ni siquiera llegaba a distinguir bien, sólo le quedó esperar el fatal desenlace. La luz de los faros del coche llegaron a deslumbrarle en su angustioso e inminente final, pero inesperadamente tras el ensordecedor chirriar de las ruedas sobre el asfalto, el coche consiguió parar bruscamente. Pepe, con el corazón a punto de salirse de su pecho, creyó entonces que por suerte el conductor le había divisado a tiempo. Nunca supo que a su espalda, la anciana señora extranjera, viendo lo que iba a suceder, se había puesto en medio de la calzada agitando enérgicamente sus brazos. Y si alguien hubiera preguntado al conductor, éste hubiera contestado que lo que le alertó a parar fue un gran ramo de rosas agitándose insistentemente al fondo de aquella oscura calle.

Marisol decidió tomar un camino al hospital más largo que el habitual pero mucho más transitado e iluminado. El miedo aún no se había desvanecido en su cuerpo, y prefirió llegar algo tarde pero calmada. Pudo observar en su trayecto a la gente que andaba por la calle: parejas intentando llegar a tiempo a la cena en la casa familiar, otros acompañados por niños con los rostros especialmente iluminados en una mágica noche, e incluso a un chico en una cabina hablando acarameladamente con quien supuso su novia. Recordó entonces a su familia, a centenas de kilómetros, y sin haberlos visto desde hacía más de un mes. También recordó a su novio, o al menos quien lo fue, pues con su marcha no comprendida, sabía que había impuesto una gran barrera difícil de superar. La nostalgia la envolvió, sintiendo en su corazón la duda por la decisión tomada tiempo atrás. Aquella aventura, no estaba resultando tan gratificante como esperaba, sobre todo aquella triste noche, pero cuando conseguía hablar con su familia, siempre se esforzaba por parecer contenta e ilusionada. Sólo la responsabilidad de tener que enviar algo de dinero a su necesitada casa la mantenía allí, lejos de los suyos.

Pepe consiguió finalmente alcanzar de nuevo su acera, dando gracias a Dios en voz alta, y cuando llegó a la altura de su portal recordó al indigente que tan sólo unos metros más allá había descu-

bierto antes. Sin pensarlo, se desabrochó su cálido albornoz a cuadros marrones oscuros y dando unos pasos se acercó hasta el bulto de cartones. Descubrió que el hombre no se encontraba en aquel momento, pero como si de un regalo a un niño se tratase, dobló cuidadosamente su prenda. –Todo el mundo se merece como mínimo pasar una Nochebuena medianamente caliente– pensó mientras la dejaba sobre el frío lecho. Luego, con algo más de fresco en sus huesos, se apresuró a alcanzar de nuevo su portal. Abrió la puerta y portando su rosa en la mano, subió despacio (pero feliz como un niño), todos los escalones. Cuando entró dentro de la casa dejó la roja flor sobre un mueble de la entrada, conector de que su mujer allí no llegaría a descubrirla, y luego entró al salón ante la extrañada mirada de ella. No quiso dar muchas explicaciones, y simplemente alegó que había bajado a ver si habían recibido algo de correo. Por supuesto más extrañada aún quedó la muda señora.

Marisol llegó a su puesto de trabajo, el hospital, a la hora justa. Muchas de sus compañeras enfermeras comenzaban a salir de sus plantas de trabajo con la evidente alegría de pasar una feliz Nochebuena en familia. Por un problema telefónico en el hogar, ni siquiera había podido hablar los últimos días con sus padres. Cuando su compañera le dio el relevo, le indicó que la paciente

inglesa de la habitación 204 se estaba muriendo, y que posiblemente no aguantara toda la noche. Estaba bastante sedada para evitar dolores y descansaba sola en aquella habitación. El nombre de ella era Patricia, y como ya llevaba unos días ingresada, ya conocía su deficitario estado.

Harry había estado siguiendo de lejos a la joven que le había dado su cena, para asegurarse de que no sufría de nuevo ningún percance, y cuando la vio llegar a unas avenidas más transitadas e iluminadas decidió retornar a su temporal hogar. En aquellos dulces ojos azules llenos de vida, y en ese rostro delicadamente decorado con cientos de diminutos caprichos pasionales había encontrado el recuerdo apartado de su personal "Soledad". Cien metros antes de alcanzar su portal, observó una sombra que se inclinaba sobre sus cartones, y aceleró el paso para averiguar que ocurría. Al final sólo pudo ver como un anciano señor se metía en el portal de al lado. Emocionado descubrió el albornoz sobre sus cartones, cuidadosamente dejado. La Navidad llegaba incluso a aquel frío portal, y él, un viejo borracho desahuciado, comenzaba a sentir el calor de una noche que nunca fue creada para vivir sin nadie a quien abrazar.

Pat llegó al hospital exhausta por su rápido andar. Subió a la segunda planta apretando aquel ramo en su pecho, y su rostro radiante contrastaba con la gente

que se cruzaba por los pasillos. Su alocada cabeza no le había hecho olvidar todavía el número de la habitación de su compañera. Se acercó decidida a la entreabierta puerta señalada con el 204, y la triste penumbra apagó su feliz semblante. Allí, frente a "la otra Pat" estaba una joven enfermera de rizados cabellos arreglando la cama de la moribunda. Cuando la enfermera, Marisol, se giró descubrió el rostro de la inglesa que unos minutos atrás había descubierto al fondo de su calle. Alguna vez antes la había visto visitando a su paciente, y no había necesitado de ninguna explicación para saber que formaban una espléndida pareja mantenida frente a la intolerancia de su época y la dureza de los años. La penumbra existente cesó en su empeño de amargar aquella noche a la trastornada visitante. Marisol sabía el suficiente inglés para explicar a la añosa visitante que su infatigable amiga perecería posiblemente en unas horas, pero no halló el valor ni la justificación necesaria. Nadie, y menos ella se atreverían a decir semejante insensatez a una señora que no entendería más que palabras de amor loco e imperecedero. Quizá estaba loca, tal vez cada mañana que se levantara no supiese muy bien donde se encontraba, ni en que día se hallaba, pero su locura solo abarcaba su mente y nunca pudo con su corazón. Marisol sabía que la demencia evadía poco a poco de la realidad

a todo aquel que la sufría, afectaba al cerebro y era imparable; pero aquella noche no era momento de creer en explicaciones razonadas del porqué de las cosas, y aquella noche era el mejor momento para creer que aquel órgano al que se le habían dotado de cualidades misteriosas pero injustificables desde la antigüedad, realmente se mantenía en otro lado diferente al de la vida real. La demencia no alcanzaba a ese corazón que se aceleraba desde hacía más de treinta años al ver a su amada, y quizá no lo hacía porque no habría motivo para que latiese si estuviesen la una sin la otra. Marisol salió de la habitación para dejarlas en intimidad, y en una postrera mirada que lanzo al interior contempló como Pat dejaba el ramo sobre el pecho de su compañera al tiempo que le retiraba el pelo del rostro.

Harry se dispuso a comer la cena sabrosamente preparada, ataviado con su caliente albornoz. La botella de whisky comenzó a descender en cada implacable trago que daba, y el calor comenzó a arroparle en su solitaria noche a la intemperie. Se esforzó en masticar la comida con más calma de lo normal, intentando no agotarla inmediatamente para no finalizar tan agradable momento, y evitando también con ello, manchar su lustroso nuevo abrigo.

Pepe consiguió preparar algo de cena en el viejo fogón, ayudado por su mujer. No consiguieron mucho, pero al menos intentaron

que aquella noche no tuvieran que recurrir a los platos congelados que su hija, cuando se dignaba a venir una vez por semana, solía dejarles. Pepe la entendía, ella tenía su vida aparte, y no podía cargar con el lastre de sus padres. El se sentía afortunado de verla de vez en cuando, no como su hijo mayor, que hacía años había desaparecido y nada sabía de él desde entonces.

Marisol cogió las bandejas de comida que debía repartir en las habitaciones, y cuando llegó a la correspondiente 204 se quedó desilusionada por el pobre aspecto del cuarto. Ni corta ni perezosa, cogió unos platos que guardaban las trabajadoras para uso personal, y trasladó toda la comida a ellos. Luego vació un carrito con ruedas para transportar material y le puso un mantel de paño verde. Colocó todo sobre la improvisada mesa, y contempló que aunque aquello había mejorado considerablemente aún sentía la falta de algo. Recordó haber visto en uno de los cajones de la salita justo lo que necesitaba, y se lanzó rápidamente a por ello. Cuando llevó la íntima mesa a la habitación, la luz de la fantástica vela que había colocado en el centro iluminó el rostro de las dos inglesas. Pat se quedó boquiabierta y ni siquiera llegó a pronunciar ninguna de sus incomprensibles expresiones inglesas. La otra Pat, que había permanecido con los ojos cerrados hasta el momento, los abrió y no sin dificultad con-

templó la escena: una enfermera portando una arreglada mesa de cena con vela incluida, y a su estimada e inseparable Pat. Pudo con gran esfuerzo alzar ligeramente la mano y agarrar la de Marisol para regalarle una simple caricia con el pulgar que la hizo estremecer. Cuando se dispuso a salir de la habitación por última vez, Pat se acercó a ella y le besó la mejilla para desearle después Feliz Navidad en inglés. Marisol cerró la puerta tras ella, prometiéndose que en toda la noche no las molestaría.

Pepe y su mujer terminaron de cenar, y ambos se quedaron frente a la televisión. Finalmente, Pepe, nervioso como un quinceañero ante su primera cita, se levantó de su sillón y se dirigió al mueble de la entrada. Al llegar agarró la rosa con su gran mano, se dirigió a la salita portando su preciado regalo y en silencio pidió un deseo.

Harry repeló los envases de comida y dio un último trago a su botella. Recostado contra la pared, empezó a sentir un agradable mareo evasor que parecía mecerle con delicada ternura. Pensó en el anciano señor que le había dado su albornoz, en la joven chica que había preferido ceder su cena de Nochebuena, y en aquella inglesa que sujetaba misteriosamente con tanto ahínco aquel ramo de rosas. Los ojos de la joven le habían llevado a antiguas memoraciones apartadas tiempo atrás por el dolor que ocasionaba su anhelo. Los viejos recuerdos comenzaron a con-

fundirse con la oscura realidad, pero la nublada visión no permitía ver con nitidez aquello que ocultaba. Tal vez el alcohol le hizo olvidar viejas heridas y le convenció para inconscientemente pronunciar un deseo.

Marisol se sentó tras el puesto de control de la planta, mientras picaba algo de alguna de las bandejas sobrantes. La planta estaba tranquila y el sueño comenzó a hacer mella en ella. Intentó aplacarlo levantándose una y otra vez pero cuando sin darse cuenta permaneció demasiado tiempo sobre su asiento, un imperioso letargo se adueñó de ella. Recreó entonces en su mente el deseo de compartir como años atrás aquella noche con su familia, y se acordó de que nada le hubiese gustado más que, de su mano, estuviera el que fuera su novio junto a ella.

Pat sintió un momento de lucidez en su enturbiada cabeza y reconoció la situación en la que su silenciada amada se encontraba. Se reconoció a sí misma que nada podría hacer ya por salvarla, y resignada a su suerte formuló una petición para ambas, un último deseo, y se tumbó a su lado para cuidadosamente abrazarla.

Aquellas cuatro personas, esas que se habían cruzado aquella noche y que se habían ayudado entre ellas sin premeditarlo, habían cerrado en sus particulares Nochebuenas, un círculo de compartida soledad. Sin saberlo, sus cuatro deseos unificados ya vola-

ban entre luces de colores, blancas estrellas y oscuro firmamento.

Pepe acercó la rosa ante los atónitos ojos de su muda señora. Ella empezó a llorar emitiendo sonidos que Pepe entendió de felicidad, pero cuando menos lo esperaba, cesó en su llanto y pronunció aquello que a él tanto le había gustado escuchar durante su vida: “Te quiero” dijo ella con una voz milagrosamente dulce. Entonces él descubrió que su deseo de oírlo una vez más, se había cumplido, y la abrazó seguro de que aquella Nochebuena nunca la olvidaría.

Marisol dio un respingo al escuchar el inefable teléfono bramar junto a ella. La chica de recepción le comunicó que le pasaba una llamada, cosa que no solía estar permitida en ese hospital por las noches y, antes de que pudiese pensar de quien se trataba, escuchó la tranquilizadora voz de su madre al otro lado del aparato. El sollozo no le permitía pronunciar palabra alguna, pero no le importaba, pues lo único que deseaba era sentir aquella cercanía. Uno a uno fueron pasando por el teléfono toda su familia: su padre, sus dos hermanos, y finalmente, tras un silencio que le hizo pensar que la llamada se iba a cortar, una voz inesperada surgió del auricular. Era él, allí en su casa, como si estuviera con ella, y entonces su deseo se completó al escuchar firmemente que la amaba y que así lo haría hasta que algún día estuviera de regreso.

Harry se dejó llevar definitivamente por su embriaguez y entre las tinieblas de sus sueños un rostro se hizo tangible. Allí estaba ella, con aspecto joven y sano, no como en sus últimos meses de vida, y se acercaba para, con su mano, acariciarle su largo y descuidado pelo. — ¿Querías que viniera?, pues aquí me tienes— la escuchó decir con un brillante a sus espaldas. Él, con los ojos abiertos pero con la mirada perdida, sintió el cobijo del pecho de su amada y su voz musitó el nombre que había sido presagio de la vida sin ella. Un nombre que, por encima del suyo y el de cualquiera, nunca habría olvidado: “Soledad”. Y su deseo de verla por última vez se cumplió.

Nadie molestó a Pat durante toda la noche, y nadie pudo saber en que momento exacto “la otra Pat” murió. Cuando al día siguiente entraron en la habitación, encontraron a las dos mujeres abrazadas sobre la cama. Marisol se sorprendió de contemplar una cierta alegría en el rostro de la anciana inglesa. Cuando pasó por su lado, Pat se paró y le explicó algo que hizo comprender a la joven enfermera el motivo de su inexistente tristeza: una mujer que todos tenían por loca había llegado a comprender en su peculiar lucidez, que la vida sólo podía optar por un final, y que ella lo único que había deseado desde que había conocido a su compañera era estar acompañándola en aquel momento. Sólo

podía sentirse feliz por haber tenido la oportunidad de haber compartido con ella su última noche y satisfacer ese deseo.

A la mañana siguiente los colores de la Navidad impregnaron la ciudad. Algunos niños permanecieron en sus casas jugando con los regalos con los que la noche anterior les había obsequiado, y los padres se dedicaron a observar como desbordaban alegría. Muchos jóvenes optaron por permanecer en sus camas, acurrucados junto a sus parejas, bien tapados y haciéndose los remolones para levantarse lo más tarde posible. Algunos ancianos acompañados, se permitieron el lujo de recordar en sus cómodos sillones antiguas navidades sin verse azotados por la nostalgia. Hubo quienes, madrugadores y solitarios por gusto, se deleitaron con un agradable paseo matinal por unas tranquilas calles sabedoras de miles de secretos, pero otros, solitarios por obligación, vieron como la fría noche cesaba para dar paso a un generoso sol acogedor. Entre todo el maremagnum de la Navidad, cuatro simples deseos se cumplieron. Cuatro vidas sufrieron las consecuencias de sus cruzadas acciones, y aunque ninguno de ellos llegó a averiguar la magnitud de ellas, a los cuatro, un minúsculo milagro les permitió que en su particular soledad se sintieran felices... y acompañados.

*A Loreto*

FIN

# Diversidad cultural y cuidados de Enfermería en el contexto hospitalario

**Autor:** Miguel Ángel Fernández Molina. *Profesor Asociado del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante. Director de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante*

## Cultural diversity and nursing care in the hospital context

### ABSTRACT

8.7 % of population registered in Spain is foreigner, and Alicante is the province with the highest proportion (19.79 %). In the present study, the blend of Nursing and Anthropology has been used in order to identify cultural diversity among foreign patients admitted to Hospital General Universitario de Alicante and to assess how it affects

nursing care. The means available are analysed, most common diagnosis are produced together with economical impact, conclusions are reached and recommendations are proposed offering a guide for the respect of beliefs and values of foreign patients. The discovery of a deep desire among professionals for acquiring cultural competence is remarkable. From January 1st 2001

until June 30th 2004, 5,794 foreign patients added up 8,172 admissions to 57 different hospital departments, coming from 91 countries with an average age of 42.69 years

**Key words:** Anthropology, nursing, foreigners, health, illness, migration.

### RESUMEN

El 8,7 % de la población empadronada en España es extranjera, y Alicante es la provincia con la mayor proporción (19.79 %). En este estudio, el maridaje de Enfermería y Antropología se ha utilizado para identificar la diversidad cultural entre los pacientes extranjeros ingresados en el Hospital General Universitario de Alicante y evaluar su posible repercusión en la

prestación de cuidados. Los recursos disponibles son analizados, se exponen los diagnósticos más frecuentes junto al impacto económico, se alcanzan conclusiones y se formulan recomendaciones aportando una guía para el respeto a las creencias y valores de pacientes de origen extranjero. Destaca el hallazgo entre los profesionales de un profundo deseo de adquirir competencia cultural. Entre el 1 de enero de 2001

y el 30 de junio de 2004, 5.794 pacientes extranjeros totalizaron 8.172 ingresos en 57 servicios diferentes del Hospital, procedentes de 91 países con una media de edad de 42.69 años.

**Palabras clave:** Antropología, enfermería, extranjeros, salud, enfermedad, migración.

### INTRODUCCIÓN

Que vivimos en un entorno vivo y cambiante es algo que a nadie se le escapa. Los cambios demográficos actuales en nuestro

país se están sucediendo a una velocidad de vértigo, de modo que los datos oficiales aportados quedan obsoletos a los pocos meses de su publicación. Es más, pode-

mos constatar que estamos ante una situación estructural y no meramente coyuntural. Los medios de comunicación han encontrado en el fenómeno de la

inmigración un filón informativo inagotable que está generando un verdadero clima de opinión en ciertos ámbitos. El sector sanitario no es ajeno a esta situación, pudiendo a veces producirse la paradoja de que la presión mediática pueda más que la propia experiencia del profesional y acepte éste que su trabajo está fuertemente influenciado por una “supuesta” presión asistencial protagonizada por extranjeros, principalmente inmigrantes sin recursos. La propia Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana ofrece puntualmente datos asistenciales y económicos referidos a la atención a extranjeros. Según esas mismas fuentes, en el 2005 los hospitales valencianos atendieron a más de 56.000 “turistas” extranjeros con un gasto estimado de 84 millones de euros<sup>1</sup>.

Es por todo ello que, en un contexto donde se viene observando una creciente preocupación social por el probable impacto de la inmigración en el sector sanitario, se hacen imprescindibles estudios que se aproximen a los hechos de forma que puedan objetivar esta fenomenología, ofreciendo una visión nítida, desprovista de prejuicios, que concrete de forma cuantitativa y cualitativa la dimensión exacta de una nueva realidad en una sociedad más diversa en lo cultural, con tradiciones, creencias y prácticas que se manifiestan en aspectos referidos a la salud y la enfermedad.

Conviene recordar que las migraciones han sido una constante en el curso de la evolución

humana, y la especie humana ha demostrado a lo largo de su historia una extraordinaria capacidad de adaptación a nuevos entornos. Actualmente, las poblaciones siguen migrando, las circunstancias por las que se mueven son tan variadas como las culturas de las cuales proceden pero, como afirman Kemp y Rasbridge, hay un hecho en la migración que es universal: “los inmigrantes llevan consigo algo más que maletas” (1).

Para muchos occidentales, desde el punto de vista sanitario, los inmigrantes de todo tipo (y refugiados, en su caso) portan diversos perfiles epidemiológicos propios y enfermedades endémicas de sus lugares de origen. Además, la amplia experiencia pasada del inmigrante contrasta enormemente con la medicina alopática o científica. Pero lo más importante de todo es que, los extranjeros en general, traen con ellos sus creencias culturales y prácticas, incluidas aquellas que tienen que ver con la salud y la enfermedad, y que con frecuencia pueden llegar a chocar con las normas del país anfitrión. El estudio de la salud entre los extranjeros es realmente un estudio de la cultura, una competencia de la Antropología, porque mientras que la enfermedad puede ser universal, la definición de salud, la interpretación de los síntomas, los remedios y tratamientos para promocionar y recuperar la salud están definidos culturalmente.

Por estas razones, los estudios sobre los cuidados aplicados a

pacientes extranjeros ingresados en hospitales desde la perspectiva de la Enfermería Transcultural se justifica por los acentuados cambios demográficos que está experimentando el Estado Español -y más concretamente en determinadas regiones- por sus posibles repercusiones en materia de salud, enfermedad y cuidados. A 1 de enero de 2006<sup>2</sup> -sobre una población de 44.395.300 habitantes- los extranjeros empadronados suponían en el conjunto del Estado Español un 8,7% (3.884.600), con una variación interanual del 4,13% frente al 0,65% de la población total (Gráfico 1). En la Comunidad Valenciana un 13,4% de sus empadronados son extranjeros (641.000) y Alicante tiene 350.746, un 19,79%. Como hecho relevante, citar que actualmente existen en la provincia de Alicante 11 poblaciones cuya población extranjera empadronada supera el 50%.

Ciertamente, la situación geográfica y económica de España la convierte en uno de los principales destinos de los movimientos migratorios, siendo las comunidades con mayor porcentaje de extranjeros Cataluña (866.800 y 12,2%), Madrid (695.600 y 11,8%), Comunidad Valenciana (641.000 y 13,4%), Región de Murcia (181.800 y 13,3%) e Islas Baleares (153.700 y 15,6%). Los extranjeros en España han pasado de representar el 1,6% de la población en el año 1998 al 8,7% actual (Gráfico 2), siendo los marroquíes el colectivo con mayor presencia en el país segui-

## ■ Investigación & Cuidados

dos de cerca por los ecuatorianos y después por los rumanos, colombianos y británicos (2).

Desde la Antropología (análisis y descripción de las culturas) y la Enfermería (estudio de los cuidados) se pueden investigar unos hechos –que bien podríamos calificar de “etnográficos”- en relación con la diversidad cultural y la enfermedad en el contexto de nuestros centros sanitarios, como es la utilización de los servicios de salud por parte de pacientes extranjeros y su necesidad de cuidados.

### **CUIDADOS A PACIENTES EXTRANJEROS EN CENTROS SANITARIOS. ESTADO DE LA CUESTIÓN.**

Existe un hecho, y es que los cuidados están polarizados sobre una sola cultura: la occidental. Además, para investigadoras como Leininger, la cultura hospitalaria es muy etnocéntrica (3). El etnocentrismo consiste en rechazar las formas de pensar, los valores, las creencias de otras sociedades y considerar las propias como superiores. Rohrbach sostiene que el hospital tiene valores que considera superiores y a imponer a los demás (4).

Cuando se diseñaron las organizaciones sanitarias de nuestro país tal y como hoy las conocemos, nadie podía llegar a vislumbrar la posibilidad de coexistencia en el seno de una misma institución de diferentes tradiciones y prácticas culturales. Tampoco en el pasado, ni autoridades sanitarias ni los propios profesionales

tuvieron que afrontar los dilemas que plantea la libertad cultural, entre ellos si es moralmente permisible (de acuerdo con los principios liberales) imponer a los extranjeros unas expectativas de comportamiento cimentadas en el modo de actuar de la mayoría como sugiere Méndez (5).

Dada la relativa novedad de la preocupación por la asistencia a pacientes extranjeros en nuestros centros, no existen aún muchos estudios que aborden específicamente este fenómeno. Algunos trabajos científicos de autores nacionales analizan los problemas de salud generales y particulares que presenta el colectivo de inmigrantes. Se han hallado varios trabajos en el campo de la tuberculosis importada, VIH, salud mental, atención maternoinfantil, trastornos psiquiátricos y otras enfermedades infecciosas. En este último caso, destaca la labor asistencial, formativa y de sensibilización de Torrús en la provincia de Alicante con respecto a las enfermedades parasitarias e importadas (6). En cuanto al VIH también se ha detectado que el porcentaje de inmigrantes afectados podría ir en aumento, ya que una parte de la población inmigrante adquirirá la infección en nuestro país debido al uso de la prostitución, algo que pronosticaba Gascón en el año 2003 (7) y que viene a confirmar el ya citado Torrús en la actualidad.

Desde el punto de vista clínico, el estudio del uso de nuestros hospitales por parte de la población inmigrante es un fenómeno

reciente, con pocos precedentes. Pueden citarse trabajos como el realizado en el Hospital de Mataró (Barcelona) por Roca et al en el 2002 (8) acerca de enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1.321 pacientes. O el trabajo realizado en hospitales públicos de Valencia sobre un total de 248 altas de inmigrantes por Salazar et al en 2003 (9) en un intento de aportar información sobre la utilización de servicios hospitalarios así como cuantificar de modo objetivo las patologías más urgentes y comprometedoras. Una de sus conclusiones más llamativas en este último era que la proporción de enfermedades infecciosas y, dentro de ellas, el número de infecto-contagiosas no contribuían a alimentar las opiniones difundidas sobre importación o reemergencia de enfermedades desde los colectivos de inmigrantes.

Cuando un extranjero ingresa como paciente en uno de nuestros hospitales, entra en contacto con lo que podríamos definir como “la cultura hospitalaria”, donde las/los enfermeras/os y médicos actúan en base a sus creencias, valores, cultura, etc., y creen que deben actuar así por el bien del paciente y su familia, ya que son ellos los profesionales de la salud. Esta actitud etnocéntrica es un sesgo muy frecuente dentro de la actuación del personal, pero quizás la situación se agudice más en el caso de pacientes con una herencia cultural marcadamente diferente al del “cuidador”. Estudios, como el realizado por

Conte en 2004 en Suecia para identificar diversidades y similitudes en los cuidados y valores culturales entre enfermeras suecas y enfermeras iraníes en un hospital de Estocolmo son muestra de la necesidad de tener en cuenta no sólo la herencia cultural del paciente, sino la del propio profesional (10).

Aunque tímidamente, comienza a detectarse una preocupación en nuestro contexto por evaluar la confianza que tienen las enfermeras españolas a la hora de atender a pacientes de grupos culturales diversos y así desarrollar programas de formación pre-grado que contemplen la administración de cuidados culturalmente sensibles (11). Asimismo, conviene señalar la iniciativa de la Generalitat de Catalunya al editar su “Guía para el respeto a la pluralidad religiosa en el ámbito hospitalario”, conscientes de vivir una realidad de pluralidad religiosa creciente merced a la inmigración a pesar de considerarse la sociedad catalana como secular (12).

Desde la perspectiva del paciente, la situación actual más común es que este ingrese junto con su familia, en un lugar donde pierden el control de la situación, que pasa a manos de los profesionales que ahí trabajan, se plantean problemas de índole lingüístico y cultural ligados a hábitos e incluso a la concepción de la prestación sanitaria que se les ofrece, como vienen a confirmar López y Lorenzo en sus investigaciones (13). La habitación es en la mayoría de veces compartida con otro

paciente que puede llegar a simbolizar la “alteridad” en toda su plenitud; se imponen unos horarios de comida, medicación, descanso, etc., que no se corresponden con los habituales del paciente en su domicilio. Además, las enfermeras responsables de su cuidado poseen actitudes diversas ante el sinfín de procesos que aguardan al paciente (procedimientos, cuidados, higiene, información, diagnósticos, pronósticos, dolor y hasta... la muerte). Todo este entramado de valores, creencias, imposiciones, etc., puede provocar una inadecuada aceptación del episodio asistencial por parte del propio paciente y su familia, reflejada en la aparición de un elevado número de insatisfacciones, frustraciones o percepciones negativas de las que pueden o no quedar constancia escrita y que en el peor de los casos pueden llegar al alta voluntaria.

#### **MEDIACIÓN CULTURAL EN EL CONTEXTO SANITARIO**

Cuando, en un contexto pluriétnico o multicultural, la presencia de varias lenguas, sistemas de valores y modelos comunicativos provoca que la comunicación entre dos partes no pueda llevarse a cabo sin el puente de una tercera persona, hablamos de mediación. Aunque tímidamente, ha surgido en algunos centros la denominada “mediación intercultural”, fenómeno bastante reciente que en España no cuenta con mucho más de 10 años. Se trata de una figura que aún no está del

tudo definida, ni siquiera regularizada profesionalmente, pues aunque la figura del mediador intercultural ya está reconocida por el Ministerio del Interior (según Real Decreto 638/2000 de 11 de mayo), a efectos prácticos no tiene relevancia en los Hospitales. Actualmente no existe un título oficial de mediador intercultural, ni un sistema de formación y acreditación. Coincidiendo con Sales, la mediación intercultural suele estar relacionada con el ámbito del trabajo social, y las pocas iniciativas formativas en este campo, contando o no con el apoyo académico universitario, se han puesto en marcha desde ONG’s y servicios sociales de ayuntamientos (14).

La Mediación Intercultural (o mediación social en contextos como el arriba descrito) se entiende como una modalidad de intervención de terceras partes, en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del “Otro” y el acercamiento de las partes, la comunicación y comprensión mutua, el aprendizaje y desarrollo de la convivencia, la regulación de conflictos y la adecuación institucional, entre actores sociales o institucionales etnoculturalmente diferenciados como viene a exponer Giménez (15).

Hay publicados estudios sobre los efectos de la mediación intercultural sobre la calidad de la atención prestada, en contextos europeos (16). Según estos, los profesionales sanitarios, pacientes

## ■ Investigación & Cuidados

y mediadores culturales confirman que la introducción de la mediación intercultural incrementó de manera significativa la calidad de la atención cuando se utilizaron de manera adecuada sus servicios. Los profesionales participantes en estos estudios manifestaron que el programa de mediación intercultural se debería mantener (donde estuviera implantado) y convertirse en un servicio habitual a disposición de los pacientes de minorías étnicas y del personal sanitario. La mejora más importante de este servicio está asociada al hecho de que las personas mediadoras facilitan el intercambio de información detallada y correcta entre el personal sanitario y los pacientes, contribuyendo a ello la menor inhibición de los pacientes a la hora de relatar su caso en presencia de una mediadora cultural.

Las referencias a este tipo de labor en España se limitan a grupos aislados muy concretos, como la de la Escuela de Mediadores de la Comunidad de Madrid, en colaboración con Cruz Roja, desarrollando el Programa "Migración y Multiculturalidad". Como resultado de la colaboración entre esta Escuela y el Ayuntamiento de Madrid desde 1997 funciona el Servicio de Mediación Social Intercultural, inspirado en sistemas similares de Italia, Suecia o Reino Unido. Otro foco de atención en torno a la mediación intercultural lo constituyen la Federación Andalucía Acoge y el AEP Desenvolupament Comunitari de Catalunya, que han venido

colaborando desde 1998 (17). En la Comunidad Valenciana se puede citar la experiencia que aporta una Mediadora, Saloua Laghrich, del Servicio de Atención al Inmigrante que depende de la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana. Describe unas intervenciones muy puntuales y concretas en el Hospital La Fe de Valencia y que ilustran la eficacia de actuar en situaciones tremendamente difíciles tanto para el paciente y como para el equipo asistencial debido a barreras culturales (18).

En la práctica, son los profesionales sanitarios de los hospitales (y de Atención Primaria) los que actúan la mayor parte de las veces de Mediadores. Mediar no sólo es traducir las palabras (labor esencial de intérpretes/traductores) sino que va más allá, abarcando todos los aspectos de la comunicación no verbal (olor, gestos, movimientos corporales, silencios, ritos, etc.), que culturalmente son claves. Además de conocimientos lingüísticos, debe tener presentes datos de la sociedad y la cultura a la que pertenece el paciente extranjero: relaciones de parentesco, religión, percepción de lo que significa la salud y la enfermedad, costumbres y aspectos culturales relevantes. Además, debe evitar caer en el estereotipo de considerar al extranjero como un "miembro típico" de su cultura teniendo en cuenta la variable personal de cada cual y además la adaptación o cambio que puede devenir del contacto entre culturas.

### DISEÑO DEL ESTUDIO LLEVADO A CABO EN EL HGUA

El estudio que se presenta interrelaciona íntimamente dos disciplinas científicas: por una parte la Enfermería, que ha seguido tradicionalmente una metodología cuantitativa inspirada en el paradigma positivista y, por otra, la Antropología, idónea para una aproximación cualitativa de los fenómenos que rodean a los cuidados enfermeros.

Es, pues, descriptivo, comparativo y fenomenológico, siendo el Campo de Estudio: el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), centro de referencia provincial para 1.732.389 personas siendo el segundo de la Comunidad Valenciana en número de camas (815). En cuanto a la Metodología, se consideró la complementariedad de métodos cuantitativos y cualitativos. Método Cuantitativo: análisis descriptivo retrospectivo de los años 2001 al 2004 de los pacientes extranjeros ingresados; análisis de la información al alta; análisis del Censo 2001 y datos del Padrón 2003, 2004 y 2005 del INE; estudio descriptivo transversal a través de 40 cuestionarios a enfermeras. Método Cualitativo: estudio fenomenológico usando la etnografía y la etnología; aplicación de técnicas como la Observación Directa, Observación Participante, Entrevistas Abiertas, Entrevistas Estructuradas, Historias de Vida, Grupos de Discusión y Análisis de Contenido.

## PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO EN EL HGUA

El HGUA fue entre 2001 y 2005 un campo de estudio<sup>3</sup> de este fenómeno migratorio y su influencia en los cuidados Transculturales. Se pueden agrupar los resultados en dos apartados claramente diferenciados: Una primera parte con aquellos resultados fruto del análisis descriptivo, con una considerable explotación de los datos asistenciales procedentes de los Sistemas de Información del Hospital, y una segunda parte de perfil más antropológico, que podríamos denominar “etno-enfermero” y que procede del análisis cualitativo de la investigación. De los resultados del citado estudio (19) –a modo de resumen– destacan:

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO

En el 2004, el 7.75% de los ingresos correspondieron a extranjeros y entre enero 2001 y junio 2004 se contabilizaron 8.172 ingresos (correspondientes a 5.794 pacientes) de 91 nacionalidades en 57 servicios, con una edad media de 42.69 años; una distribución por géneros de 41,4% varones y 58,5% mujeres. El 49% eran extranjeros no comunitarios y un 25% eran residentes o turistas de la Unión Europea. Los países con más ingresos fueron Marruecos (10.4% de los extranjeros), Colombia (8.5%), Francia (8.0%) Ecuador (7.9%) y Reino Unido (6.9%). El Servicio Médico con mas ingresos fue Obstetricia

(17.49% de los extranjeros) seguido de Ginecología (8.11%) –sumando ambos un 25.6% de todos los casos– seguido de Cirugía General (6.16%), Unidad de Corta Estancia (5.80%), Cirugía Ortopédica y Traumatología (3.89%) hasta 57 Servicios Médicos y Quirúrgicos (Gráfico 3)

A pesar de que el 18.5% de la población de la provincia de Alicante era extranjera, sólo ingresó un 7.75%, lo que cuestiona la percepción de que los inmigrantes copan los recursos hospitalarios; tampoco son portadores de enfermedades infectocontagiosas graves, raras e incluso erradicadas que precisen hospitalización ya que la casuística (GRD's) encontrada no se orienta en ese sentido. El mayor número de ingreso de mujeres se corresponde con diagnósticos obstétricos, lo que evidencia un perfil de inmigrante joven y sano. El turista o residente europeo está dando lugar a un fenómeno nuevo que se denomina “turismo sanitario”, que acarrea unos costes muy superiores al gasto en el que incurrir el extranjero inmigrante en busca de trabajo (Gráfico 4). Además, los extranjeros son donantes de órganos generosos ya que durante el año 2005 en el HGUA el 42 % de las donaciones fueron de extranjeros y su tasa de negativas familiares fue de sólo el 4,76% (20).

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS CUALITATIVO

El Objetivo General fue el de

identificar la diversidad cultural entre los pacientes de nacionalidad extranjera ingresados en este hospital y la razón fundamental de su elección se sustentó en la creciente presencia de pacientes extranjeros, cuyos valores, creencias, normas y prácticas de salud pueden diferir de aquellos que les debían cuidar: los profesionales sanitarios. Siendo una investigación de carácter antropológica, la multitud de matices que rodearon el proceso asistencial le confirieron un marcado interés cultural, social, económico y naturalmente sanitario. La importancia del tema radica tanto en la necesidad de ofrecer unos cuidados de calidad adaptados a las necesidades de los extranjeros, como en las consecuencias de una supuesta falta de sensibilidad cultural de los cuidadores. La sensibilidad cultural, según Martsolf (21), debe ser entendida como el hecho de que los profesionales consideren los factores culturales como relevantes para la salud, enfermedad y a la hora de administrar cuidados. Así, pues, si bien el cuidado es universal, las acciones, expresiones, patrones, estilos de vida y significados de los cuidados podían ser diferentes y el problema era saber si estábamos o no proporcionando cuidados culturalmente congruentes.

Los resultados demográficos de la investigación condujeron a una categorización preliminar con tres grandes grupos de población extranjera que, por su notable presencia en el contexto del estudio, justificó el hacer un análisis etno-

## ■ Investigación & Cuidados

gráfico. A éstos grupos se sumó un cuarto (el Asiático) que, aún no siendo muy significativo en número de ingresos todavía, debido a su aumento creciente en España y la diferencia en herencia cultural sobre la salud y la enfermedad, se incluyó:

- 1) Población procedente de Países Árabes del Oriente Medio y Norte de África
- 2) Población procedente de Países de habla Hispana (no españoles)
- 3) Población procedente de Países Nórdicos y Centroeuropeos.
- 4) Población procedente de Países Asiáticos

En el período que transcurre entre el 1 de enero de 2001 y 31 de diciembre de 2004 ingresaron 9792 pacientes extranjeros, de los cuales 6224 pertenecían a uno de los 4 grupos diana, 2320 pacientes ingresaron sin que el programa IRIS® les asignara un descriptor de país de nacimiento (por tanto se puede afirmar que un número indeterminado podría pertenecer a alguno de los grupos diana) y, finalmente, 1248 pacientes eran de otros países. Para el análisis cuantitativo ya expuesto, se acotó el período entre el 1 de enero de 2001 y 30 de junio de 2004 a fin de asegurar la codificación de los informes de alta por la Unidad de Documentación Clínica y Admisión del HGUA.

Como cuestión preliminar antes de proceder a exponer los frutos de este estudio etnográfico (que también podría denominarse “etnoenfermero”), debe tenerse

presente lo que afirma Mulhall quien considera a los Antropólogos culpables de etiquetas culturales (22). Debemos evitar imponer las propias categorías de significado sobre los pacientes observados así como no perpetuar ciertas imágenes estereotipadas del “otro”.

Podemos afirmar que la población extranjera a estudiar corresponde a dos grupos bien diferenciados:

1. Los extranjeros comunitarios. Residentes y turistas de países de la Unión Europea.
2. Los extranjeros no comunitarios: inmigrantes regularizados y no regularizados, sobre todo del Magreb (Marruecos/Argelia), Latinoamérica y Asia.

Se realizó una investigación etnográfica mediante una descripción de los eventos que tienen lugar en la vida de los grupos escogidos, con especial consideración de las estructuras sociales y la conducta de los pacientes y familiares como miembros del grupo, así como de sus interpretaciones y significados de la cultura a la que pertenecen. Se pretendió describir a los grupos de extranjeros en profundidad –aunque no en su ámbito natural- y comprenderlos desde el punto de vista de quienes estamos implicados con ellos (los profesionales sanitarios). Mediante análisis etnográfico y a través de las variables que a continuación se presentan, se intentó plasmar las creencias y prácticas que sobre la salud influyen derivado del origen étnico y

cultural de las poblaciones señaladas con anterioridad y que se dan en el lugar de la investigación:

- Religión
- Prácticas de salud
- Costumbres sociales
- Salud maternal e infantil
- Intimidad
- Dieta

Se evidenció la existencia en el HGUA de una diversidad cultural significativa y creciente entre sus pacientes, detectándose cuidados humanos diversos (diferentes) y universales (similares) en los extranjeros.

Los pacientes extranjeros conservan su herencia cultural durante el ingreso y viven el episodio asistencial de manera distinta en algunos casos según demostró el estudio etnoenfermero llevado a cabo.

El HGUA cuenta con recursos específicos para extranjeros que pueden ser ampliados.

Los profesionales de enfermería son conscientes de las diferencias culturales y se van incorporando aspectos culturales en el Proceso de Enfermería.

Se detectó la necesidad de formar a los profesionales en habilidades que permitan preservar, acomodar o remodelar los cuidados de sus pacientes extranjeros, y manifestaron su deseo de adquirir competencia cultural.

Asimismo, los profesionales propusieron recomendaciones y sugerencias para mejorar el cuidado a los pacientes extranjeros, conscientes de un fenómeno creciente como es la diversidad cul-

tural en la sociedad y en los centros sanitarios.

## CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

La diversidad cultural creciente en la sociedad española y los consiguientes cuidados a pacientes extranjeros plantean nuevos interrogantes a los que deben dar respuesta tanto el personal asistencial como los docentes, investigadores y responsables de Administraciones Públicas. Para abordar toda la problemática encontrada en el estudio llevado a cabo en el HGUA, la perspectiva Transcultural se reveló como idónea ya que evita prejuicios o malos entendidos a la hora de cuidar pacientes de origen cultural diferente, aporta datos clarificadores que facilitan la planificación de los recursos y, por último, estimula a los profesionales para que adquieran habilidades que ayuden a unos encuentros beneficiosos con sus pacientes extranjeros. La disponibilidad de "Guías" específicas para el respeto a la pluralidad cultural puede y debe facilitar la labor de los profesionales sanitarios. Especial interés despiertan los aspectos religiosos del paciente, ya que de las variables estudiadas, la religión se reveló como la que más peso específico tiene en la identidad cultural, en los valores y creencias, dictando al creyente la forma de vivir tanto la salud como la enfermedad. El impacto económico de la inmigración en el gasto sanitario merece un análisis serio y desprovisto de prejuicios, y no

sólo con la finalidad de cuantificarlo sino para evitar así estigmatizar a los pacientes extranjeros procedentes de países extracomunitarios. A pesar del deseo expresado de los profesionales por profundizar en el conocimiento de cómo cuidar a pacientes procedentes de culturas diferentes al del cuidador, no se han objetivado conflictos importantes en la interacción durante el episodio asistencial de hospitalización, siendo la barrera idiomática la dificultad más constatada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kemp, C y Rasbridge, L.A. Refugee and immigrant health. A handbook for health professionals. Ed. Cambridge University Press, Cambridge, England. 2004
2. Instituto Nacional de Estadística (INE) Explotación Estadística del Padrón Municipal a 1 de enero de 2005. Publicado el 17 de enero de 2006. Disponible en <http://www.ine.es>
3. Leininger, M. Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practices. 2nd ed. McGraw Hill. New York .1995.
4. Rohrbach-Viadas, C. Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros, de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger, Cult. Cuid. 1 Semestre 1998; 3 (2): 41-45.
5. Méndez Méndez, E. Políticas públicas de acomodación de los inmigrantes en el ámbito sanitario, Quadern CAPS, 2004, N° 32, pp. 18-23.
6. Torrús Tendero, D. Problemas de salud en la población inmigrante, Apuntes del Curso de Formación Continua EVES, Hospital General Universitario de Alicante, enero 2006
7. Gascón, J. Enfermedades infecciosas e inmigración, Enfermedades Infecciosas. Microbiología Clínica 2003; 21 (10): 535-9.
8. Roca, C., Balanzó, X., Fernández-Roure, J.L., Sauca, G., Savall, R., Gascón, J. y Corachan, M. Enfermedades importadas en inmigrantes africanos: estudio de 1.321 pacientes. Medicina Clínica 2002; 119 (16): 616-9.
9. Salazar, A., Navarro-Calderón, E., Almela, F., Abad, I., Borrás, R., González, A., Gosálbez, E., Palau, P., Romero, R., Soto, L. y Taberner, F. Altas hospitalarias de la población inmigrante en la ciudad de Valencia, Boletín Epidemiológico, Instituto de Salud Carlos III, 2003, vol. 11 n° 5/49-60.
10. Conte, H. Identifying diversities and similarities in professional cultural caring and care values in Swedish and Iranian nurses in Stockholm using the Critical Incident Technique, Alicante, III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados & 30th Annual Conference of the Transcultural Nursing Society y VI Reunión sobre Investigación Cualitativa en Salud, 14-16 junio 2004, Libro de Abstracts, (Póster).
11. Vargas Jiménez, J.A., Molina Contreras, J.L., Shellman, J. y Bernal, H. The confidence of Spanish nurses in caring for culturally diverse groups, Alicante, III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados & 30th Annual Conference of the Transcultural Nursing Society y VI Reunión sobre Investigación Cualitativa en Salud, 14-16 junio 2004, Libro de Abstracts, (Comunicación).
12. Generalitat de Catalunya. Guia per al respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari, Departament de la Presidència, Direcció General d'Afers Religiosos, Departament de Salut. 2005.
13. López Llorens, P.L. y Lorenzo García, A. Acogida y atención hospitalaria a extranjeros. Un nuevo reto para enfermería. Alicante, XV Jornadas de Interrelación de Enfermería, pp- 57-66, Edita Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, N°38 (Comunicación escrita). 2004
14. Sales Salvador, D. Panorama de la mediación intercultural y la traducción/interpretación en los servicios públicos en España. Translation

## Investigación & Cuidados

- Journal. Volume 9, Nº 1 January 2005. Disponible en: URL: <http://accuapid.com/journal/31mediacion.htm>
15. Jiménez Romero, C. La naturaleza de la mediación intercultural, *Revista de Migraciones*, 2, pp. 125-159. 1997.
  16. Verrept, H. y Louckx, F. Mediadores de salud en el sistema sanitario belga, en Solas, O., Ugalde. (ed.), *Inmigración, salud y políticas sociales*, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 209-230. 1997.
  - 17 VV.AA. Mediación intercultural. Una propuesta para la formación. Editorial Popular. Madrid. 2002.
  18. Laghrich, S. Reflexiones sobre la mediación intercultural y experiencias desde la Comunidad Valenciana. *Tonos, Revista Electrónica de Estudios Filológicos*, Nº 8, Diciembre 2004. Disponible en: [www.um.es/tonosdigital](http://www.um.es/tonosdigital)
  19. Fernández Molina, M.A. Antropología de los Cuidados. Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros hospitalizados desde la perspectiva de la Enfermería Transcultural. Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). Nº 50. Alicante. 2006.
  20. Gómez Marinero, P., De Santiago Guervós, C., Fuentes Pérez, M. y Pérez Cases, D. Donantes de órganos no nacidos en España en el Hospital General Universitario de Alicante en el periodo 2000-05, XII Jornadas de Enfermería “De la Tradición a la Evidencia”, 17 y 18 de noviembre de 2006, Alicante. Libro de Ponencias. Edita CECOVA
  21. Martsof, D.S. Cultural aspects of Orthopaedic Nursing. *Orthopaedic Nursing*, March/April 1999, pp. 65-71.
  22. Mulhall, A. Transcultural Nursing. *Anthropology: a model for nursing. Nursing Standard*; 1994, April 27-May 3; 8, (31): 34-8.

<sup>1</sup> Fuente. Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana. Gabinete de Comunicación 08.10.2006

<sup>2</sup> Datos provisionales del Padrón Municipal a 1 de enero 2006, Instituto Nacional de Estadística (INE)

<sup>3</sup> Tesis Doctoral de Miguel Ángel Fernández Molina “Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros ingresados en el HGUA desde la perspectiva de la Enfermería Transcultural” Universidad de Alicante Noviembre 2005.

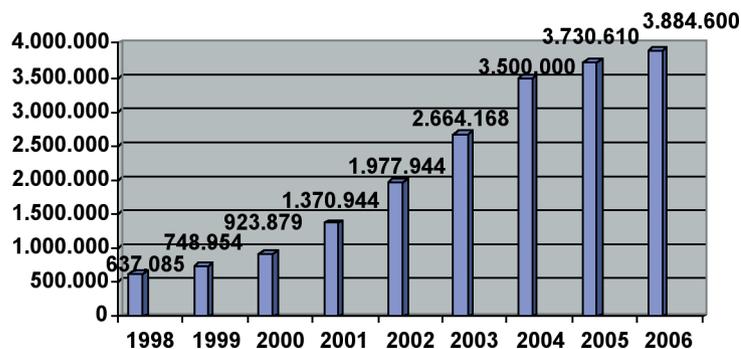


Gráfico 1. Población extranjera empadronada en España período 1998-2006. Fuente: INE

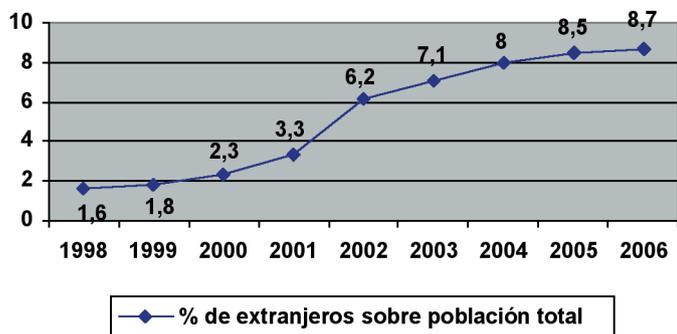


Gráfico 2. Porcentaje población extranjera empadronada en España período 1998-2006. Fuente: INE

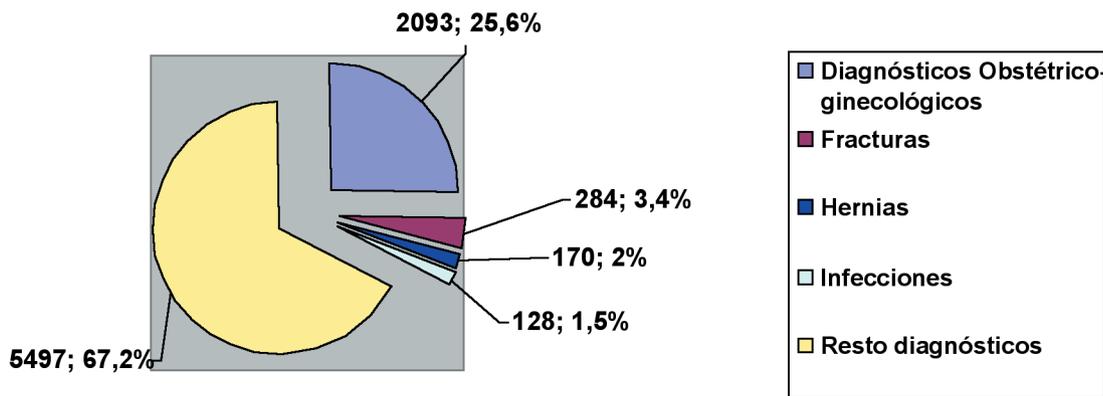


Gráfico 3. Diagnósticos Obstétrico-ginecológicos frente al resto. Período 01.01.2001 – 30.06.2004  
Fuente: elaboración propia a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del HGUA

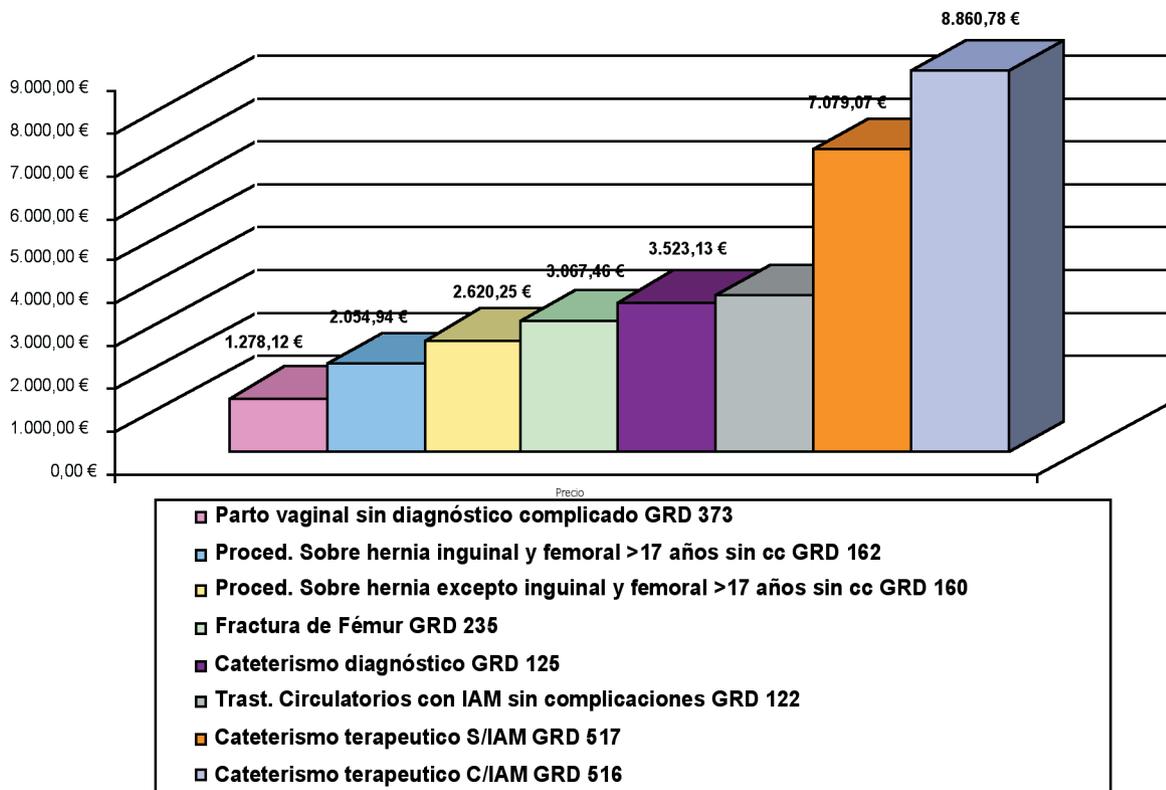


Gráfico 4. Coste de los Grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) obstétricos Vs. GRD habituales en extranjeros residentes añosos

Fuente: elaboración propia a partir de Memoria HGUA 2004 y Ley 12/1997 de Tasas de la Generalitat Valenciana (Ejercicio 2005)

## Cuidados al paciente crítico adulto

Los cuidados al paciente en situación crítica son probablemente la mejor imagen de la atención enfermera, ya que aúnan los aspectos tecnológicos con la mirada profesional humana y social que precisa una persona con problemas que requieren una alta intensidad de cuidado.

Los servicios hospitalarios actuales se organizan en unidades donde este tipo de cuidados enfermeros se prestan a pacientes de muy variada condición clínica, todos ellos sujetos a condiciones de gran complejidad. Las enfermeras aportan en ellos su contribución esencial al bienestar, la seguridad, el tratamiento y la supervivencia de los pacientes.

Todo ello requiere una formación altamente cualifi-

cada, que precisa además una renovación constante, dada la complejidad de las situaciones y la constante innovación en el terreno de la tecnología y los conocimientos.

El texto que se presenta, organizado en dos volúmenes, responde a la idea de presentar los contenidos necesarios para una correcta actuación enfermera en el área de los cuidados críticos o intensivos, partiendo de la consideración de las generalidades que orientan estas unidades: los sistemas integrales de atención en urgencias, emergencias y cuidados críticos, el marco conceptual y la metodología enfermera adaptadas a estas situaciones, las cuestiones éticas y legales presentes, la gestión y la investigación en estos servicios.

La atención enfermera se describe según sistemas más afectados, desde un recuerdo anatomofisiológico de los órganos, las situaciones clínicas más frecuentes y la planificación de cuidados de acuerdo con las taxonomías diagnósticas y de resultados (NOC) e intervenciones (NIC). En aquellas situaciones que es oportuno, se dedica un apartado especial a la tecnología de soporte a los cuidados que es necesario emplear, describiéndola y explicando la actuación enfermera adecuada.

El numeroso listado de autores incluye a destacados profesionales de la enfermería y otras disciplinas afines procedentes del ámbito universitario y de la práctica enfermera en unidades de cuidados inten-



sivos o de urgencias de probada trayectoria asistencial.

El libro está prologado por los Presidentes de las Asociaciones profesionales de enfermería más destacadas en este campo de los cuidados críticos, la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE), la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias) y la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos.

## Urgencias en Enfermería

Esta es la segunda edición, en dos volúmenes, de un texto de éxito, que incorpora los últimos avances en el tema de la atención enfermera en urgencias y emergencias.

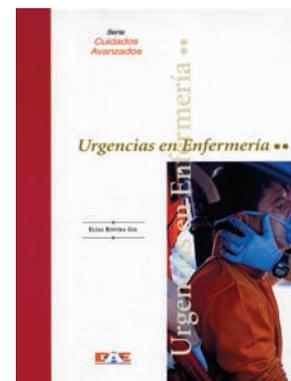
Desde una perspectiva general, se comienza con el abordaje de las situaciones de urgencias desde los aspectos ético-legales, de tanta importancia en este ámbito en el que en ocasiones la urgencia impone la toma de decisiones con características diferentes al de otras áreas del cuidado. Se trata igualmente de las cuestiones relativas a la organización de estos servicios, la comunicación en ellos así

como las facetas de los profesionales involucrados (tipo, características, formación, etc.). Se dedica una especial atención en esta parte introductoria al método RAC de valoración enfermera del paciente urgente, propugnada por la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias y que tan buenos resultados está dando allá donde se aplica.

Los contenidos relativos a cuidados específicos al paciente urgente están desarrollados con un agrupamiento basado en la lógica de los cuidados enfermeros y no en el clásico de sistemas y aparatos,

dado que este tipo de pacientes frecuentemente presentan la afectación de muchos de ellos. Así, se describen situaciones de problemática de cuidados y actuación enfermera en ellas, por ejemplo, el dolor, la hemorragia, la insuficiencia respiratoria, la reanimación cardiopulmonar, los politraumatismos, las alteraciones de las defensas o de la conciencia.

Dedica toda una Unidad a la exposición de problemas en situaciones especiales: la mujer, los niños, el trabajo, las urgencias psiquiátricas, y otra extensa Unidad a los escenarios de atención a múltiples



víctimas, prestando especial atención a los problemas derivados de riesgos nucleares, biológicos y químicos (NBQ) o a la presencia de onda expansiva y síndrome de aplastamiento. En este apartado se aborda también el aspecto psicológico de los cuidados en situaciones de grandes colectividades afectadas.



### XXIV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

**FECHA:** del 28 al 30 de marzo de 2007

**LUGAR:** Las Palmas de Gran Canaria

**MÁS INFORMACIÓN:** 696129595 - 659111384 - 680940402 - 917306538

Fax: 917310535 • E-mail: anesml@gmail.com

### XVIII JORNADAS NACIONALES DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA

**FECHA:** del 18 al 20 de abril de 2007

**LUGAR:** Santander

**MÁS INFORMACIÓN:** Telf.: 902190848 - Fax: 902190580

E-mail: sanicongress@18supervisionenfermeria.com • www.18supervisionenfermeria.com

### VI CONGRESO NACIONAL ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

**FECHA:** 25, 26 y 27 de abril de 2007

**LUGAR:** Córdoba

**MÁS INFORMACIÓN:** Fax: 914735042 • E-mail: eugeniavidal@fabulacongress.com

### IV CONGRESO INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

**FECHA:** del 26 al 28 de abril de 2007

**LUGAR:** Las Palmas de Gran Canaria

**MÁS INFORMACIÓN:** Telf.: 928390543 / 544 / 599

Fax: 928380380 • E-mail: congresos@cajatours.com

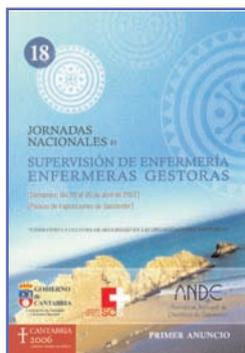
### VI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

**FECHA:** del 9 al 11 de mayo de 2007

**LUGAR:** Donostia - San Sebastian

**MÁS INFORMACIÓN:** Telf.: 935101005 - Fax: 935101009

E-mail: congresos.barcelona@viajesiberia.com



### XXVIII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

**FECHA:** del 16 al 18 de mayo de 2007

**LUGAR:** Salamanca

**MÁS INFORMACIÓN:** Telf.: 981216416 - Fax: 981217542 • E-mail: congrega@congrega.es

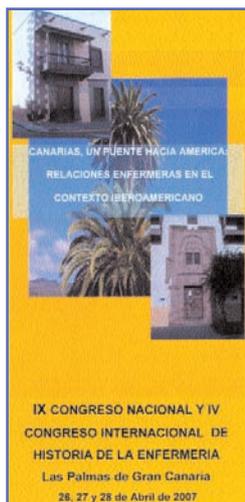
### III CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA SOCIOSANITARIA

**FECHA:** del 30 de mayo al 1 de junio de 2007

**LUGAR:** Málaga

**MÁS INFORMACIÓN:** Telf.: 912042600 - Fax: 915473324

E-mail: dccimad8@viajeseci.es • www.enfermeriasociosanitaria.com



### XII CONGRESO NACIONAL DE MATRONAS

**FECHA:** 6, 7, 8, y 9 de Junio de 2007

**LUGAR:** Lanzarote

**MÁS INFORMACIÓN:** www.congresomatronas2007.com

E-mail: oficina@congresomatronas2007.com • E-mail: mariantadeo@congresomatronas2007.com

### XXIII JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

**FECHA:** del 9 al 11 de mayo de 2007

**LUGAR:** Barcelona

**MÁS INFORMACIÓN:** Telf.: 902190848 - Fax: 902190580

E-mail: sanicongress@18supervisionenfermeria.com • www.18supervisionenfermeria.com

## www.sciencepics.org

Sciencepics, un portal andaluz con más de 15.000 imágenes para ilustrar la divulgación científica

Una imagen vale más que mil palabras y en el caso de la ciencia este dicho es aún más cierto. En multitud de ocasiones los profesores, universitarios y de bachillerato, así como los profesionales de la salud necesitan ilustrar sus contenidos científicos, para preparar una charla o de un curso, pero no siempre es una tarea fácil.

Por ello ha nacido el portal de información gráfica [www.sciencepics.org](http://www.sciencepics.org), una base de datos con más de 15.000 imágenes en media y alta resolución relacionadas con la ciencia y la investigación que se realiza en Andalucía. Ha sido diseñado por el Programa de Divulgación Científica de Andalucía, perteneciente a la Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa coordinado desde el Parque de las Ciencias.

Sciencepics se convierte así en el primer banco de imágenes de carácter regional que existe en España por volumen de imágenes.

De libre acceso para el público general, pretende llegar a ser una herramienta de trabajo con la que complementar las distintas acciones de divulgación y formación que realizan los centros educativos y agentes encargados de la difusión, información, divulgación de la ciencia y la innovación. De esta manera, servirá de apoyo visual a las informa-



ciones relacionadas con el conocimiento científico.

### Fácil manejo

"Las imágenes están agrupadas tomando como referencia la clasificación sectorial de los grupos de investigación en Andalucía: Agroalimentación, Ciencias de la Vida, Ciencia y Tecnología de la Salud, Recursos Naturales y Medio Ambiente, Ciencias Económicas, Sociales y Jurídicas, Humanidades, Física, Química y Matemáticas, Tecnologías de la Producción y Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones", ha explicado a Diario Médico Ismael Gaona, coordinador del Programa de Divulgación Científica de Andalucía. Para descargar las imágenes sólo hay que introducir en el motor de búsqueda

aquellos términos que puedan ilustrar los contenidos para que aparezca aquello que buscamos.

Por sus características, Sciencepics pretende ampliarse con las aportaciones de otras instituciones y particulares. El portal se actualiza semanalmente con una media de 30 fotografías nuevas.

Además, podrán participar aquellas entidades que quieran abrir sus catálogos de imágenes a la red. Para ampliar la base de datos, es necesario enviar un CD con las fotografías seleccionadas a los encargados del sitio web. La utilización de las imágenes es universal, gratuita y abierta y viene a completar los servicios que presta el Programa de Divulgación Científica de Andalucía como agencia de noticias desde el pasado 9 de enero.

## <http://www.aentde.com/index.php>

Dado que en la actualidad la enfermería utiliza con más frecuencia un lenguaje común, resulta muy interesante conocer la página WEB de la AENTDE (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería.)

<http://www.aentde.com/index.php>

Es una asociación sin ánimo de lucro, que se dio a conocer en el I Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería de Barcelona en mayo de 1996, con la idea de agrupar a todos los enfermeros interesados en estudiar y trabajar por un lenguaje común entre los profesionales de Enfermería.

Es una asociación científica, de carácter profesional, que nace con voluntad integradora y agrupa a más de 400 enfermeras, que trabajan con el diagnóstico de enfermería independientemente del sistema de clasificación que utilicen.

Se constituye con el propósito de organizar y fomentar el conocimiento y la utilización de las nomenclaturas enfermeras, como contribución específica al desarrollo del rol propio y de la ciencia enfermera, en beneficio de la salud de los ciudadanos y de los miembros de la Asociación.



### Objetivos

- Contribuir al desarrollo de una terminología enfermera, que cualifique las aportaciones que las enfermeras realizan a la salud de la población.
- Fomentar y promover entre los profesionales de Enfermería el conocimiento y la utilización de los diagnósticos, intervenciones y resultado enfermeros.
- Colaborar con las organizaciones nacionales e internacionales para promover el intercambio y la investigación sobre diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros.

## Lilly crea una web sobre diabetes para enfermos, pacientes y médicos

El grupo farmacéutico Lilly cuenta con una web sobre diabetes en Internet. El portal está dirigido a los tres colectivos relacionados con esta enfermedad: pacientes, médicos y enfermeros. Lilly pretende con él contribuir a través de esta iniciativa al mejor desarrollo y avance de la Sanidad.

Las tres áreas en las que se divide la página web: pacientes, médicos y enfermeros, alojan recursos sobre la enfermedad adaptándose al colectivo al que se dirige la información para que el afectado aprenda sobre la enfermedad y sepa realizarse los tratamientos. Por otra parte, el área de médicos ofrece información sobre cursos, novedades, servicios y precios y aloja temas sanitarios de interés general, así como temas con un nivel científico más elevado. En esta área también hay un buscador online de literatura médica y servicio bibliográfico.

Por último, en el área de Enfermería se encuentra toda la información práctica para los educadores de los pacientes. Esta área cuenta con un aula de formación con guías clínicas y un simulador de pautas de insulinozación, una agenda con las fechas clave de congresos y jornadas, enlaces de interés, medicamentos para la diabetes y materiales sobre la enfermedad descargables desde la web, así como una guía sobre la hemoglobina y un diario para el paciente diabético.





# Investigación & Cuidados



Boletín de suscripción a Investigación & Cuidados

La Revista de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

Nombre y apellidos: .....

Dirección particular: ..... Provincia: .....

Ciudad: .....

Centro de trabajo: .....

Teléfono: ..... E-mail: .....

Provincia de colegiación: .....

Nº. colegiado: .....



- Colegiado en la Comunidad Valenciana (gratuita)
- Colegiado en otras provincias (20 euros incluido IVA)
- Estudiante (6 euros incluido IVA)

La periodicidad de la revista es semestral.

El número de cuenta para hacer el ingreso bancario es: **2077-0482-16-3100518783**

Enviar por fax o correo ordinario fotocopia del resguardo del ingreso a:

**Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. C/ Xàbia 4-3º, Puerta, 10. 46010 - Valencia**

También a través de la web: [www.enferalicante.org](http://www.enferalicante.org), [www.enfervalencia.org](http://www.enfervalencia.org) o [www.coecs.com](http://www.coecs.com)



# TecnoCuenta: sáquele todo el jugo a su dinero



## 100% ventajas, 0 comisiones

TecnoCuenta es su cuenta personal o profesional **sin ningún tipo de comisión ni gasto de administración** que le permitirá gestionar su economía y acceder a un conjunto de **productos y servicios en condiciones preferentes**, solo por formar parte del **Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana CECOVA**.

- 0 euros** comisión de mantenimiento<sup>(1)</sup>
- 0 euros** comisión de administración<sup>(1)</sup>
- 0 euros** comisión por ingreso de cheques
- 0 euros** comisión por la emisión de la tarjeta Visa TecnoCredit

## TecnoCredit le dejará un buen sabor de boca

Llévese este exprimidor Kenwood de regalo<sup>(2)</sup> al hacerse cliente de TecnoCredit.

*Regalo exclusivo para nuevos clientes.*



**Infórmese** en cualquier oficina SabadellAtlántico, llamando al **902 323 555** o en **tecnocredit.com**

(1) Excepto cuentas inoperantes en un período igual o superior a un año y un saldo igual o inferior a 150 €.

(2) Promoción válida hasta finalizar existencias (500 uds.), por la apertura de una TecnoCuenta con un saldo mínimo de 300 €.

**Sabadell Atlántico**

El banco de los profesionales

Grupo Banco Sabadell

**TecnoCredit**

