

Enfermería Comunitaria

SOCIEDAD DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ASTURIAS

Vol.4 nº3, verano 2016



Revisión bibliográfica

Actuación de la enfermera de Atención Primaria
ante niños víctimas de un desastre natural 7

Editorial

¿Es posible ganar
calidad de vida cuando
se posee una
enfermedad crónica? 4

Original

Conocimientos de los
enfermeros del Hospital
del Oriente de Asturias
(HOA) en reanimación
cardiopulmonar 18

Consumo de bebidas
energéticas en
estudiantes
universitarios 31

Colaboración

Los profesionales
sanitarios y las
instrucciones previas 44

Una vida prolongada 55



sumario

ISSN: 2254-8270

Entidad editora:

SEAPA (*Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias*)

Directora:

Carmen Santano Vilchez
SUAP. Centro de Salud El Quirinal (Avilés)

ISSN: 2254-8270

Título Clave: Revista (SEAPA. Internet)

Déposito Legal: AS 2340-2002

Periodicidad: Trimestral

EDITA: SEAPA

Dirección: C/ Víctor Sáenz 5, bajo-33012 (Oviedo)

Teléfono: 615 761 501

E-mail: revistaseapa@seapaonline.org
comiteeditorial@seapaonline.org

Web: www.seapaonline.org

Maqueta: Javier González Pisano
María Rodríguez Fernández

Comité Editorial:**Fernanda del Castillo Arévalo**

Centro de Salud de Contrueces (Gijón)

Ana González Pisano

Centro de Salud de Vallobín – La Florida (Oviedo)

Carmen Santano Vilchez

SUAP. Centro de Salud El Quirinal (Avilés)

Ma Ángeles González Fernández

Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria del área del Bierzo (León)

Rosendo Argüelles Barbón

Coordinador de Continuidad de Cuidados (Gijón)

Francisco Javier Izurubieta Barragán

Escuela Universitaria de Enfermería. Servicio Riojano de Salud/Universidad de La Rioja (Logroño)

Sheila Sánchez Gómez

Centro de Salud Zaramaga. Presidenta de la Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente de Álava (Álava)

Manuel Rich Ruíz

Vicedecano de Coordinación Académica y Extensión Universitaria. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba (Córdoba)

Cristina González Aller

Centro de Salud de Llanera (Oviedo)

Ángel Martín García

Centro de Salud San Blas (Parla). Dirección Asistencial Sur. Gerencia de Atención Primaria (Madrid)

Susana Navalpotro

Enfermera de UVI Móvil del SUMMA 112 (Madrid)

Comité de Redacción:**Fernanda del Castillo Arévalo**

Centro de Salud de Contrueces (Gijón)

Ana González Pisano

Centro de Salud de Vallobín – La Florida (Oviedo)

Santiago González Sánchez

Centro de Salud El Llano (Gijón)

Carmen Santano Vilchez

SUAP. Centro de Salud El Quirinal (Avilés)

Marta Pisano González

Coordinadora Escuela de Pacientes. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud del Principado de Asturias (Oviedo)

Enrique Oltra Rodríguez

Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón (Gijón)

Carmen Teresa Velasco González

Jefa del Sección del Servicio de Calidad de la D.G. de Innovación Sanitaria. Consejería de Salud de Asturias (Oviedo)

Rosario Riestra Rodríguez

Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón (Gijón)

Fernando Alonso Pérez

Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón (Gijón)

Emilio Velasco Castañón

Centro de Salud Llano Ponte (Avilés)

Dolores Mirón Ortega

Centro de Salud de Mieres Sur (Mieres)

Rubén Martín Payo

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo (Oviedo)

Emilia Romero de San Pio

UCI. Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo)

Sofía Osorio Álvarez

Hospital de Cabueñes (Gijón)

Rosendo Argüelles Barbón

Coordinador de Continuidad de Cuidados (Gijón)

Cristina González Aller

Centro de Salud de Llanera (Oviedo)

Comité Científico:

Santiago González Sánchez

Centro de Salud El Llano (Gijón)

Berna García Menéndez

Centro de Salud de Sama de Langreo (Sama)

Belén Fernández Suárez

*Servicio de Planificación, Calidad y Aseguramiento.
D.G. de Innovación Sanitaria. Consejería de Salud
(Oviedo)*

Raquel Pérez Otero

SESPA, Área I. (Jarrío)

Marta Pisano González

*Coordinadora Escuela de Pacientes. Servicio de
Promoción de la Salud. Dirección General de Salud
Pública. Consejería de Salud del Principado de
Asturias (Oviedo)*

Enrique Oltra Rodríguez

*Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón
(Gijón)*

Rosario Riestra Rodríguez

*Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón
(Gijón)*

Emilia Romero de San Pio

*UCI. Hospital Universitario Central de Asturias
(Oviedo)*

Fernando Alonso Pérez

*Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón
(Gijón)*

Carmen Teresa Velasco González

*Jefa del Sección del Servicio de Calidad de la D.G.
de Calidad e Innovación en los servicios de salud
de la Consejería de Salud de Asturias (Oviedo)*

Emilio Velasco Castañón

Centro de Salud Llano Ponte (Avilés)

Dolores Mirón Ortega

Centro de Salud de Mieres Sur (Mieres)

Rubén Martín Payo

*Escuela Universitaria de Enfermería de Oviedo
(Oviedo)*

Sofía Osorio Álvarez

Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)

Margarita Fernandez Garcia

UGC de Sotroñdio (Sotroñdio)

Charo G^a-Cañedo Fernández

Centro de Salud Otero (Oviedo)

M^a Ángeles González Fernández

*Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria
del área del Bierzo (León)*

Susana Navalpotro

Enfermera de UVI Móvil del SUMMA 112 (Madrid)

Francisco Javier Izurubieta Barragán

*Escuela Universitaria de Enfermería. Servicio
Riojano de Salud/Universidad de La Rioja (Logroño)*

Sheila Sánchez Gómez

*Centro de Salud Zaramaga. Presidenta de la
Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente
de Álava (Álava)*

Manuel Rich Ruíz

*Vicedecano de Coordinación Académica y Extensión
Universitaria. Facultad de Medicina y Enfermería.
Universidad de Córdoba (Córdoba)*

Ángel Martín García

*Centro de Salud San Blas (Parla).
Dirección Asistencial Sur. Gerencia de Atención
Primaria (Madrid)*

Susana Fernández Pérez.

*Supervisora de Formación y Recursos Materiales
del Área V, Hospital de Cabueñes.*

Estefanía Vegas Pardavila

*Doctora por la Universidad de Alicante. Enfermera
en el HUCA, Oviedo.*

Jorge Minguez Arias

*Doctor por la Universidad de Alicante. Enfermero
Comunitario Centro de Salud Arnedo La Rioja.*

Ricardo de Dios del Valle

*Médico de Admisión y Documentación Clínica.
HUCA*

Luis Arantón Areosa

*Director de Procesos de Enfermería. Estructura
Organizativa de Gestión Integrada de Ferrol.
Servicio Gallego de Salud (SERGAS)*

¿Es posible ganar calidad de vida cuando se posee una enfermedad crónica?

"Es necesaria la capacitación y participación de los individuos en la promoción de la salud, además de reconocer la importancia y el significado de las estrategias clave de la promoción de la salud, de una política pública sana y favorable a la Salud"

Naciones Unidas, 1991

Quisiera empezar este editorial, rescatando la vigencia que tiene todavía en nuestro modelo sanitario la Carta de Ottawa¹, documento clave, que marco un hito en el enfoque de la promoción de la salud a nivel mundial. Fue entonces, en 1986, cuando se avanzó en la idea de la orientación de los modelos de salud pública, hacia la participación. Hacia la implicación activa de los ciudadanos y de los pueblos para crear ambientes favorables, reforzar la acción comunitaria y reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud.

Si, hacia la salud, no hacia la enfermedad. La salutogénesis es la cruz de la moneda del actual sistema sanitario (la atención a la enfermedad). Trabajar en salud, es dar un paso más, y caminar encaminando los pasos hacia el desarrollo del máximo potencial de salud de cada persona (sana o enferma). Porque la salud más que un objetivo en sí mismo, es la mayor fuente de riqueza de la naturaleza humana, de la riqueza de la vida cotidiana. La salutogénesis² es un concepto positivo de salud, para alcanzar un adecuado estado de bienestar físico, mental y social.

Para lograr alcanzar el bienestar, las personas y los pueblos deben ser capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio³.

El concepto de salud, por lo tanto, trasciende de la idea en exclusiva de la adopción de formas de vida sanas, y de que su promoción concierne en exclusiva al sector sanitario, pues también se dirige a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (Ottawa, 1986).

Estas ideas claves subyacen y sustentan el programa Paciente Activo Asturias (PACAS) entre cuyos principales objetivos se encuentran capacitar a las personas con enfermedad crónica y a sus cuidadores, para aumentar su calidad de vida, para aumentar su salud, para aumentar sus pensamientos positivos y su capacidad de avanzar en la mejora global de si mismo, y de su núcleo familiar y poblacional más cercano⁴.

Es por ello, que los programas de autogestión de personas con enfermedad crónica, como PACAS, no pretenden aumentar los conocimientos sobre la enfermedad, pues para ello ya se está realizando con gran excelencia programas educativos y de alfabetización impartidos por profesionales sanitarios.

La verdadera valía de estos programas, del empoderamiento de las personas, es el aumento de su capacidad, de la percepción que tienen las personas de conseguir de forma exitosa aquello que se propongan. Y, de canalizar en grupo la propia valía, los logros conseguidos en salud⁵.

En Asturias, la metodología del programa PACAS está basada en la teoría de autoeficacia de uno de los grandes psicólogos de éste siglo: Albert Bandura. Su teoría cognitiva social que establece que las variables predictivas clave del cambio exitoso en la conducta son: la confianza (autoeficacia) en la capacidad de realizar una acción y la expectativa de que se logrará una meta en particular (expectativa de resultado)⁶.

Los contenidos temáticos son diversos: alimentación saludable, lectura de etiquetas, ejercicio físico moderado, dormir bien, relajación, comunicación, pensamiento positivo...que van encajando como un puzzle a lo largo de las diferentes actividades que pretenden aumentar la autoeficacia de los participantes, por medio del modelaje de conductas, la persuasión verbal positiva y la consecución exitosa de planes de acción entre otros.

La realización de los talleres en las localidades y entidades municipales es clave. Las dinámicas de ayuda que se generan en los grupos tras finalizar los talleres han de permanecer, y sólo es posible si el grupo permanece, si se perpetúa el contacto entre los miembros del grupo. Y, las enseñanzas de los talleres, se desarrollan paulatinamente, hasta lograr su total desarrollo al año de realización de los mismos. Es posible, que el desarrollo en el ámbito municipal, ayude a disminuir la alta dependencia de las consultas de Atención Primaria, que de forma generalizada existe hoy día en la atención a los crónicos.

Y, para finalizar éste breve editorial, quisiera compartir con ustedes la última línea de trabajo del programa PACAS y de su engranaje con las Escuelas Municipales de Salud y proyecto más globales de Gobernanza local en salud.

Es necesario rescatar un segundo momento histórico de la promoción de la salud a nivel mundial: el Informe Lalonde: «A new perspective of the health of Canadians: a working document», en el que se sumaron factores externos causantes de la salud y la enfermedad de personas y poblaciones: factores socioeconómicos y culturales que pasarían a definirse por la OMS como "factores determinantes sociales de la salud es el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones"⁷.

La necesidad de abordar éstos factores que se sitúan por encima de las personas, como un verdadero paraguas que determina su salud, nos hace reflexionar sobre el cada vez más necesario abordaje de las acciones de la enfermera en el ámbito de actuación comunitario. Y, hacerlo con la misma visión de empoderamiento, capacitación y activación ésta vez ya nos solo de los individuos, sino de todos los actores locales que puede dirigir y gestionar recursos para el aumento de la salud de las personas y poblaciones⁸.

Termino, poniendo en valor a la enfermería, como colectivo capaz de empoderar a las personas y a las poblaciones, de conectar activos en salud, de gestionar equipos multidisciplinares y de liderar éstos procesos de cambio, donde la persona siempre seguirá siendo el centro de nuestras acciones.

"Si queremos mejorar la salud de la población tenemos que mirar más allá del sistema tradicional de atención de salud (el cuidado de las personas enfermas)".

Lalonde 1974

Marta M^a Pisano González
Coordinadora Escuela de Pacientes. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Asturias



1. Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud [Internet]. Ottawa; 1986. [aceso el 20 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
2. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* 1996 Mar 1;11(1):11–8.
3. Morgan A, Hernán M. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Rev Esp Sanid Penit.* 2013 Nov;15(3):78–86.
4. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2003 Aug;26(1):1–7.
5. Pisano M, Hevia JR. Proyecto Escuelas de Pacientes [Internet]. Oviedo: Dirección general de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Asturias; 2015. [accedido el 20 de julio de 2016]. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/PACAS%20Paciente%20Activo/ESCUELA%20PACIENTES%20tripas%20AF%20v.%20Astursalud%20completo.pdf
6. Bussey K, Bandura A. Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychol Rev.* 1999;106(4):676–713.
7. Hancock T. Lalonde and beyond: Looking back at “A New Perspective on the Health of Canadians.” *Health Promot Int.* 1986 May 1;1(1):93–100.
8. OMS | Determinantes sociales de la salud [Internet]. WHO. [cited 2016 Jul 28]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/es/

Actuación de la enfermera de Atención Primaria ante niños víctimas de un desastre natural

Role of primary health care nurse with children victim of a natural
disaster

Teresa Castaño García, Carmen Vega, Jose Antonio Cernuda Martínez

Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

Manuscrito recibido: 24-02-2016

Manuscrito aceptado: 21-03-2016

Cómo citar este documento

Castaño García T, Vega C, Cernuda Martínez JA. Actuación de la enfermera de Atención Primaria ante niños víctimas de un desastre natural. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2016; 4(3): 7-17.

Resumen

Introducción

Los desastres naturales son situaciones inesperadas, que van a producir una serie de reacciones emocionales de mayor o menor gravedad en sus supervivientes, con el consiguiente aumento de la morbilidad psiquiátrica, especialmente en los niños, por ser uno de los grupos más vulnerables debido a su menor comprensión de lo sucedido y dificultad para expresar sus sentimientos. La labor de la enfermera de Atención Primaria consistirá en entender la situación y actuar acorde a ella, sin olvidar el papel fundamental que juegan los padres en la recuperación total de los niños.

Descripción

Las secuelas ocasionadas por la exposición al trauma causado por los desastres naturales, tanto psíquicas como fisiológicas (diferentes según las franjas de edad) deberán ser tratadas por su correspondiente enfermera de atención primaria en colaboración con los padres, y en ocasiones, dependiendo de la gravedad y persistencia de las mismas, se realizará una derivación a un profesional de la salud mental, teniendo en cuenta una serie de recomendaciones y criterios de valoración.

Conclusiones

Los padres o tutores junto con los profesionales sanitarios, tienen un papel muy importante en la recuperación de sus hijos, ya que las reacciones de los niños van a estar muy influenciadas por las de sus progenitores.

Palabras Clave

Salud mental, niño, desastre geológico, desastre meteorológico.

Abstract

Introduction

Natural disasters are unexpected situations, which will produce a series of emotional reactions of greater or lesser severity in their survivors, with the consequent increase of psychiatric morbidity, especially in children, for being one of the most vulnerable groups because of their less understanding of what happened and difficulty to express their feelings. The work of primary care nurse will consist of understanding the situation and act according to it, without forgetting the fundamental role of parents in the total recovery of the children.

Description

The sequelae caused by exposure to the trauma caused by natural disasters, both psychological and physiological (different according to the age ranges) should be treated by their corresponding nurse of primary care in collaboration with parents, and sometimes, depending on the severity and persistence of them, will be a referral to a mental health professional taking into account a number of recommendations and assessment criteria.

Conclusions

Parents or guardians along with health professionals, have a very important role in the recovery of their children, because the reactions of children will be very much influenced by the parents.

Keywords

Mental health, child, geological disaster, meteorological disaster.

Introducción

Los desastres naturales son aquellos en los que la naturaleza atenta contra sí misma, como consecuencia de procesos de gran magnitud que le son propios y que se reflejan en estados de crisis, cuyo resultado son fuertes modificaciones en la geomorfología, hidrología, suelos, vegetación, la fauna y el clima. En 1993, en un informe realizado por la Cruz Roja, se estableció que los desastres más habituales, por ocurrencia, eran las inundaciones (17,5 %) y las tormentas (10,6%), mientras que los que afectan a mayor número de personas serían los disturbios civiles (41%) y la sequía (18%). En cuanto a la distribución geográfica, Asia es el continente donde más desastres y catástrofes se han producido (42%), seguida de América (22%), África y Europa (15% cada uno) y Oceanía (6%). Además, la distribución de desastres es del 86% en países subdesarrollados frente al 14 % en países industrializados¹⁻³.

Desde los años 80 y 90 del siglo pasado ha empezado a aumentar el interés por el impacto que los desastres naturales producen sobre la salud mental de los afectados y se ha hecho evidente la necesidad de un abordaje integral y junto con ello, la literatura disponible y la experiencia nos demuestran que el tratar los problemas y alteraciones de la salud mental a su debido tiempo, es la mejor manera de evitar que estos se compliquen o aumenten su gravedad ^{4,5}.

Este tipo de sucesos, provocan un importante impacto sobre la salud mental, demostrándose que en estas situaciones se produce un incremento de los signos de sufrimiento psicológico y, consecuentemente de la morbilidad psiquiátrica y de los problemas socialesⁱ. Es importante destacar que por cada afectado físico en un desastre natural, habrá tres personas que podrán sufrir consecuencias en su salud mental².

Se estima que entre la tercera parte y la mitad de la población expuesta a un desastre natural, sufre alguna manifestación psicológica, aunque hay que tener claro, que no todas pueden calificarse como patológicas, ya que la mayoría se consideran reacciones normales ante dichos eventos. También se ha demostrado que después del desastre, los problemas de salud mental que pueden presentar los sobrevivientes, requieren de atención durante un periodo prolongado, cuando tienen que reconstruir sus vidas⁵.

Por otra parte, por tener personalidades en formación, los niños están en continuo proceso de desarrollo y deben enfrentarse diariamente, en el proceso de superación de cada etapa de su vida, a nuevos retos, exigencias y necesidades. Esto supone una cierta ventaja sobre los adultos en cuanto a su capacidad de adaptación y afrontamiento de situaciones nuevas, ya que les sirven para aprender de lo que viven y ven⁶. Generalmente son bastante resistentes y se recuperan en un corto periodo de tiempo, después de un desastre. Con un apoyo adecuado de las personas adultas que los rodean, especialmente el de sus padres, pueden continuar creciendo y desarrollándose adecuadamente. Las formas más importantes de ayudarles, es asegurándose de que dichos niños se sientan amados, atendidos y protegidos⁷.

Pero aún así, no dejan de ser considerados junto con los ancianos, discapacitados y mujeres, como uno de los grupos más vulnerables, debido a su menor comprensión de lo sucedido y a las limitaciones en comunicar lo que sienten⁶.

La forma como enfrentan estos eventos va a depender de la edad de cada niño, así como de su capacidad de comprensión y del grado de protección y seguridad que sus familias les aporten. En concreto, los menores de cinco años tienen mayor riesgo de sufrir secuelas psicológicas, ya que tardan más tiempo en resolver las consecuencias emocionales y tienen más vida para convivir con ellas⁶.

Por todo ello, la labor de la enfermera de Atención Primaria consiste en entender y actuar acorde con la situación de tensión y de crisis que esté viviendo el niño. Esto implica que tienen que aplicar sus conocimientos y experiencias a una situación única y rápidamente cambiante⁸.

Durante un desastre natural, sobre todo los que son de grandes dimensiones, las enfermeras pueden observar cambios en los patrones habituales de salud mental, ya que dichos eventos no solo van a provocar muertes y lesiones, sino que también pueden condicionar por el hecho de la situación que se ha producido y las consecuencias que ha creado en las infraestructuras, ambiente, etc., a que las personas afectadas por ello, se vean obligadas a llevar determinadas condiciones de vida que producen un mayor riesgo de desarrollar problemas o alteraciones en su salud mental^{8,9}.

En cuanto a la situación de los padres, es necesario explicarles todo lo que se vaya a hacer con los menores para llevar a cabo su recuperación emocional, buscando por ello la aprobación y cooperación de los mismos. No se deben llevar a cabo, bajo ninguna circunstancia, actividades en contra de la voluntad de los padres y éstos deben acompañar siempre a sus hijos en todo momento, especialmente a los más pequeños y afectados.

Objetivos

Objetivo general

- Describir cuál es la actuación de la enfermera de Atención Primaria, ante las alteraciones emocionales que presentan los niños, tras haber vivido un desastre natural.

Objetivos específicos

- Describir los signos de alarma (fisiológicos y psicológicos) que indican que el niño necesita la ayuda de un profesional de la salud mental.
- Valorar los criterios y recomendaciones para realizar una derivación a los profesionales de Atención Especializada de Salud Mental.

Método

Se ha procedido a una revisión bibliográfica para responder a la pregunta: ¿qué papel desempeña la enfermera de Atención Primaria en la ayuda a niños que han sufrido un desastre natural? Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica a partir de fuentes documentales secundarias (revisiones sistemáticas y artículos originales) en bases de datos de literatura científica, así como la búsqueda en internet de portales de instituciones de reconocido prestigio en el ámbito sanitario que aportasen evidencias sobre este tema.

Se realizó una restricción de fechas entre enero de 2000 y diciembre de 2015, para no emplear literatura de más de quince años de antigüedad, salvo tres referencias publicadas con anterioridad a 2000, incluidas por su valor científico. Se utilizaron los siguientes descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): salud mental, niño, desastre meteorológico, desastre geológico. Como criterios de inclusión se emplearon: rango de fechas entre 2000 y 2015, que los artículos contuvieran los descriptores anteriormente señalados y que, tras su lectura, aportasen información para responder a la pregunta de investigación. Como criterio de exclusión se empleó el no cumplimiento simultáneo de los tres criterios de inclusión.

Con esta estrategia de búsqueda se obtuvieron 45 referencias bibliográficas tanto en inglés como en español. Se rechazaron 31 tras una lectura crítica de las mismas por no ajustarse a los criterios de búsqueda, y se han incluido finalmente 14. La Tabla 1 resume la estrategia de búsqueda de los artículos.

Desarrollo

1. Factores causantes del impacto emocional

Los mecanismos de defensa que posee el ser humano, no van a responder en su totalidad cuando éste se enfrenta a situaciones que superan sus capacidades de adaptación, y entonces es cuando hablamos de eventos traumáticos o desastres que producen una rotura del equilibrio y una serie de reacciones emocionales de distinta gravedad, e incluso en ocasiones enfermedades mentales¹⁰.

El impacto emocional de cualquier desastre natural, depende de estos factores^{10,11} :

- **La propia naturaleza del evento:** si el impacto es grave y colectivo, se producirá daño en la cohesión familiar y social, lo cual va a dificultar la superación individual de dicho trauma. Y si a ello se le suma la amenaza o necesidad de desplazarse, los procesos para readaptarse se dificultarán aún más y las manifestaciones psicológicas, corren el riesgo de empeorar y dejar secuelas permanentes. Cabe destacar que el ritmo de normalización es muy variable, mereciendo especial mención los niños, porque el hecho de la pérdida de algunas estructuras, va a entorpecer su desarrollo normal y la construcción de sus defensas protectoras.
- **Las características de la personalidad de las víctimas:** siendo el grupo más vulnerable los niños y adolescentes, ya que aún no han conseguido adquirir las defensas necesarias para hacer frente a estas situaciones y dependen por ello del apoyo y ayuda exterior.
- **El entorno y las circunstancias:** el impacto emocional suele ser tan fuerte que los niños no hablan sobre lo que han vivido, por eso suele cometerse el error de pensar que lo han olvidado, cuando en realidad la experiencia ha demostrado que son capaces de recordarlo todo, pero solo cuando sus sentimientos de miedo están bajo control. Por eso las circunstancias que aparecen como una manifestación normal en circunstancias anormales en los niños, deben ser atendidas rápida y oportunamente.

En cuanto a las alteraciones emocionales que van a sufrir los niños tras el desastre, cabe destacar que no sólo van a depender del terror inmediato que genera el suceso en sí, sino también de la alteración que éste va a provocar en su vida normal, la angustia y la alarma que van a presentar los adultos que cuiden de ellos y la destrucción de todo lo familiar, incluyendo en ello su casa, al igual que las estructuras físicas y sociales en las comunidades¹².

2. Recomendaciones a padres de niños afectados por un impacto emocional

Las reacciones de los niños en su gran mayoría son respuestas esperadas y en ocasiones la falta de información de los padres y familias, la ausencia de comprensión por parte de los maestros y la confusión a la que se enfrentan, puede generar que algunas de estas reacciones se compliquen, generando secuelas y sufrimiento³.

A su vez, las reacciones emocionales de los niños van a estar influenciadas por las de sus padres, por ello es importante que éstos lleven a cabo una serie de recomendaciones con sus hijos, que son las siguientes⁶:

- Han de ser una fuente de apoyo y seguridad para sus niños y hacer especial énfasis en su valentía y coraje, además de protegerlos y estar a su lado siempre que lo necesiten.
- Ayudarles a retomar su rutina diaria, tan pronto como sea posible.
- Tratarlos con cariño, decirles cuánto les quieren y lo importantes que son para ellos.
- Hablar con ellos. Tratar de explicarles lo que pasó, empleando términos que ellos puedan entender.
- Permitirles expresar sus sentimientos, en especial, el miedo y el llanto.
- No molestarse si su hijo o hija quiere estar más tiempo con ellos o si protesta cuando intentan separarlo. Cuando tengan que separarse, prepararlo siempre con antelación, explicándoles a dónde van y cuándo van a regresar.

- En principio, no deben alarmarse por los cambios de conducta, usualmente son normales ante una situación excesivamente impactante. Sólo si esas conductas no van desapareciendo con el paso del tiempo, si muestra muchos problemas en la escuela o si sigue muy triste o callado, buscar ayuda de tipo especializado.
- Tan pronto como sea posible, permitir y favorecer que vuelvan a la escuela. Establecer contacto personal con los maestros.
- Procurar no transmitir sus propios temores y ansiedad a sus hijos.

El contacto con los padres no solamente es importante para orientarlos en su trato con los hijos, sino para coordinar acciones y, además, para explorar la posibilidad de riesgos para los niños en el ámbito familiar, que hayan podido surgir o agravarse⁶.

Otra cuestión que se ha descubierto clínicamente y es ampliamente aceptada, es que los niños son muy sensibles a las reacciones de sus propios padres, tanto para el evento en sí como para hablar después acerca de él. A menudo refieren que no quieren hablar con ellos por miedo a molestarlos, lo que provoca que en muchas ocasiones, los padres subestimen el grado de estrés que sufren sus hijos y por eso no se puede confiar únicamente en el informe que ellos nos den para establecer el diagnóstico¹³.

3. Alteraciones emocionales infantiles postdesastre que deben ser tratadas por su enfermera de Atención Primaria

Las alteraciones emocionales que presenten los niños tras el desastre y que deben de ser tratadas por su enfermera de Atención Primaria correspondiente, junto con la colaboración de sus propios padres, son las siguientes¹¹: pesadillas, enuresis nocturna, ansiedad, miedo, fobias, agresividad y problemas disciplinares, tristeza o nostalgia, dolores psicósomáticos, falta de concentración e hiperactividad, exagerado apego a los adultos y comportamientos regresivos.

Además de las nombradas anteriormente, hay otra serie de ellas, que tienen que ser tratadas por un profesional de la salud mental, y que por ello cuando la enfermera de Atención Primaria las detecte, deberá comunicárselo a su médico correspondiente y será éste, quien decidirá llevar a cabo la derivación del niño a la consulta de los especialistas de salud mental correspondientes, entendiéndose por tales, la enfermera de Salud Mental, el psiquiatra y el psicólogo clínico. Las alteraciones emocionales que deben ser tratadas por dichos profesionales son: trastornos severos de tipo psíquico que se mantienen más allá de un mes, lloros constantes y sentimientos de tristeza profunda, negativa a comer y delgadez significativa, cansancio y encamamiento constante, insomnio y aumento del periodo de alerta, desesperanza e ideas suicidas, estar heridos y con deficiencias psíquicas, hiperactividad con baja tolerancia a la frustración, total desinterés por actividades agradables, nerviosismo extremo, fobias específicas, ansiedad de separación, problemas de sueño y aparición de estrés postraumático^{2,11}.

Cabe mencionar que, las respuestas más comunes de los niños a los desastres y que han de ser tratadas por un profesional de la salud mental, son las fobias específicas, la ansiedad de separación, problemas del sueño y el trastorno de estrés postraumático².

Las recomendaciones que han de tenerse en cuenta para realizar la derivación a la consulta de los profesionales de la salud mental (psiquiatra, psicólogo clínico y enfermera de Salud Mental), son las que se citan a continuación⁶:

- Asegurarse de que los signos y síntomas siguen presentes sin mejoría alguna o incluso empeoran, más allá de los tres meses.
- Conocer los dispositivos de salud mental de la comunidad.
- Explicar al niño y a la familia el por qué, dónde y cómo va a ser derivado.
- Si existen protocolos o procedimientos estandarizados, deben usarse.
- Escribir claros los datos de identificación del niño y de sus padres o cuidadores y la dirección donde se encuentra el menor. Describir también su estado actual y las razones por las cuales necesita dicho servicio.
- Acompañar al niño o asegurarse que irá con un adulto responsable.
- Exigir al profesional un documento formal de contrarreferencia, que es aquel mediante el cual se retorna al paciente a su establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, una vez que se ha atendido satisfactoriamente la demanda. En él estarán especificados los resultados y recomendaciones para su seguimiento.
- Mantener registradas todas las derivaciones y resultados.
- Asegurar el seguimiento de los casos derivados.

Los criterios necesarios para realizar la derivación son los siguientes¹¹:

- Síntomas persistentes y /o agravados que no se han conseguido aliviar con las medidas tomadas inicialmente.
- Intensidad del cuadro que genera gran sufrimiento.
- Dificultades en la vida familiar, laboral o social.
- Riesgo de complicaciones, en especial de suicidio.

En cuanto a la atención emocional en situación de crisis o urgencia, destacar que la participación de agentes comunitarios, trabajadores de atención primaria de la salud y voluntarios, van a tener un papel decisivo, ya que constituyen la primera línea de contacto con la población y son los que se encargan de la primera contención emocional. Estos auxilios recomiendan no forzar a los niños afectados a hablar sobre lo ocurrido y sus sentimientos, puesto que las intervenciones psicoterapéuticas que lo hacen, no han demostrado reducir el desarrollo posterior de trastornos psiquiátricos, y peor aún, podrían llegar a aumentarlos¹⁴.

"La participación de agentes comunitarios, trabajadores de atención primaria de la salud y voluntarios, van a tener un papel decisivo, ya que constituyen la primera línea de contacto con la población y son los que se encargan de la primera contención emocional"

4. Principales manifestaciones emocionales y conductuales infantiles postdesastre.

Las principales manifestaciones emocionales y conductuales de los niños tras sufrir un desastre natural se recogen en la **Tabla 1**⁶.

Tabla 1: Principales manifestaciones emocionales y conductuales infantiles postdesastre (Rodríguez, 2006)

GRUPO DE EDAD	REACCIONES EN LAS PRIMERAS 72 HORAS	REACCIONES EN EL PRIMER MES	REACCIONES EN EL SEGUNDO Y TERCER MES
0 a 2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Excitación. • Gritos y llanto frecuente. • No se duermen o se despiertan frecuentemente. • Reaccionan exageradamente a cualquier estímulo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sueño. • Pérdida del apetito. • Apego excesivo a los padres. • Apatía. • Conductas regresivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del sueño. • Aumenta la tolerancia a la separación física. • Llanto injustificado.
3 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el comportamiento. • Temor exagerado por cualquier estímulo. • Desorientación espacial. • Alteraciones del sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta regresiva. • No tolerancia a estar solos. • Pérdida o aumento del apetito. • Trastornos del sueño. • Tartamudo o pérdida del habla. • Miedos específicos: a seres o situaciones reales o fantásticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazan la escuela. • Dolores de cabeza y cuerpo. • Negación a comer o comen en exceso. • Juegan repetidamente al suceso traumático.
6 a 11 años	<ul style="list-style-type: none"> • Pasividad. • Agresividad, irritabilidad. • Confusión y desorientación. • Llantanto frecuente. • Conductas regresivas. • Problemas en el lenguaje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo injustificado. • Dificultad para estar quietos. • Dificultad para mantener la atención. • Dolores de cabeza y otras quejas somáticas. • Juegan repetidamente al suceso traumático. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de concentración. • Rechazo a ir a la escuela. • Sienten culpa. • Parecen retraídos o tímidos. • Juegan repetidamente al suceso traumático.
12 a 18 años	<ul style="list-style-type: none"> • Confusión y desorientación. • Rechazo a hablar y aislamiento. • Parecen ausentes o distraídos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de apetito. • Pérdida de sueño. • Dolores de cabeza y de cuerpo. • Pérdida de interés por las actividades comunes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rebelión con la familia o la autoridad general. • Problemas de comportamiento. • Huída de casa. • Rechazo a la escuela.

Si dichas manifestaciones persisten más de tres meses o si se acentúan a pesar de la atención, debe pensarse en la necesidad de una evaluación individual más profunda para definir una derivación a un profesional de la salud mental. Igualmente se realiza dicha derivación cuando se detectan signos y síntomas de alarma⁶.

5. Principales signos de alarma fisiológicos y psicológicos en niños víctima de un desastre natural

Los signos de alarma fisiológicos y psicológicos según edades se recogen en la **Tabla 2**⁶.

Tabla 2: Signos de alarma fisiológicos y psicológicos en niños víctima de un desastre natural (Rodríguez, 2006)

GRUPO DE EDAD	SIGNOS PSICOLÓGICOS DE ALARMA	SIGNOS FISIOLÓGICOS DE ALARMA
0 a 2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del apetito o rechazo continuo a la comida. • Permanece mudo o excesivamente en situación de silencio. • Excesiva inquietud. • Rechazo o evitación de la madre. • Evita el contacto visual. • Balanceo o giro permanente de la cabeza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida significativa de peso. • Vómitos, náuseas y rechazo continuo al alimento.
3 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo al contacto. • Autoagresión. • Aislamiento. • Silencio permanente. • Manifestación de deseo de muerte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autolesiones. • Pérdida significativa de peso o sin ganancia de peso para la edad.
6 a 11 años	<ul style="list-style-type: none"> • Deseos de huida de casa o de muerte. • Aislamiento y tristeza permanente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso significativa. • Quejas somáticas frecuentes. • Presencia de lesiones autoinflingidas como morderse.
12 a 18 años	<ul style="list-style-type: none"> • Deseos de huir de casa o morirse. • Consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas. • Presencia de conductas antisociales como robo, hurto... • Comportamiento sexual promiscuo o perverso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso significativa. • Evidencia de intoxicación con sustancias psicoactivas o alcohol. • Intentos de suicidio. • Sintomatología somática persistente: diarrea constipación...

Al detectar cualquiera de ellos, la enfermera de atención primaria deberá⁶:

- Hacer una exploración individual, profundizando más en dichos signos.
- Compartir opiniones con los padres y buscar su colaboración.
- Definir si existe una posible causa orgánica que pueda explicar la alteración en el niño y si existen dudas al respecto, asegurar su evaluación médica y analizar en qué contextos se presentan.
- Determinar el grado y riesgo de la urgencia.
- Analizar y decidir si son lo suficientemente persistentes y consistentes como para realizar una derivación a una consulta especializada con un profesional de la salud mental.
- Estar atento/a a los resultados de la evaluación especializada y atender a las instrucciones del profesional para el seguimiento cotidiano del niño.

Conclusiones

El impacto de cualquier desastre natural va a depender de tres factores fundamentales que son los siguientes: su propia naturaleza, las características de la personalidad de las personas afectadas y las circunstancias del mismo.

Entre los grupos más vulnerables ante estos eventos, se encuentran además de las mujeres, discapacitados y ancianos, los niños, ya que van a emplear más tiempo en resolver las secuelas emocionales padecidas y también debido a su menor comprensión de lo que ha sucedido y tener más dificultades a la hora de expresar sus sentimientos y pensamientos.

Las alteraciones emocionales y conductuales, así como los signos de alarma, se van a clasificar según unos grupos de edad y atendiendo también al intervalo de tiempo en el que se presenten, que bien puede ser en las primeras 72 horas, en el primer mes o a lo largo del segundo y tercer mes.

Será la enfermera de Atención Primaria correspondiente, junto con el médico y con los padres o adultos responsables, quien se encargará de atender y tratar dichas alteraciones o secuelas emocionales y en caso de que sean graves o persistan más allá de los 3 meses, deberá comunicárselo a su médico correspondiente y será éste quien teniendo en cuenta una serie de criterios y recomendaciones, decidirá realizar la derivación a la consulta de los especialistas de Salud Mental: psiquiatra, psicólogo clínico y enfermera de Salud Mental.

Los padres, tutores o adultos responsables de los niños, van a tener un papel fundamental de colaboración junto con los profesionales sanitarios, ya que les van a servir de orientación en el trato de los niños y también como ayuda a la hora de coordinar acciones y detectar los posibles riesgos que éstos puedan presentar. En resumen, han de ser el principal núcleo protector y de seguridad para los niños⁶.

Bibliografía

1. Francisco J, Ferrando A. En torno a los desastres naturales: tipología, conceptos y reflexiones. Revista Invi [revista en internet] 2003. [Acceso el 10 de febrero de 2016]; 18 (47). Disponible en: <http://revistainvi.uchilefau.cl/index.php/INVI/article/view/388>.
2. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. World disasters report 1993. Dordrecht: Martinus Nijhoff.

3. Green BL. Cross National and ethnocultural issues in disaster research. En: Marsella AJ, Friedman MJ, Gerrity ET, y Scurfield RM (eds): Ethnocultural aspects of post-traumatic stress disorder. 1997. Washington. American Psychological Association.
4. Rodríguez J, Zaccarelli M, Pérez R. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Washington DC. 2006; 169-184.
5. Rodríguez J, Zaccarelli M, Pérez R. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Washington DC. 2006; 5-7.
6. Rodríguez J, Zaccarelli M, Pérez R. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Washington DC. 2006; 97-118.
7. Sugerencias para hablar con niños y jóvenes y ayudarlos a hacer frente después de un desastre o un evento traumático. [Acceso el 25 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA12-4732SPANISH/SMA12-4732SPANISH.pdf>. Revisión 2012.
8. Forero C, Ceballos M, Domínguez A. Funciones de enfermería en situaciones de desastre. En: Memorias con atención de urgencias en situaciones de desastre. Medellín. 1987.
9. Cernuda Martínez JA, Arcos González P, Castro Delgado R. Impacto de los desastres en la salud mental. Rol 2013; 36 (12): 842-848.
10. Rodríguez J, Zaccarelli M, Pérez R. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Washington DC. 2006; 1-8.
11. OPS. Manual de Protección de la Salud Mental en situaciones de desastre y emergencias. Washington DC. 2002; 21-55.
12. Benveniste D. Intervención en crisis después de grandes desastres. Revista de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas. 2000; 8 (6): 1-6.
13. NICE Clinical Guidelines. Post traumatic Stress Disorders: The management of PTSD in adults and children in Primary and Secondary Care. Leicester (UK): Gaskell; 2005; 26
14. Figueroa R, Marín H, González M. Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. Revista Médica de Chile [revista en internet]. 2010 febrero. [Acceso el 18 de diciembre de 2015]; 138: 143-151.
Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000200001&script=sci_arttext&tlng=pt.

Conocimientos de los enfermeros del Hospital del Oriente de Asturias (HOA) en reanimación cardiopulmonar

Knowledge of hospital nurses eastern Asturias in CPR

María Esther Peláez Sánchez

Estudio desarrollado en el Hospital del Oriente de Asturias (HOA)

Manuscrito recibido: 02-02-2016

Manuscrito aceptado: 26-04-2016

Cómo citar este documento

Pelaéz Sánchez M.E. Conocimientos de los enfermeros del Hospital del Oriente de Asturias (HOA) en Reanimación Cardiopulmonar. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2016; 4(3): 18-30.

Resumen

Objetivo

Evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería del Hospital del Oriente de Asturias (HOA) sobre RCP. Conocer el grado de formación en RCP.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal. Encuesta anónima y voluntaria dirigida al personal de enfermería del HOA evaluando aspectos relacionados con las características sociodemográficas, experiencia profesional, formación y conocimientos en RCP, conocimiento del sistema aviso-respuesta en caso de parada cardiorrespiratoria e interés en recibir formación.

Resultados

Tasa de participación del 77,90%. El 71% de los profesionales han recibido formación en RCP durante su experiencia laboral, aunque sólo el 20% hace menos de 2 años. El 76,9% han contestado correctamente los conocimientos sobre RCP siendo unidades como Urgencias-Uvi móvil, UCA (Unidad de Cuidados Avanzados) - Reanimación y hospitalización donde se detecta un mayor nivel de conocimiento. El 61,5% han mostrado conocimiento correcto del sistema de aviso respuesta. Cuando se comparan los conocimientos del personal de enfermería con la experiencia laboral y con la cognición del plan de actuación, se ve un mayor nivel de los mismos entre el personal que tiene una experiencia laboral entre 14-20 años y entre 13 y 15 años respectivamente.

Conclusiones

Necesidad de organizar cursos de formación de RCP en el HOA .El interés de los enfermeros del HOA en recibir formación es muy elevado.

Palabras clave

Reanimación cardiopulmonar. Enfermería. Conocimientos, actitudes y práctica en salud.

Abstract

Objective

To evaluate the level of knowledge of nurses of the Hospital of Eastern Asturias (HOA) on CPR. Knowing the degree of training in CPR.

Methods

Cross-sectional study. Anonymous and voluntary survey of nurses HOA evaluating aspects related to the sociodemographic characteristics, work experience, training and knowledge in CPR, knowledge of the warning system - response in case of cardiac arrest and interest in receiving training.

Results

Participation rate of 77.90%. 71% of professionals have been trained in CPR during their work experience, although only 20% less than two years ago. 76.9% have answered the knowledge of CPR units such as ER-being Uvi mobile, Resuscitation and hospitalization where a higher level of knowledge is detected. 61.5% showed correct knowledge of warning response system. When knowledge of nurses with work experience and cognition of the action plan are compared, a higher level of the same among staff have work experience 14-20 years and between 13 and 15 years respectively is.

Conclusions

Need to organize training courses in CPR. Interest HOA nurses to receive training is very high.

Keywords

Cardiopulmonary Resuscitation. Nursing. Health knowledge, attitudes, practise.

Introducción

Se define parada cardiorrespiratoria (PCR) como el cese de actividad mecánica, confirmado por inconsciencia, pulso no detectable y apnea o respiración agónica¹⁻⁴.

La PCR representa un problema social, sanitario y económico de gran magnitud ⁴⁻⁷. Se calcula que en España cada año son susceptibles de resucitación cardiopulmonar (RCP) más de 24.000 personas, lo que corresponde a una media de un paro cardiaco cada 20 minutos y origina 4 veces más muertes que los accidentes de tráfico. La literatura médica internacional considera que entre el 0.4 y el 2% de los pacientes ingresados y hasta el 30% de los fallecidos precisa RCP ^{3,5,6}.

Las organizaciones sanitarias conceden una gran importancia a la atención del paciente que sufre una parada cardiorrespiratoria, debido a que la actuación conforme a criterios y procedimientos avalados por la evidencia científica puede disminuir tanto la tasa de mortalidad como las secuelas que se puedan derivar ⁴.

Un alto porcentaje de estos sucesos, acontecen en áreas generales de hospitalización siendo la enfermera la primera en presenciar y actuar en estas situaciones ^{4-6,8,9}. Debido a la gran importancia de estos datos vamos a centrar el estudio en los conocimientos y formación en RCP de los enfermeros del Hospital del Oriente de Asturias (HOA) en todas las unidades; ya que es imprescindible que, no sólo el personal de enfermería de intensivos esté formado en soporte vital avanzado (SVA) y en el manejo del desfibrilador, sino que todo el personal de enfermería que trabaja en contacto con pacientes esté formado y capacitado para realizar un soporte vital básico (SVB) adecuado, detectar e identificar estas arritmias y realizar una desfibrilación precoz ⁸.

Aunque parece indiscutible que los profesionales sanitarios deberían conocer y saber aplicar las técnicas de soporte vital básico (SVB), son muchos los estudios que han demostrado que existe una importante deficiencia en los diferentes estamentos sanitarios ^{8,10}.

El pronóstico de la parada cardiorrespiratoria es proporcional al entrenamiento del personal que atiende al paciente e inversamente proporcional al tiempo que ocurre entre la parada cardiorrespiratoria y el inicio de la reanimación eficaz. Cada minuto que trascurra sin que la víctima sea reanimada, se reduce un 10% las posibilidades de supervivencia; por lo tanto a los 10 minutos las posibilidades de resucitación son casi nulas. Por lo que también se estudiará el conocimiento del personal de enfermería sobre sistema de aviso en caso de PCR.

La formación en resucitación se ha basado en la adquisición de conocimientos relativos a la parada cardíaca y fundamentalmente a la adquisición de habilidades psicomotoras que permitieran a los alumnos conseguir el entrenamiento adecuado para poder actuar activamente en el caso de convertirse en reanimadores reales ante una parada cardíaca ⁷. Los beneficios de la enseñanza en las técnicas de reanimación cardiopulmonar han sido objetivados hace décadas, tanto en el colectivo médico como de enfermería ¹¹.

Los conocimientos y habilidades en soporte vital básico y avanzado se deterioran en tan poco tiempo como 3 a 6 meses ^{7,12-15}. Se ha recomendado que el reciclaje se lleve a cabo como máximo cada 2 años ^{7,16,17}. Actualmente el modelo formativo con la utilización de instructores y maniqués sigue siendo un elemento básico y fundamental en la formación en resucitación. La simulación parece orientarse como técnica actual y futura para la formación en distintos ámbitos sanitarios y, cómo no, dentro de este importante campo como es el de la resucitación ^{7,11,15,18-22}.

Objetivos

- Evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería del HOA sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada, así como el procedimiento de atención a la PCR en nuestro centro.
- Conocer el grado de formación, en RCP Básica y Avanzada de los enfermeros del HOA.
- Averiguar el interés de los enfermeros del HOA en recibir formación / reciclaje en RCP.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal realizado en la población de Enfermeros/as que trabajan en el Hospital del Oriente de Asturias. Los criterios de inclusión son: enfermeros del HOA que lleven trabajando más de 6 meses en la unidad correspondiente, que contesten el cuestionario voluntariamente y esté en al menos cumplimentado en un 80% de sus ítems. Los criterios de exclusión: cuando no se cumplen los criterios de inclusión.

El Hospital del Oriente de Asturias es un centro público con 90 camas de hospitalización, 2 camas de paliativos, 4 camas de cuidados avanzados, 5 camas de reanimación, 6 camas de observación de urgencias, 3 quirófanos, 1 paritorio, 9 puestos de hemodiálisis y 21 salas de consultas. Atiende a una población de 51.440 habitantes y es el centro de referencia del Área Sanitaria VI de Asturias. El HOA tiene una plantilla de 86 Diplomados Universitarios de Enfermería.

En el momento del estudio el HOA no dispone de una Comisión de RCP. Los cursos ofertados por el HOA en los últimos tres años son: dos cursos de Soporte Vital Básico (8h) y un curso Soporte Vital Avanzado (22h).

El circuito de aviso – respuesta en caso de amenaza vital inmediata se activa desde el lugar donde se produce el hecho mediante un número de teléfono único: 50222.

Mediante la utilización de una encuesta, **Tabla 1**, anónima y voluntaria de 20 items, se recogieron datos sobre los conocimientos de los profesionales de enfermería del Hospital del Oriente de Asturias sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada. Se ha entregado la encuesta en mano explicando el objetivo del estudio y ofertando la posibilidad de introducirla en una urna que se recoge diariamente. Se garantizó en todo momento la confidencialidad de la información obtenida.

El cuestionario evalúa aspectos relacionados con las características sociodemográficas, experiencia profesional, formación y conocimientos en Reanimación Cardiopulmonar. Se observa también el conocimiento del sistema de aviso-respuesta en caso de parada cardiorrespiratoria e interés en recibir formación/reciclaje en Reanimación. Se tienen en cuenta las últimas recomendaciones del Consejo Europeo de Resucitación¹² (ERC) (2010).

Para la realización del estudio se obtuvo la autorización de las autoridades sanitarias del HOA.

Para la obtención de resultados se elaboró una base de datos que fue tratada mediante el programa SPSS 15.0

Las variables cuantitativas numéricas se expresaron en media, desviación típica y rango. Las variables ordinales se expresaron en frecuencia total y porcentajes. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba de la Chi².

Se aceptó significación estadística cuando la $p \leq 0,05$.

"Mediante la utilización de una encuesta anónima y voluntaria de 20 items, se recogieron datos sobre los conocimientos de los profesionales de enfermería del Hospital del Oriente de Asturias sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada"

Tabla 1. Encuesta

<p>1-Edad: ----</p> <p>2-Sexo: ----- masculino ----- femenino</p> <p>3-Unidad actual de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> urgencias – uvi móvil <input type="radio"/> uca- reanimación <input type="radio"/> Quirófano <input type="radio"/> Diálisis <input type="radio"/> Hospitalización(P0-P1) <input type="radio"/> Consultas <p>4- Tiempo trabajado como enfermera en tu unidad actual:</p> <p>----- meses -----años</p> <p>5-Experiencia laboral total:</p> <p>----- meses -----años</p> <p>6-¿En tus estudios universitarios de DUE has recibido formación sobre RCP BÁSICA/DESA y/o RCP AVANZADA mediante maniqués y otros sistemas de simulación?</p> <p>Sí No</p> <p>7-Si has recibido formación sobre RCP durante tu experiencia laboral, indica el tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> RCP Básica <input type="radio"/> RCP Avanzada <input type="radio"/> RCP Básica y Avanzada <p>8-En caso afirmativo, recibiste formación mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Cursos a distancia <input type="radio"/> Cursos on-line <input type="radio"/> Mediante maniqués y sistemas de simulación. <p>9-En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace que recibiste la formación en RCP?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Menos de 2 años <input type="radio"/> Entre 2 y 5 años <input type="radio"/> Más de 5 años <p>10- En tu ejercicio profesional, ¿has presenciado alguna situación de amenaza vital inmediata “parada”?</p> <p>Sí No</p> <p>11-¿En qué situación activas el sistema de parada en este hospital?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> El paciente presenta un empeoramiento súbito y alarmante que a mi juicio pone en riesgo su vida, que requiere ayuda inmediata y es potencialmente reversible. <input type="radio"/> Sólo en el caso de que el médico de guardia lo indique. <input type="radio"/> Sólo hay que llamar si el paciente no respira y /o no presenta pulso carotídeo. 	<p>12-¿Dispones de cartel informativo en tu unidad con el número de teléfono en caso de “parada”?</p> <p>Sí No</p> <p>13-¿A qué nº de teléfono avisas en caso de “parada” en tu unidad?</p> <p>-----</p> <p>14-Si dispones de carro de paradas / sala de paradas en tu unidad, ¿cada cuánto se revisa?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Una vez a la semana <input type="radio"/> Dos veces a la semana <input type="radio"/> Tres veces a la semana <input type="radio"/> Cuatro o más veces a la semana. <p>15 - Si dispones de desfibrilador en tu unidad, ¿cada cuánto se revisa?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Una vez a la semana <input type="radio"/> Dos veces a la semana <input type="radio"/> Tres veces a la semana <input type="radio"/> Cuatro o más veces a la semana <p>16- Secuencia correcta (masaje-ventilaciones) en la RCP en adulto no intubado, según las últimas guías ERC de 2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 15:2 <input type="radio"/> 30:2 <input type="radio"/> No es necesario sincronizar masaje y ventilaciones. Compresiones 100/min y ventilaciones 10-12/ min. <p>17- Secuencia correcta (masaje – ventilaciones) en paciente intubado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 15:2 <input type="radio"/> 30:2 <input type="radio"/> No es necesario sincronizar masaje y ventilaciones. Compresiones 100/min y ventilaciones 10-12 / min. <p>18- Secuencia de administración de 1 mg de Adrenalina en la PCR en el adulto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Cada 1 - 3 min <input type="radio"/> Cada 3 - 5 min <input type="radio"/> Cada 5 - 10 min <p>19- Es un ritmo desfibrilable:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Fibrilación ventricular / taquicardia ventricular sin pulso (FV/TVSP) <input type="radio"/> Asistolia <input type="radio"/> Actividad eléctrica sin pulso (AESP) <p>20-Valora el interés que tienes en recibir formación sobre RCP básica/ avanzada.</p> <p>Siendo 0: ningún interés y 10: optimo interés.</p>
---	--

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Resultados

Se recogieron 67 encuestas. Se detalla el personal de enfermería que ha participado en el estudio según las diferentes unidades en la **Tabla 2**. En total se obtuvo una muestra de 65 enfermeros, siendo la participación del 77,90%; 2,32% se ha excluido y 22,1% no contestó.

Tabla 2. Personal de enfermería del HOA que ha participado según la Unidad

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URGENCIAS –UVI MÓVIL	16	24,6%
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS-REANIMACIÓN	13	20%
QUIRÓFANO	13	20%
DIÁLISIS	5	7,7%
HOSPITALIZACIÓN	16	24,6%
CONSULTAS	2	3,1%

La edad media del personal de Enfermería del HOA es de 36,14 años con una desviación típica de 5,93 y un rango de 26 a 54 años. El 80% de los profesionales de enfermería son mujeres. El tiempo medio trabajado en las unidades es de 9,11 años con una desviación típica de 4,81 y un rango de 0.6 a 16 años.

La experiencia laboral total del personal de Enfermería del HOA presenta una media de 12,93 años con una desviación típica de 4,51 y un rango de 1,3 a 21 años. El 43% de los encuestados responden que no han recibido formación en RCP básica y avanzada durante los estudios universitarios. El 71% del personal de enfermería del HOA está formado en RCP básica y avanzada durante su experiencia laboral, el 2% en RCP avanzada, el 22% en RCP básica y el 6% no se ha formado.

En la **Tabla 3** se representa el sistema de formación usado para los cursos de RCP. La **Tabla 4** nos indica el tiempo que ha pasado desde que el personal de enfermería del HOA ha recibido dicha formación. El 92,3% enfermeros del HOA han presenciado una situación de amenaza vital inmediata durante su vida laboral. El 73,8% de los enfermeros activa el sistema de parada en situación de empeoramiento súbito o riesgo para la vida. El 24,6% lo activa si no respira y no tiene pulso. El 1,5% no contesta. 50,8% de los enfermeros del HOA responden que sí disponen de cartel informativo en la unidad con el nº de paradas. El 80% de los enfermeros del HOA han contestado correctamente el número de aviso en caso de parada cardiorrespiratoria. El 18,5% del personal revisa el carro de paradas una vez / semana. El 32,3 % revisa tres veces a la semana. El 32,3% más de cuatro veces a la semana. El 7,7% contesta otras frecuencias. El 9,2 % no contesta. El 12,3 % revisa en desfibrilador una vez a la semana. El 1,5 % dos veces a la semana. El 83,1 % más de cuatro veces a la semana. El 3,1 % no contesta.

Tabla 3. Sistema de formación en RCP del personal de Enfermería a del HOA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cursos a distancia	3	4,6%
Cursos on-line	1	1,5%
Maniqués y sistemas de simulación	57	87,7
No se han formado	4	6,2

Tabla 4. Tiempo que ha pasado desde que el personal de Enfermería del HOA ha recibido formación en RCP

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE 2 AÑOS	13	20%
ENTRE 2 Y 5 AÑOS	27	41,5%
MÁS DE 5 AÑOS	21	32,3%
NO SE FORMÓ	4	6,2%

Se ha valorado el interés en recibir formación sobre RCP básica/avanzada en una escala de 0 a 10 resultando una media de 9,58 con una desviación típica de 1,14 y un rango de 5 a 10.

Se han valorado los conocimientos en RCP mediante 4 preguntas, se considera correcto, contestar bien 3 de las 4 preguntas. El 76,9% han contestado tres preguntas correctas (**Gráfico 1**).

Se ha valorado el conocimiento del plan de actuación ante una parada cardiorrespiratoria. Se considera correcto, contestar bien las dos preguntas que hacen referencia a cuándo llamar al número de paradas y contestar el número de paradas. El 61,5% han contestado las dos preguntas correctamente (**Gráfico 1**).

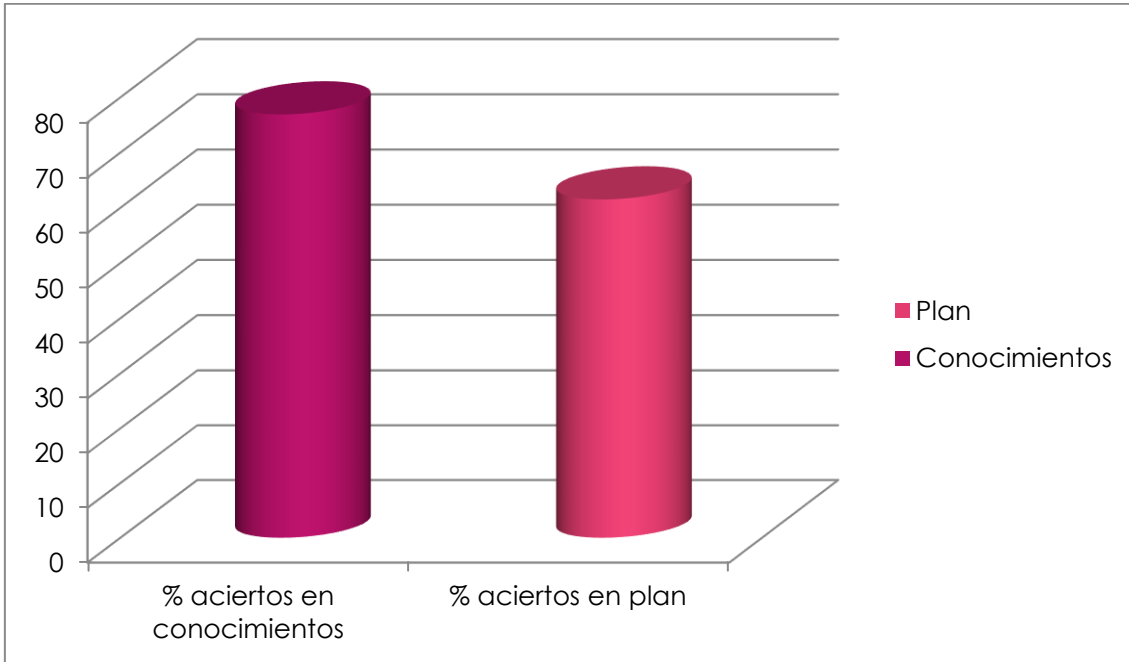


Gráfico n°1: Representa el porcentaje de profesionales que ha contestado correctamente los conocimientos sobre RCP y porcentaje de profesionales que han contestado correctamente al plan de actuación en RCP.

Cuando comparamos los conocimientos del personal del HOA respecto a la unidad donde trabajan se observa que existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,027$) entre las diferentes unidades, encontrando un mayor nivel de conocimientos en Urgencias - Uvi móvil, UCA (Unidad de Cuidados Avanzados) - Reanimación y hospitalización (**Gráfico 2**).

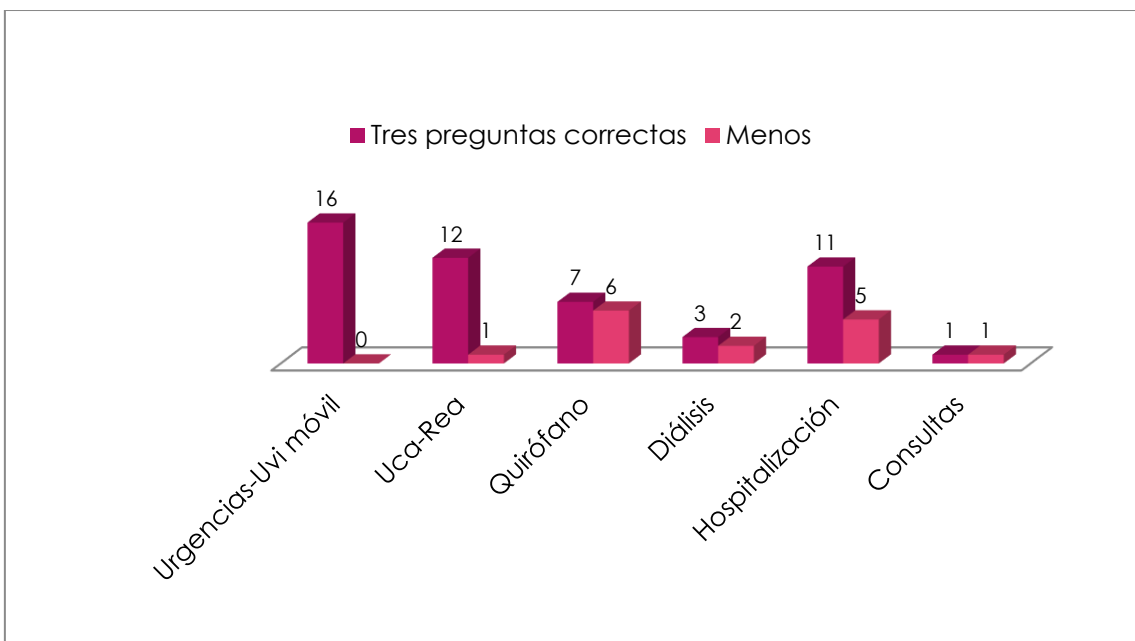


Gráfico n°2: Comparación de los conocimientos del personal de Enfermería del HOA respecto a la unidad donde trabajan. $P < 0,027$

Cuando comparamos los conocimientos del personal de enfermería del HOA con su experiencia laboral, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas. Aunque se ve un mayor nivel de conocimientos entre el personal que tiene una experiencia laboral entre 14 y 20 años.

En la comparación entre el conocimiento sobre el plan de actuación de RCP con las distintas unidades, existe un mejor conocimiento del plan en unidades como Urgencias – Uvi móvil y Unidad de Cuidados Avanzados - Reanimación observándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,047$).

Cuando se compara el conocimiento del plan de actuación del HOA con la experiencia laboral del personal de enfermería, se observa un mejor conocimiento del mismo cuando se dispone de una experiencia laboral entre 13 y 15 años; pero no existen diferencias estadísticamente significativas.

La relación entre el tiempo desde que el personal de enfermería del HOA recibió formación en RCP y sus conocimientos, se observa que según avanza el tiempo desde que se ha formado, aumenta el volumen de conocimientos erróneos, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas.

Discusión

Como hemos observado en los resultados mostrados anteriormente, se ha conseguido una muestra de 65 encuestas de las 86 enfermeras en plantilla del HOA, lo que supone una participación del 77,90%. Si comparamos estos datos con el estudio, sobre conocimientos ante situaciones de amenaza vital inmediata de las enfermeras en el Hospital de Txagorritxu⁶, se obtiene una participación similar (74,39%) y en otro estudio realizado en profesionales enfermeros del Hospital General de Ciudad Real²³, se obtuvo una tasa de respuesta algo más elevada (85,1%). Aunque un dato a tener en cuenta es que son hospitales universitarios con más de 400 camas. Si comparamos estos resultados con otra publicación del Hospital de Sant de Viladecans²⁴, ya que es un hospital público de similar número de camas al Hospital del Oriente de Asturias; la tasa de participación ha sido algo menor, un 57,3%.

A continuación se pondrán de manifiesto varios estudios relacionados con el conocimiento enfermero en RCP.

Teniendo en cuenta un estudio realizado por el Servicio Especial de Urgencias 061 en Madrid²⁵ en el que se han estudiado 11 Escuelas Universitarias de Enfermería (EUE) de Madrid se ha encontrado que el 10% de las EUE no imparte conocimientos de RCP Básica, y el tiempo medio dedicado por escuela es de 3 horas prácticas y 3 horas teóricas, pero existe una gran diferencia entre ellas respecto al número de horas que se imparten. Esta situación coincide en gran medida con los datos aportados por nuestro estudio donde se observa que más de un 40% del personal de enfermería no ha recibido formación de RCP mediante maniqués y sistemas de simulación durante su formación Universitaria.

Según el estudio realizado sobre conocimientos de las enfermeras de hospitalización del plan de atención a las situaciones de amenaza vital inmediata⁶ dirigido a una población de 207 enfermeras, un 18,8% no recibió formación nunca. En otra publicación del Hospital Sant Llorenç de Viladecans²⁴, dirigido a 267 profesionales sanitarios (médicos, enfermería y auxiliares) relata que un 54,6% de los encuestados no habían recibido ningún curso de RCP. En otro realizado en el Hospital Comarcal de Melilla²⁶, que es un hospital de similares características al HOA y dispone de un número de camas más parecido (168); observaron que el 18% del personal no ha realizado nunca un curso de RCP. Estos datos son algo menores en nuestro estudio, respecto al número de enfermeras que no se han formado durante su experiencia laboral, en el que sólo un 6,2 % de las enfermeras no se formó en RCP.

Actualmente, según la bibliografía, el modelo formativo con la utilización de instructores y maniqués sigue siendo un elemento básico y fundamental en la formación en RCP^{7,15,17}. La simulación parece orientarse como técnica actual y futura para la formación en distintos ámbitos sanitarios y, cómo no, dentro de este importante campo como es el de la resucitación^{7,11,15,18-22}. Es de destacar, por lo tanto, que en el Hospital del Oriente de Asturias 70% del personal de Enfermería está formado en RCP Básica y Avanzada y además que el 87% de las enfermeras formadas, ha sido mediante maniqués y sistemas de simulación.

Según la bibliografía revisada, los conocimientos y habilidades en Soporte Vital Básico y Avanzado se deterioran en tan poco tiempo como de 3 a 6 meses. Por lo que se recomienda un reciclaje como máximo cada 2 años. Es un dato importante a tener en cuenta ya que, sólo el 20% del personal de Enfermería del HOA está formado hace menos de 2 años, un 41% se ha formado hace 2- 5 años y un 32% hace más de 5 años. A lo que hay que sumar también que un 6% no está formado en RCP. Un estudio en el Hospital Comarcal de Melilla²⁶ en el que se han entregado 100 encuestas a profesionales enfermeros, observaron que el 38% del personal ha realizado un curso reglado de RCP hace más de 2 años. Otra publicación en el Hospital de Txagorri⁶ el 44,8% se ha formado hace más de 5 años. Según el estudio sobre los conocimientos teóricos de los enfermeros en la parada cardiorrespiratoria, en la región de Campinas²⁷ sobre una muestra de 91 enfermeros, resultó que el tiempo medio de actualización de los enfermeros fue de 3 años.

Olivette DA, et al²⁷ también observan que cuanto mayor es el tiempo desde que el sujeto realizó la actualización en RCP, menor es el conocimiento sobre RCP. Dato que hemos observado en nuestro estudio ya que según se avanza en el tiempo desde que se han formado los enfermeros en RCP, aumenta el número de conocimientos erróneos.

Si tenemos en cuenta el estudio realizado en el Hospital de Txagorri⁶, sólo un 12,3% no conoce el número de aviso en caso de parada; dato que vemos aumentado en nuestro estudio ya que hemos detectado que un 20% de las enfermeras del Hospital del Oriente de Asturias contesta erróneamente el número de teléfono al que avisar en caso de parada cardiorrespiratoria. Un dato a tener en cuenta es que un 49,2% de las enfermeras del Hospital del Oriente refieren no disponer de cartel informativo en la unidad con dicho número.

Según la bibliografía revisada, en líneas generales, es aconsejable que exista un carro, al menos, en cada zona diferenciada e idealmente, cada carro debería incluir un desfibrilador²⁸. Hemos comprobado que con este estudio, que existe un carro de paradas en cada zona diferenciada del Hospital del Oriente de Asturias y están provistos de desfibrilador.

Según en su estudio sobre la evaluación del contenido y funcionamiento de los carros de reanimación cardiopulmonar del Hospital de Poniente (Almería)²⁹, describe que la eficacia de la aplicación de las maniobras de reanimación cardiopulmonar depende del entrenamiento del personal que las aplica y también de la disponibilidad del material para optimizar las maniobras. El contenido del carro, debe ser sistematizado de modo que su disposición y ubicación en bandejas o cajones sea similar en todos los carros²⁹. Además, según la bibliografía revisada deben de existir unas normas claras de uso, reposición, mantenimiento. En nuestro estudio se observa que la revisión del carro/sala de paradas comparado en las diferentes unidades existen diferencias en la frecuencia de revisión entre las distintas unidades, e incluso dentro de una misma unidad.

En cuanto a la revisión del desfibrilador en las distintas unidades, se ha observado que hay unidades como Urgencias-Uvi Móvil donde hay unanimidad en la frecuencia de revisión del desfibrilador.

Teniendo en cuenta un estudio realizado en el Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid)³⁰, el 51,7% de los enfermeros de planta contestan correctamente a las preguntas de conocimientos y observan un porcentaje algo más elevado (69,1%) en los enfermeros de UCI. En nuestro estudio hemos conseguido un porcentaje algo mayor, ya que un 76,9% de las enfermeras del Hospital del Oriente de Asturias contestan correctamente tres de las cuatro preguntas de conocimientos sobre RCP básica y avanzada y si comparamos nuestros resultados entre las diferentes unidades, se observa también un mayor nivel de conocimientos en determinadas unidades como Urgencias-Uvi-móvil, Unidad de Cuidados Intermedios-Reanimación y Hospitalización. Comparado con otro estudio realizado en el Hospital de Vitoria⁶, sólo el 34% de las enfermeras contestaron correctamente a las preguntas de conocimientos.

Por los resultados obtenidos, se considera que todavía existen algunas lagunas en el conocimiento sobre RCP en las enfermeras del Hospital del Oriente de Asturias. Es de destacar que el interés del personal de Enfermería del Hospital del Oriente de Asturias en recibir formación/reciclaje en RCP presenta una media de 9,58 en una escala de 0 a 10; al igual que otros estudios, como por ejemplo, el realizado por Medina HB, et al³⁰ sobre conocimientos y capacitación autopercibida para la reanimación cardiopulmonar en el que un 94% del personal de planta y un 91% del personal de UVI estiman muy importante la formación continuada en RCP.

Conclusiones

- El 76,9 % del personal de enfermería que trabaja en el HOA tiene conocimientos adecuados sobre RCP, siendo las unidades: Urgencias – Unidad de Vigilancia Intensiva Móvil (Uvi Móvil), donde se detecta un mayor nivel de los mismos.
- El 61,5% de los enfermeros del HOA presenta un buen entendimiento sobre el plan de aviso en caso de amenaza vital inmediata; siendo las unidades de Urgencias- Uvi Móvil y UCA- Reanimación las que disponen de un conocimiento mayor. Pero un dato importante a tener en cuenta es que un 20% de las enfermeras del Hospital del Oriente de Asturias contesta erróneamente el número de teléfono al que avisar en caso de parada cardiorrespiratoria. Además el 49,2% de las enfermeras del Hospital del Oriente refieren no disponer de cartel informativo con el número en la unidad. Se considera necesario tomar medidas para divulgar esta información colocando carteles con dicho número en todas las unidades en lugar visible.
- El 71% de los enfermeros del HOA están formados en RCP Básica y Avanzada y además el 87,7% de los enfermeros formados, ha sido mediante maniqués y sistemas de simulación que parece ser el método, según la bibliografía consultada, más recomendado para la formación de este campo. Aunque sólo un 20% se ha formado hace menos de dos años y teniendo en cuenta, según datos de la bibliografía, que los conocimientos se deterioran en tan poco tiempo como 3 a 6 meses y que se recomienda que el reciclaje se lleve a cabo como máximo cada 2 años; estamos ante una necesidad de formación/reciclaje en RCP del personal de enfermería del HOA. Además se valora de forma positiva el interés tan elevado mostrado por los encuestados para recibir formación / reciclaje en RCP pero la oferta formativa en el HOA ha sido muy limitada en los últimos años. Añadimos también la expresión de la necesidad de una Comisión de RCP, sistematizar el contenido y revisión del material de RCP en todas las unidades, además de la ampliación de la oferta formativa en RCP.
- Un elevado porcentaje de enfermeros no han recibido formación en RCP básica y avanzada durante los estudios universitarios por lo que destacamos también la necesidad de unificación de criterios en cuanto a los planes formativos sobre RCP en las Escuelas Universitarias.

Bibliografía

1. Lockey A, Ballance J, Domanovits H, Gabbott D, Gwinnutt C, Lott C, et al, editors. Soporte Vital Avanzado. 10th ed. Bélgica: European Resuscitation Council; 2010.
2. Richard O, Douglas C, Mary F, Vinay N, Walter K, Efraim K, et al. Recommended Guidelines for Reviewing, Reporting, and Conducting Research on In-Hospital Resuscitation: The In-Hospital "Utstein Stile". *Circulation*. 1997;95:2213-39.
3. Ezquerro GA, Suberviola FI, Pavía PM. Evaluación de la efectividad de un sistema de alarma cardiaca intrahospitalaria. *Enferm Intensiva*. 2009;20:58-68.
4. Tirapu B, Rodrigo I, Gost J, Aranguren MI, Ezcurra P. Evaluación del plan de actuación ante la urgencia vital en el Hospital de Navarra. *Med Clin*. 2010;135:31-6.
5. Herrera M, López F, González H, Domínguez P, García C, Bocanegra C. Resultados del primer año de funcionamiento del plan de resucitación cardiopulmonar del Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva). *Med Intensiva*. 2010;34:170-81.
6. Rodríguez BS, Martínez DM, Gutiérrez-García A, Arriaran-Mendialdua I, Latorre-García K. Conocimientos de las enfermeras de hospitalización del plan de atención a las situaciones de amenaza vital inmediata. *Enferm Clin*. 2008; 18:190-6.
7. López MJ, Martín HH, Pérez-Vela JL, Molina LR, Herrero -Ansola P. Novedades en métodos formativos en resucitación. *Med Intensiva*. 2011;35:433-41
8. Simón GM, López CJ, Antón PE, Cosgaya GO, García AE, Baltasar SM, et al. Formación en reanimación cardiopulmonar básica con desfibrilación precoz a enfermeros/as del área 7 de Madrid. *Enferm Intensiva*. 2003;14:7-15
9. Muñoz CJ. Reanimación Cardiopulmonar: No hay calidad sin formación. *Enferm Intensiva*. 2008; 19(1):1.
10. Develin M. An evaluative study of the basic life support skills of nurses in an independent hospital. *J Clin Nurs*. 1999;8(2):201-5
11. Jiménez FX, Escalada RX. Mejorar la enseñanza en reanimación cardiopulmonar... ¿no tiene precio? *Emergencias*. 2007;19:298-9.
12. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 1. Executive summary. Jerry P, Nolan JP, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Dearnkin C, et al. *Resuscitation*. 2010;81:1219-76.
13. O'Steen DS, Kee CC, Minick MP. The retention of advance cardiac life support knowledge among registered nurses. *JNSD*. 1996 Mar;12(2):66-72.
14. Nyman J, Sihvonen M. Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. *Resuscitation*. 2000;47(2):179-84
15. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 9. Principles of education in resuscitation. Soar J, Monsierus KG, Balance JK, Barrelli A, Biarent D, Greif R, et al. *Resuscitation*. 2010;81:1434-44.
16. López-Messa JB. Formación en RCP: retención de conocimientos y habilidades. *Resuscitation*. 2012;83:1055-60.
17. Branji F, Mancini ME, Sinz E, Rogers DL, Mc Neil MA, Hoadley TA. Education, implementation and teams 2010. *Circulation*. 2010;122:920-33.
18. Kim YH, Jang KS. Effect emergency care knowledge, clinical performance ability and problem solving process in new nurses. *J Korean Acad Nurs*. 2011;41(2):245-55.

19. Rodgers DL, Securro JR, Pauley RD. The effect of high-fidelity simulation on educational outcomes in an advanced cardiovascular life support course. *Simul Health*. 2009;4(4):200-6
20. Hamilton R. Nurses' Knowledge and skill retention following cardiopulmonary resuscitation training: a review of the literature. *J Adv Nurs*. 2005;51(3):288-97.
21. Hagyard-Wiebe T. Should critical care nurses be ACLS-trained?. *Dynamics*. 2007;18(4):28-31.
22. Ruzafa-Martínez M, López- Iborra L, Martins JC. Elaboración de un test para evaluar las competencias prácticas de estudiantes de enfermería en reanimación cardiopulmonar avanzada. *Acta del Congreso Internacional de Innovación Docente*. Universidad de Cartajena;2011 Jul 6-8.
23. Muñoz CJ, Rodríguez-Barbero VM, Muñoz MM, Arévalo RA, Ruiz LJ, Rubio SP, et al. Conocimientos sobre la resucitación cardiopulmonar del profesional enfermero en unidades sin monitorización de pacientes. *Metas de enfermería*. 2011;14:10-5.
24. Castillo-García J, Abad-Torrent A, Racoba-Zoff G, Castillo-Monsegur J. Percepción de los profesionales sanitarios del Hospital Sant Llorenç de Viladecans sobre sus conocimientos y habilidades en reanimación cardiopulmonar. *Enferm Cli*. 2006;16:39-43.
25. Pérez OJ, Becerro RC, BeasKoexea BL, López PA. Reanimación cardiopulmonar básica en la formación pregrado de enfermería. *Emergencias*. 1998;10:376-80.
26. García OA, Hernández SA, Drolam NA, Miralies AF, Cortés CJ, Devy AR. Situación de los carros de paradas y conocimiento de los profesionales de enfermería. *Metas de Enferm*. 2009;12(9):14-8.
27. Olivetto DA, Muglia AI, Barcellos DM, Arango S. Conocimiento teórico de los enfermeros sobre parada cardiorespiratoria y resucitación cardiopulmonar en unidades no hospitalarias de atención de urgencia y emergencias. *Rev. Latino-Am. Enfermegem*. 2011;19:1-8.
28. Gómez-Arnau J, Lacoma F, García del Valle S, Núñez A, González A, Burgos E. Organización hospitalaria de la reanimación cardiopulmonar. *Rev. Esp. Anestesiol.Reanim*. 1999;46:205-14.
29. Fierro RJ, Ruiz BM, Peinado RJ, Ramos CJ, Cárdenas CA, Díaz CM. Evaluación del contenido y funcionamiento de los carros de reanimación cardiopulmonar de un hospital. *Med Intensiva*. 2003;27:399-403.
30. Medina HB, Martínez AM. Conocimientos y capacitación autopercebida para la reanimación cardiopulmonar. *Metas de Enfermería*. 2013;16:12-7.

Consumo de bebidas energéticas en estudiantes universitarios

Energy drink consumption among university students

Ester Villanueva Álvarez

Enfermera Interna Residente en la UDM de Geriátría del Hospital Monte Naranco de Oviedo

Manuscrito recibido: 28-01-2016

Manuscrito aceptado: 15-03-2016

Cómo citar este documento

Villanueva Álvarez E. Consumo de bebidas energéticas en estudiantes universitarios. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2016; 4 (3): 31-43

Resumen

Objetivo

Estimar la prevalencia de consumo de bebidas energéticas en estudiantes de titulaciones relacionadas con las Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo.

Identificar las variables sociodemográficas y académicas de los estudiantes universitarios que se asocian con una mayor ingesta de bebidas energéticas.

Método

Estudio observacional descriptivo llevado a cabo en la Universidad de Oviedo en los estudiantes que cursaban titulaciones relacionadas con las Ciencias de la Salud (Enfermería, Fisioterapia, Medicina, Odontología y Psicología). La información necesaria fue recogida anónimamente mediante un cuestionario que se habilitó en el Campus Virtual y que recogió información sobre el consumo de bebidas energéticas, así como otras variables que podían influir en ese consumo.

Resultados

El 19,0% (n=65) de los estudiantes consumía alguna cantidad de bebidas energéticas semanalmente. Entre los consumidores, la media de ml ingeridos a la semana fue 909,1 (IC95: 589,0-1228,7). El consumo de bebidas energéticas fue superior entre los hombres, especialmente si trabajan. Además, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, eran más consumidores los estudiantes de Fisioterapia y Psicología, que tardaban menos en llegar a la facultad, que dedicaban menos horas semanales al estudio y más a la actividad física.

Conclusiones

La prevalencia de consumo de las bebidas energéticas es, en general, menor de lo esperable para la población adulta joven. Quizás debido a esta menor prevalencia, aunque algunas características se asocian al consumo, no se ha podido identificar con claridad un perfil de estudiante consumidor.

Es necesario continuar investigando sobre algunos interrogantes abiertos a raíz de esta investigación, sobre todo acerca de las consecuencias del consumo sobre indicadores académicos y de salud en población joven.

Palabras clave

Bebidas energéticas, adulto joven, estudiantes

Abstract

Objective

To estimate the prevalence of energy drink consumption among university students.

Identify the sociodemographic and academic variables associated with a higher intake of energy drinks.

Method

Descriptive observational study conducted at the University of Oviedo in students pursuing a career related to the Health Sciences (Nursing, Physiotherapy, Medicine, Dentistry and Psychology). The necessary information was collected anonymously through a questionnaire that was enabled in the Virtual Campus and collected information on the consumption of energy drinks and other variables that could influence the consumption.

Results

19.0% (n = 65) of students consumed some amount of energy drinks weekly. Among consumers, the mean milliliters consumed per week was 909.1 (IC95: 589.0 to 1228.7). The energy drink consumption was higher among men, especially if they work. In addition, although the differences were not statistically significant, Physiotherapy and Psychology students, which take less time to reach the faculty, that spent less hours a week to study and more to physical activity have a higher intake.

Conclusion

The prevalence of consumption of energy drinks is generally lower than expected for the young adult population. Perhaps because of this lower prevalence, although some features are associated with consumption, it has not been able to clearly identify student profile consumer.

It is necessary to continue investigating some open as a result of this research, especially about the consequences of consumption on academic and health indicators in young people.

Keywords

Energy drinks, young adult, students.

Introducción

Las bebidas energéticas

Más de 160 países comercializan actualmente bebidas energéticas las cuales constituyen, dentro del mercado de bebidas, las de más rápido crecimiento, ya que desde su creación hace poco más de dos décadas se ha incrementado su venta de manera exponencial^{1,2}.

El *Red Bull*³, la bebida energética de referencia en el mercado internacional, fue introducido en Austria en 1987 y en los Estados Unidos (EE.UU.) en 1997. Desde entonces, el consumo de bebidas energéticas ha ido cobrando popularidad y hoy en día cientos de estas bebidas están siendo comercializadas^{3,4}. En los EE.UU. aproximadamente un 30% de los jóvenes menores de 25 años declaran consumir regularmente bebidas energéticas, aunque normalmente con moderación⁵. La Agencia Europea de Seguridad Alimentaria advierte que también en los países de la Unión Europea el porcentaje medio de consumo entre los adultos es del 30%, pero alerta que entre los adolescentes el porcentaje casi llega al 70%⁶, y es que el mercado de estas bebidas está orientado precisamente a este grupo de edad.

Se trata de bebidas no alcohólicas cuyo ingrediente activo principal es la cafeína. Entre las marcas más consumidas, la cantidad media de cafeína se cifra en unos 80 mg por cada 250 ml, aproximadamente la misma que aportaría una taza de café⁷. No obstante, algunas bebidas contienen mayores cantidades, equivalentes a la toma de hasta tres tazas de café⁸, e incluso algunos estudios llegan a establecer rangos de entre 50 y 500 mg de cafeína por cada servicio². Además, las bebidas energéticas normalmente contienen otro tipo de sustancias, como guaraná, nuez de cola, yerba mate, cacao, ginseng, etc., que se engloban bajo la categoría de sustancias naturales, pero que también contienen cafeína e incluso otras sustancias estimulantes^{2,4,5,9}. Del mismo modo, otra serie de ingredientes activos como la taurina y la glucuronolactona forman habitualmente parte de la formulación y tienen un importante efecto estimulante¹⁰. Por último, las bebidas energéticas suelen llevar incorporadas, vitaminas del grupo B (riboflavina, piridoxina, nicotinamida...)², que son aprovechadas, junto con las sustancias naturales, para llamar la atención de algún grupo concreto de consumidores.

El consumo de bebidas energéticas podría acarrear riesgos para la salud de los consumidores. En general, parece incrementar el riesgo de experimentar efectos adversos en relación a la sobredosis de cafeína por distintos motivos²:

- a) En algunas ocasiones, las cantidades de cafeína no aparecen reflejadas en el etiquetado del producto, ni en él se advierte acerca de uso idóneo.
- b) La tendencia al abuso de su consumo, al ingerirlas como medio para la mejora del rendimiento físico y mental, pese a que la existencia y el alcance de tales efectos continúa siendo objeto de debate.
- c) Grupos de población vulnerable, como son niños y los adolescentes, están más expuestos a experimentar los efectos de su consumo debido a la ausencia de restricciones en su venta y a las exitosas estrategias de marketing.

Los efectos de ingerir grandes dosis de cafeína combinados con los del resto de componentes de estas bebidas, incluido el azúcar, no han sido suficientemente estudiados^{2,4}. No obstante, todo parece indicar que el efecto conjunto de su consumo puede causar efectos adversos en el individuo, especialmente en niños, adolescentes y adultos jóvenes, tales como: aumento de la presión arterial, hiperglucemia, diabetes, trastornos cardíacos o exacerbación de alteraciones cardíacas, efectos sobre la remineralización ósea, trastornos del estado de ánimo y del comportamiento en aquellos que toman ciertas medicaciones, etc^{5,10,11}. Ishak et al. en una revisión sistemática de los efectos de estas bebidas encontraron que el impacto de su ingesta sobre el bienestar es equívoco, sobre todo porque las personas suelen consumirlas en un contexto determinado, en el que es difícil conocer el efecto real del consumo¹². Por ejemplo y como veremos más adelante, suelen tomarse para incrementar la energía cuando las personas sienten que les falta o para incrementar la experiencia ética.

Por el contrario, también existe un creciente número de artículos que señalan que las bebidas energéticas podrían tener beneficios sobre actividades que precisan aumento inmediato del rendimiento cognitivo o físico, sobre todo en situaciones de gran cansancio^{13,14}. Pero la mayor parte de los efectos beneficiosos que pueden ser atribuidos a las bebidas energéticas parecen estar principalmente relacionados con la presencia de cafeína y no tanto con el resto de componentes, acerca de los cuales, reiteramos, se necesitan más investigaciones⁴. De hecho, varios estudios recientes encontraron que los efectos positivos de la cafeína podrían ser atenuados por la taurina cuando se suministran en una misma bebida^{15,16}.

Las estrategias de marketing para la comercialización de las bebidas energéticas en todos los países se basan en los supuestos beneficios de los efectos estimulantes y gran parte de la popularidad que han alcanzado se debe precisamente a esas ventajas comercialmente atribuidas pero científicamente no demostradas¹⁷. Se dice que han sido concebidas para propiciar el aumento de la resistencia física, la obtención de reacciones más veloces, el mantenimiento del estado de vigilia y del estado de ánimo, la mejora de la concentración, el aumento de la resistencia, un mayor estado de alerta mental, un mayor rendimiento, la disminución del cansancio y la fatiga mental, etc.^{18,19}; cualidades que buscan atraer a los jóvenes, de ahí que su consumo se haya extendido a diversos ámbitos y situaciones cotidianas de la vida de éstos. Entre los jóvenes, estas bebidas son muy populares fundamentalmente en tres circunstancias.

- a) La primera y quizá la más estudiada tiene que ver con su consumo combinado con bebidas alcohólicas. Este es un fenómeno normalizado hoy en día y que está ganando fuerza progresivamente entre la población joven, quien se ve impulsada a su consumo debido a una serie de ventajas percibidas, como podría ser una disminución del estado subjetivo de embriaguez, un aumento de la energía y la vitalidad, un sabor mejorado y una mayor intoxicación y sociabilidad²⁰.
- b) La segunda tiene que ver con la práctica deportiva y también está suscitando el interés de numerosos investigadores. En este ámbito los jóvenes consumen bebidas energéticas (en su forma tradicional o en forma de "*energy shots*") cada vez con mayor frecuencia con el fin de reponer la energía perdida, conseguir un aporte extra de energía y mejorar su rendimiento²¹, de hecho, muchas veces son denominadas erróneamente "bebidas deportivas" por ser tomadas en este contexto y porque promocionan muchos eventos deportivos.

Por último, la tercera y que tiene que ver con el tema de esta investigación está relacionada con el consumo de las bebidas energéticas en el ámbito académico, es decir, con la intención de lograr una mejora del rendimiento mental, una disminución del cansancio que posibilite una mayor disponibilidad horaria y, por tanto, un mejor afrontamiento del estrés que suponen las exigencias académicas.

Objetivos

- Estimar la prevalencia de consumo de bebidas energéticas en estudiantes de titulaciones relacionadas con las Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo.
- Identificar las variables sociodemográficas y académicas que se asocian con una mayor ingesta de bebidas energéticas en estudiantes de titulaciones relacionadas con las Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo.

Sujetos y Métodos

1. Diseño y selección de los participantes

Estudio observacional descriptivo de la cohorte de estudiantes universitarios de Oviedo que cursan titulaciones relacionadas con las Ciencias de la Salud, estas son Enfermería, Fisioterapia, Medicina, Odontología y Psicología. De estos, fueron accesibles aquellos estudiantes universitarios que cursaban el primer curso de titulaciones relacionadas con las Ciencias de la Salud durante el curso académico 2013-14 y que contaban con los medios y las habilidades necesarias para acceder a la encuesta habilitada en el Campus Virtual. Mediante un análisis transversal de la muestra, se pudo conocer qué variables sociodemográficas y académicas podían o no condicionar la ingesta de los distintos tipos de bebidas cafeinadas así como la prevalencia de consumo de cada una de ellas.

Para determinar el tamaño muestral recomendado, es decir, el número de sujetos necesario para formar la muestra, partimos del número total de posibles encuestados (tamaño de población diana o universo). Teniendo en cuenta que este número es 455 y, con un error estimado del 3%, un intervalo de confianza del 95% y un nivel de heterogeneidad del 30% cifrado por otros estudios⁶, calculamos que el tamaño muestral necesario para conocer la prevalencia de consumo de bebidas estimulantes era de 303 estudiantes.

2. Recogida de datos y variables

La información necesaria fue recogida anónimamente mediante un cuestionario que se habilitó en el Campus Virtual de las titulaciones relacionadas con las Ciencias de la Salud en octubre de 2013. Dicha encuesta recogió información sobre el consumo de bebidas energéticas, así como otras variables sociodemográficas y académicas que podían influir en ese consumo.

a) *Consumo de bebidas energéticas*

El consumo de estas bebidas se midió en ml semanales estimado mediante el consumo durante el último mes, posteriormente se establecieron equivalencias en relación a los mg de cafeína contenidos en 100 ml de dicha bebida (100 ml de bebidas energéticas se corresponde con 32 mg de cafeína)²². Para simplificar algunos análisis, el consumo fue agrupado en distintas categorías: no consume, consume 500 ml y consumed >500 ml.

b) *Variables sociodemográficas y académicas*

- **Sociodemográficas:** edad (en años); sexo (hombre o mujer); tiempo empleado en llegar al centro de estudios en minutos (min), posteriormente agrupado en tres categorías (≤ 30 min, 31-45 min y > 45 min); desempeño de algún trabajo por cuenta ajena o propia (sí o no), características de la convivencia (solo, con tu familia, en piso/residencia compartido o con pareja y/o hijos) y, por último, los tiempos de ejercicio físico moderado e intenso (en horas) que el estudiante realizaba a la semana. Posteriormente, el número de horas de actividad física moderada se transformó en horas de actividad física intensa siguiendo la equivalencia propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la cual una hora de actividad moderada equivale a media hora de actividad intensa²³. Finalmente se agruparon los tiempos de actividad física en tres categorías: ≤ 150 min, 151-300 min y > 300 min.
- **Académicas:** titulación (Enfermería, Fisioterapia, Medicina, Odontología o Psicología), modalidad de acceso a la titulación (Prueba de Acceso a la Universidad, Formación Profesional u otras formas de acceso), tiempo de estudio semanal (en horas) categorizado en tres subgrupos de 10 horas, 11-20 horas y tres subgrupos (> 20 horas).

3. Consideraciones éticas

En general, para la realización de esta investigación se respetaron los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Específicamente se solicitó consentimiento informado a todos los participantes y el proyecto contó con la aprobación del Decanato de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud y de los profesores responsables de las asignaturas en cuyos espacios virtuales se alojaron las encuestas.

4. Análisis de los datos

Todos los análisis estadísticos se ejecutaron con el programa SPSS versión 21.0 para Windows (IBM Corporation). Se describieron las características sociodemográficas, académicas y el consumo de las bebidas energéticas utilizando frecuencias absolutas y relativas (%) para las variables cualitativas y medidas de centralización para aquellas otras cuantitativas (media con su intervalo de confianza al 95%). Para buscar asociaciones entre las diferentes variables estudiadas y las categorías de consumo de las bebidas se utilizó la prueba Z de comparación de proporciones, corrigiendo los p-valores para comparaciones múltiples con el método de Bonferroni.

Resultados

1. Análisis transversal

Durante el curso académico 2013-14, se matricularon 455 estudiantes en el primer curso de titulaciones relacionadas con Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo. Respondieron a nuestra encuesta 343 estudiantes, es decir, la tasa de respuesta fue del 75,4%. Por titulaciones, la mayor tasa de respuesta se obtuvo en Medicina (87,3%), seguido de Fisioterapia (85,0%), Enfermería (75,0%), Psicología (64,2%) y Odontología (36,0%).

Esta muestra de universitarios estuvo compuesta por 249 mujeres (72,6%) y 94 hombres (27,4%). La edad media fue 19,8 años (IC95%: 19,3-20,4), aunque el 68,0% (n=232) tenían 18 años o menos en el momento de contestar a la encuesta.

Al inicio del curso académico, los estudiantes del primer curso realizaban una media de 5,4 horas (IC95%: 4,8-5,9) semanales de actividad física intensa o vigorosa. Solo 53 estudiantes realizaban menos de 75 minutos semanales de actividad física intensa; es decir, el 15,5% eran sedentarios ya que no cumplían las recomendaciones mundiales sobre actividad física establecidas por la OMS. La **Figura 1** muestra la distribución de frecuencias de este tipo de actividad según las tres categorías señaladas en el apartado *Sujetos y métodos*. Como se puede observar, el 62,1% de los estudiantes realizaban menos de 5 horas (300 minutos) de actividad intensa a la semana.

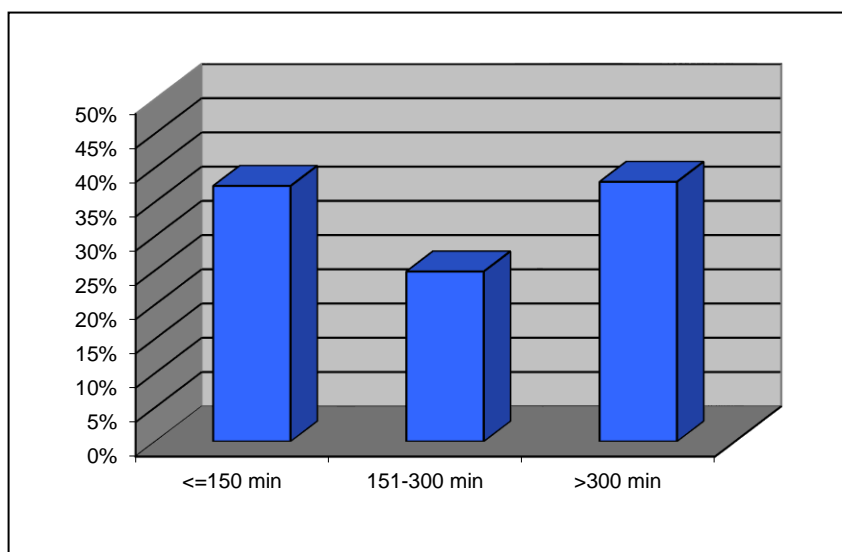


Figura 1. Distribución de frecuencia de práctica de actividad física intensa según el número de minutos semanales

A continuación, en la **Tabla 1**, se pueden observar las características académicas de los estudiantes tenidas en cuenta por nuestro estudio.

Tabla 1. Principales características académicas

		n (%)
Grado	Enfermería	75 (21,9)
	Fisioterapia	51 (14,9)
	Medicina	131 (38,2)
	Odontología	9 (2,6)
	Psicología	77 (22,4)
Acceso	PAU	278 (81,0)
	FP	44 (12,8)
	Otras formas	21 (6,1)
Tiempo de estudio a la semana	≤10 horas	126 (36,7)
	11-20 horas	115 (33,5)
	>20 horas	102 (29,7)

PAU: Prueba de Acceso a la Universidad; FP: Formación Profesional

El 19,0% (n=65) de los estudiantes consumía alguna cantidad de bebidas energéticas semanalmente. Entre los consumidores de estas bebidas, la media de ml ingeridos a la semana fue 909,1 (IC95: 589,0-1228,7). En la siguiente tabla se puede observar la ingesta de estas bebidas según distintas categorías de consumo (**Tabla 2**).

Tabla 2. Frecuencia de consumo semanal de bebidas energéticas.

	No consume n (%)	≤500 ml n (%)	>500 ml n (%)
Bebidas energéticas	278 (81,0)	39 (11,4)	26 (7,6)

Como se muestra a continuación (**Tabla 3**), el consumo de bebidas energéticas fue superior entre los hombres, sobre todo si trabajan. Además, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, eran más consumidores los estudiantes de Fisioterapia y Psicología, que tardaban menos en llegar a la facultad, que dedicaban menos horas semanales al estudio y más a la actividad física.

Discusión

1. Características generales de la muestra

La muestra estuvo constituida mayoritariamente por mujeres, circunstancia habitual en las investigaciones que tienen como población diana estudiantes de Ciencias de la Salud, debido fundamentalmente al claro predominio del género femenino en titulaciones como Medicina o Enfermería, aunque en general las mujeres son ya más numerosas en prácticamente todas las titulaciones universitarias. En cuanto a la composición por edad de la muestra, habida cuenta que se reclutó únicamente a estudiantes del primer curso, lo esperable era que la media se situase en torno a los 18 años; sin embargo, el valor obtenido fue algo superior debido a que existen otras formas de acceder a la titulación universitaria, como el acceso después de estudiar Formación Profesional o para personas mayores de 25 y 45 años.

La práctica de actividad física fue muy habitual entre los estudiantes, siendo el porcentaje de sedentarismo muy inferior al esperable para la población adulta joven española, ya que, según los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud, alrededor de 4 de cada 10 personas (41,3%) se declara sedentaria²⁴. Esta predisposición hacia una vida menos sedentaria podría verse influenciada principalmente por la edad de los estudiantes, ya que al tratarse de gente joven la práctica de deportes suele ser más habitual que en otros grupos de edad. Sin embargo, no siempre los estudiantes son físicamente más activos por ser jóvenes. De hecho, un metaanálisis sobre las conductas relacionadas con la actividad física en estudiantes universitarios concluyó que aproximadamente entre el 40 y 50% de los universitarios era sedentario, cifra que coincide con la antes señalada para España en adultos jóvenes²⁵. Quizá otra razón plausible es que el hecho de estar cursando titulaciones relacionadas con las Ciencias de la Salud puede otorgar al estudiante una visión más positiva de la práctica de actividad física, al tener una posición privilegiada respecto al conocimiento de todo aquello que concierne a la salud.

Tabla 3. Consumo de bebidas energéticas según las características sociodemográficas y académicas de los estudiantes

		No consume n (%)	≤500 ml n (%)	>500 ml n (%)
Sexo	Hombre	65 (69,1)	18 (19,1)*	11 (11,7)
	Mujer	213 (85,5)*	21 (8,4)	15 (6,0)
Edad	≤18 años	192 (82,4)	23 (9,9)	18 (7,7)
	≥19 años	86 (78,2)	16 (14,5)	8 (7,3)
Tiempo de desplazamiento	≤30 minutos	114 (78,1)	18 (12,3)	14 (9,6)
	31-45 minutos	81 (83,5)	10 (10,3)	6 (6,2)
	>45 minutos	83 (83,0)	11 (11,0)	6 (6,0)
Trabajo	No	260 (81,5)*	33 (10,3)	26 (8,2)
	Sí	18 (75,0)	6 (25,0)*	0 (0,0)
Convivencia	Familiares	209 (81,3)	27 (10,5)	21 (8,2)
	Residencia / Piso	36 (81,8)	5 (11,4)	3 (6,8)
	Pareja	15 (75,0)	5 (25,0)	0 (0,0)
	Solo	18 (81,8)	2 (9,1)	2 (9,1)
Actividad física intensa	≤150 minutos	109 (85,2)	11 (8,6)	8 (6,3)
	151-300 minutos	73 (85,9)	7 (8,2)	5 (5,9)
	>300 minutos	96 (73,8)	21 (16,2)	13 (10,0)
Grado	Enfermería	62 (82,7)	9 (12,0)	4 (5,3)
	Fisioterapia	38 (74,5)	7 (13,7)	6 (11,8)
	Medicina	112 (85,5)	11 (8,4)	8 (6,1)
	Odontología	8 (88,9)	1 (11,1)	0 (0,0)
	Psicología	58 (75,3)	11 (14,3)	8 (10,4)
Acceso	PAU	227 (81,7)	29 (10,4)	22 (7,9)
	FP	35 (79,5)	5 (11,4)	4 (9,1)
	Otras formas	16 (76,2)	5 (23,8)	0 (0,0)
Tiempo de estudio a la semana	≤10 horas	98 (77,8)	20 (15,9)	8 (6,3)
	11-20 horas	96 (83,5)	10 (8,7)	9 (7,8)
	>20 horas	84 (82,4)	9 (8,8)	9 (8,8)

PAU: Prueba de Acceso a la Universidad; FP: Formación Profesional

* $p < 0,05$

2. Prevalencia del consumo de las bebidas cafeinadas

Según nuestros resultados, el 19% de los estudiantes consumía alguna cantidad de bebidas energéticas a la semana. Un consumo muy similar fue informado recientemente por Azagba²⁶ en una muestra de estudiantes canadienses y concluían que su prevalencia era elevada y que el consumo debería ser controlado y utilizado como un marcador de otros riesgos potenciales (p. ej. consumo de alcohol). Por otro lado, la frecuencia de consumo que encontramos es menor que el porcentaje medio estimado por la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria para los países de la Unión Europea, que fue de un 30%⁶; no obstante, su forma de preguntar por el consumo fue totalmente distinta y ese porcentaje realmente refleja la prevalencia de personas que toman bebidas energéticas al menos una vez al año, cuando nuestro estudio trató de capturar un consumo más regular (semanal). En cualquier caso, este aparente menor porcentaje de consumo podría deberse nuevamente a una mayor concienciación de los estudiantes de Ciencias de la Salud acerca de los perjuicios que trae consigo la ingesta de este tipo de bebidas. Es importante pensar que la tolerancia de las poblaciones hacia este tipo de bebidas tiene gran influencia en su consumo. Basta con observar que el país de la Unión Europea con un consumo más elevado es Austria⁶, que es precisamente el país donde surgió y que introdujo en el mercado internacional la bebida energética de referencia, el *Red Bull*³.

3. Características asociadas al consumo de bebidas cafeinadas

El consumo de bebidas energéticas fue mayor en hombres que en mujeres, lo cual puede deberse a que la publicidad de estas bebidas está dirigida principalmente hacia los hombres jóvenes². De hecho, algunos estudios consideran como factor de riesgo para el consumo de bebidas energéticas pertenecer al género masculino aunque no pueden establecerlo de manera estadísticamente significativa²⁷. No obstante, el consumo no siempre se distribuye así, tal y como refleja otro estudio llevado a cabo en estudiantes universitarios que exploraba igualmente el patrón de consumo, éste predomina en las mujeres³. De todos modos, las razones que condicionan una disparidad de género en relación al consumo de bebidas energéticas deberían ser exploradas en profundidad. Es posible que bajo las estrategias de marketing subyazca algún tipo de mensaje en relación a aspectos tales como la virilidad, las normas sociales y las conductas de riesgo.

La existencia de un trabajo remunerado mostró a su vez una relación con el consumo de estas bebidas incrementándolo significativamente, aunque no para grandes ingestas. Este incremento en la ingesta observado en estudiantes que trabajan podría deberse en parte a la necesidad de buscar estrategias para optimizar el tiempo del que se dispone; del mismo modo, puede que tal desempeño laboral acontezca en el ámbito de la noche donde puede darse un mayor consumo (combinado o no con bebidas alcohólicas) en busca de una serie de ventajas percibidas tales como un incremento de la vitalidad, la sociabilidad, la vigilia, etc.¹⁹. No obstante, se trata de una explicación hipotética ya que dicha asociación no se cumple para grandes consumos.

*"El país de la Unión Europea con un consumo más elevado de
bebidas energéticas es Austria"*

Aunque el hallazgo no fue estadísticamente significativo, los estudiantes de Odontología mostraron un consumo menor. Como es bien sabido, los ácidos y azúcares presentes en los refrescos y bebidas carbonatadas tienen potencial acidogénico y cariogénico, e incrementan el riesgo de aparición de caries dental y la erosión del esmalte, entre otros efectos adversos²⁸. En general, una mayor concienciación acerca de medidas tales como el asesoramiento dietético podría llegar a disminuir la incidencia de este tipo de problemas bucodentales²⁹; de ahí que los estudiantes de Odontología, más en contacto con la promoción de la salud bucodental, puedan tener una actitud más prudente a la hora de ingerir bebidas azucaradas. No obstante, algunos estudios demuestran que el hecho de cursar estudios de Odontología no garantiza un mayor conocimiento ni una mayor concienciación acerca de la erosión dental, la caries y los factores que influyen directamente sobre estos dos aspectos en particular y la salud bucodental en general³⁰, por lo que tampoco podemos descartar que el sesgo de complacencia opere con mayor intensidad en este grupo de estudiantes, precisamente por el perfil de sus estudios. Además, al incluir exclusivamente estudiantes de primer año, resulta difícil establecer que parte del efecto podría deberse a una posible mayor concienciación al respecto, a un marcado sesgo de complacencia o a otras cuestiones. Del mismo modo, todas las titulaciones pertenecían al campo de la salud, por lo que la formación en este sentido debería haber logrado un efecto similar en todos los supuestos.

Conclusiones

La prevalencia de consumo de las bebidas energéticas es, en general, menor de lo esperable para la población adulta joven. Este hallazgo podría deberse a que los estudiantes de Ciencias de la Salud tal vez estén más concienciados con sus efectos perjudiciales; pensamos que existe una influencia gradual y progresiva en este tipo de titulaciones en relación con su formación en salud. Si esta suposición fuera cierta, podría indicar que la formación específica para alertar sobre los riesgos de su ingesta en otros estudiantes quizá lograra disminuir la predisposición hacia el consumo de bebidas cafeinadas, especialmente las energéticas. Del mismo modo, este menor consumo podría deberse a una cuestión de género, ya que la muestra estaba constituida mayoritariamente por mujeres, lo cual no representa un fiel reflejo de la población adulta joven y las razones que condicionan una disparidad de género en relación al consumo de bebidas energéticas aún deben ser exploradas en profundidad.

Tal vez debido a esta menor prevalencia, aunque algunas características se asocian al consumo, no se ha podido identificar con claridad un perfil de estudiante consumidor.

Es necesario continuar investigando, con estudios longitudinales que incorporen muestras grandes de población, sobre algunos interrogantes abiertos a raíz de esta investigación, sobre todo acerca de las consecuencias del consumo de las bebidas energéticas sobre indicadores académicos y de salud en población joven.

Agradecimiento

Por su gran labor docente y su extraordinaria naturaleza humana, a Alberto Lana Pérez. Para que la experiencia de quienes nos preceden nos sirva siempre de guía.

Bibliografía

1. Joris C Verster, Christoph Aufricht, and Chris Alford. Energy drinks mixed with alcohol: misconceptions, myths, and facts. *Int J Gen Med.* 2012; 5: 187-98. doi: 10.2147/IJGM.S29313.
2. Reissig CJ, Strain EC, Griffiths RR. Caffeinated energy drinks--a growing problem. *Drug Alcohol Depend.* 2009; 99(1-3): 1-10. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.08.001.
3. Malinauskas BM, Aeby VG, Overton RF, Carpenter-Aeby T, Barber-Heidal K. A survey of energy drink consumption patterns among college students. *Nutr J.* 2007; 6: 35.

4. Higgins JP, Tuttle TD, Higgins CL. Energy beverages: content and safety. *Mayo Clin Proc.* 2010; 85(11): 1033-41. doi: 10.4065/mcp.2010.0381.
5. Seifert SM, Schaechter JL, Hershorin ER, Lipshultz SE. Health effects of energy drinks on children, adolescents, and young adults. *Pediatrics.* 2011; 127(3): 511-28. doi: 10.1542/peds.2009-3592.
6. Zucconi S, Volpato C, Adinolfi F, Gandini E, Gentile E, Loi A, Fioriti L. Gathering consumption data on specific consumer groups of energy drinks [Internet]. Parma: Supporting Publications; 2013 [acceso 10 de diciembre de 2013]; Disponible en: <http://www.efsa.europa.eu/en/supporting/doc/394e.pdf>
7. de Haan L, de Haan HA, Olivier B, Verster JC. Alcohol mixed with energy drinks: methodology and design of the Utrecht Student Survey. *Int J Gen Med.* 2012; 5: 889-98. doi: 10.2147/IJGM.S37401.
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Energy drink consumption and its association with sleep problems among U.S. service members on a combat deployment-Afghanistan, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2012; 61 (44): 895-8.
9. Taddeo D, Harvey J, Boutin A. Health hazards related to energy drinks: Are we looking for them? *Paediatr Child Health.* 2012; 17(2): 101.
10. Pettit ML, DeBarr KA. Perceived Stress, Energy Drink Consumption, and Academic Performance Among College Students. *J Am Coll Health.* 2011; 59(5): 335-41. doi: 10.1080/07448481.2010.510163.
11. Ishak WW, Ugochukwu C, Bagot K, Khalili D, Zaky C. Energy drinks: psychological effects and impact on well-being and quality of life-a literature review. *Innov Clin Neurosci.* 2012; 9(1): 25-34.
12. Ishak WW, Ugochukwu C, Bagot K, Khalili D, Zaky C. Energy drinks: psychological effects and impact on well-being and quality of life-a literature review. *Innov Clin Neurosci.* 2012 Jan;9(1):25-34.
13. Duncan MJ, Hankey J. The effect of a caffeinated energy drink on various psychological measures during submaximal cycling. *Physiol Behav.* 2013; 116-117: 60-5. doi: 10.1016/j.physbeh.2013.03.020.
14. Wesnes KA, Barrett ML, Udani JK. An evaluation of the cognitive and mood effects of an energy shot over a 6h period in volunteers: a randomized, double-blind, placebo controlled, cross-over study. *Appetite.* 2013; 67: 105-13. doi: 10.1016/j.appet.2013.04.005.
15. Peacock A, Martin FH, Carr A. Energy drink ingredients. Contribution of caffeine and taurine to performance outcomes. *Appetite.* 2013; 64: 1-4. doi: 10.1016/j.appet.2012.12.021.
16. Giles GE, Mahoney CR, Brunyé TT, Gardony AL, Taylor HA, Kanarek RB. Differential cognitive effects of energy drink ingredients: caffeine, taurine, and glucose. *Pharmacol Biochem Behav.* 2012; 102(4): 569-77. doi: 10.1016/j.pbb.2012.07.004.
17. Ramón-Salvador DM, Cámara-Flores JM, Cabral-León FJ, Juárez-Rojop IE, Díaz-Zagoya JC. Consumo de bebidas energéticas en una población de estudiantes universitarios del estado de Tabasco, México. *Salud en Tabasco.* 2013; 19(1): 10-4.
18. Gantiva CA, Mateus J, Perilla C. Efectos del consumo de bebidas energizantes en el aprendizaje encadenado en ratas. *Psychologia: avances de la disciplina.* 2008; 2(2): 93-109.
19. Committee on Nutrition and the Council on Sports Medicine and Fitness. Sports Drinks and Energy Drinks for Children and Adolescents: Are They Appropriate? *Pediatrics.* 2011; 127(6): 1182-9. doi: 10.1542/peds.2011-0965.

20. Pennay A, Lubman DI. Alcohol and energy drinks: a pilot study exploring patterns of consumption, social contexts, benefits and harms. *BMC Res Notes*. 2012; 5: 369. doi: 10.1186/1756-0500-5-369.
21. Buxton C, Hagan JE. A survey of energy drinks consumption practices among student - athletes in Ghana: lessons for developing health education intervention programmes. *J Int Soc Sports Nutr*. 2012; 9(1): 9. doi: 10.1186/1550-2783-9-9.
22. Heckman MA, Weil J, Gonzalez de Mejia E. Caffeine (1, 3, 7-trimethylxanthine) in foods: a comprehensive review on consumption, functionality, safety, and regulatory matters. *J Food Sci*. 2010; 75(3): R77-87. doi: 10.1111/j.1750-3841.2010.01561.x.
23. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 2010; p. 21-25.
24. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011 – 2012 [Nota de prensa de Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [acceso 19 de abril de 2014]. Disponible: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
25. Keating XD, Guan J, Piñero JC, Bridges DM. A meta-analysis of college students' physical activity behaviors. *J Am Coll Health*. 2005; 54(2): 116-25.
26. Azagba S, Langille D, Asbridge M. An emerging adolescent health risk: Caffeinated energy drink consumption patterns among high school students. *Prev Med*. 2014; 62: 54-9. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.01.019.
27. Bulut B, Beyhun NE, Topbaş M, Can G. Energy Drink Use in University Students and Associated Factors. *J Community Health*. 2014 Mar 8. En prensa.
28. Cheng R, Yang H, Shao MY, Hu T, Zhou XD. Dental erosion and severe tooth decay related to soft drinks: a case report and literature review. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2009; 10(5): 395-9. doi: 10.1631/jzus.B0820245.
29. Ha EJ, Caine-Bish N, Holloman C, Lowry-Gordon K. Evaluation of effectiveness of class-based nutrition intervention on changes in soft drink and milk consumption among young adults. *Nutr J*. 2009; 8:50. doi: 10.1186/1475-2891-8-50.
30. Hermont AP, Oliveira PA, Auad SM. Tooth erosion awareness in a Brazilian dental school. *J Dent Educ*. 2011; 75(12): 1620-6.

Los profesionales sanitarios y las instrucciones previas

The living wills and the healthcare professionals

Ricardo de Dios del Valle

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Master en Bioética. Médico de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Universitario Central de Asturias

Manuscrito recibido: 30-05-2016

Manuscrito aceptado: 31-05-2016

Cómo citar este documento

De Dios del Valle R. Los profesionales sanitarios y las instrucciones previas. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2016; 4 (3): 44-54

Resumen

Las instrucciones previas son un documento que tiene por objetivo garantizar el derecho de los pacientes a ejercer su voluntad en el final de la vida. A lo largo de la historia hemos comprobado que el documento de instrucciones previas no debe constituirse en un fin, sino en un medio. Es imprescindible englobar este documento en un marco de actuación más amplio e integral, la Planificación Anticipada de Decisiones para que podamos realmente contribuir a garantizar la autonomía del paciente en el final de la vida. Atención Primaria es el nivel donde este proceso debe ser realizado. La Enfermería Comunitaria es el colectivo profesional que debe ejercer el papel protagonista en la Planificación Anticipada de Decisiones. La Enfermería Comunitaria, por conocimientos, por metodología, por habilidades, por actitudes y por valores profesionales, es el colectivo que mayor valor añadido aportaría al proceso de planificación anticipada de decisiones. La Administración debe promover la implantación de este proceso favoreciendo la formación de los profesionales sanitarios, facilitando el procedimiento de otorgamiento e inscripción del documento a los ciudadanos; y mejorando la forma de acceder al contenido del documento desde la historia electrónica de salud para hacer efectivo ese derecho.

Palabras clave

Voluntad en Vida, Enfermería en Salud Comunitaria, Atención Primaria de Salud, Autonomía Personal.

Abstract

Living Wills are a document that aims to ensure the right of patients to exercise their will in the end of life. Throughout history we have seen that the living will must not become an objective but a means. It is essential to include this document in a broader and comprehensive framework for action, the Advance Care Planning so that we can really help ensure patient autonomy at the end of life. Primary care is the level where this process must be done. Community Nursing is the profession who must exercise the leading role in the Advance Care Planning. Community Nursing, by knowledge, by methodology, by skills, attitudes and professional values is the collective that bring added value to the process of advance care planning. The Administration should promote the implementation of this process by promoting the training of health professionals, facilitating the process of granting and registration of the document to citizens; and improving way to access the contents of the document from electronic health history to enforce that right.

Keywords

Living Wills, Community Health Nursing, Primary Health Care, Personal Autonomy.

Desarrollo

El artículo 11.1 de la Ley 41/2002 define las instrucciones previas como el documento "por el que una persona mayor de edad, capaz y libre manifiesta anticipadamente su voluntad, con el objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas"¹.

Nos encontramos por tanto ante un documento emitido por un ciudadano capaz y libre donde expresa su voluntad en cuanto a los cuidados y tratamientos que desea recibir en el proceso final de su vida, así como el destino de órganos y cuerpo, si en ese momento no pudiera expresar su voluntad, siendo por tanto una herramienta a disposición de las personas para poder ejercer su derecho de autonomía plenamente.

La aparición de las instrucciones previas no puede desligarse de los cambios en los valores imperantes que se han producido a lo largo de los años en nuestra sociedad, y en el mundo. El progresivo desarrollo de los regímenes democráticos ha provocado la irrupción con fuerza de la libertad como derecho y principio bandera de estas sociedades. Esta situación, poco a poco, ha cristalizado en ciudadanos más empoderados, que desean participar activamente en la sociedad y hacer valer su voluntad. La relación entre profesionales sanitarios y ciudadanos se ha ido transformando en el mismo sentido, y el paternalismo imperante hace años ha tenido que dejar paso a relaciones más equilibradas que permiten garantizar el derecho de autonomía del ciudadano y paciente. En este marco es donde tiene lugar el desarrollo normativo y teórico del consentimiento informado como cristalización del derecho de la persona a decidir aceptar o no un tratamiento. Las instrucciones previas nacen de este desarrollo conceptual.

Es en 1967 cuando la "*Euthanasia Society of America*" propone el "*Living will*" o testamento vital en Estados Unidos. Dos años más tarde, 1969, Luis Kutner, abogado de Chicago, propone un documento con un objetivo concreto: facilitar "los derechos de los moribundos a controlar las decisiones sobre su propio tratamiento"². Es en este país donde mayor desarrollo jurídico ha tenido el tema de las instrucciones previas; quizás motivado por la propia cultura e idiosincrasia norteamericana muy garante con las libertades individuales y quizás también por la aparición de diversos casos que tuvieron un gran eco mediático, como fueron los de Karen Ann Quinlan en los años 70 y el de Nancy Cruzan en los años 90, y que sirvieron para sensibilizar a la sociedad norteamericana. En 1976 se promulgó en California la "*Natural Death Act*" o "*Living Will Act*", que fue la primera ley sobre muerte natural aprobada, convirtiendo a California en el primer Estado que legalizó el testamento vital. A California le siguieron otros estados, hasta que en 1991 entra en vigor la "*Patient Self-Determination Act*", la ley federal de autodeterminación del paciente, y que eleva el testamento vital a nivel federal².

Han pasado casi 50 años y ese largo camino nos ha permitido aprender muchas cosas.

En nuestro país comienza la regulación de este tema en el 2002 con la aprobación de la Ley 41/2002, pero no es hasta el 2007 cuando se publica el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro Nacional de Instrucciones Previas. En Asturias se publica un año más tarde el Decreto 4/2008, de 23 de enero, de organización y funcionamiento del registro del Principado de Asturias de instrucciones previas en el ámbito sanitario, complementado con la Resolución del 29 de abril de 2008, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Nos encontramos, por tanto, ante una situación relativamente novedosa en nuestra comunidad autónoma.

Las instrucciones previas presentan ventajas para el ciudadano que las otorga, para su familia y para los profesionales sanitarios que lo atienden.

Para el ciudadano, las instrucciones previas, contribuyen a reducir los miedos de los pacientes a sufrir situaciones que no desean en un momento de gran vulnerabilidad. Hemos comentado que el desarrollo de las sociedades democráticas ha provocado el surgimiento de ciudadanos empoderados que exigen poder ejercer su voluntad. Un 85.4% de los pacientes encuestados expresaron que les tranquilizaría que se cumpliera su voluntad cuando no tuvieran capacidad de expresarla frente al 13,8% que le da igual esta cuestión³.

Para las familias del paciente, las instrucciones previas disminuyen la inseguridad de tener que enfrentarse a dilucidar qué sería lo que deseaba su familiar, y mitigan el posible sentimiento de culpa de no hacer todo lo que se podía por su pariente. Además descarga de la responsabilidad de la toma de decisiones en un momento de máxima carga emocional.

Para los profesionales sanitarios también nos aporta ventajas. En primer lugar, nos brinda información de primera mano de la voluntad del paciente y con ello nos facilita la toma de decisiones en ese momento. Facilita la relación médico-paciente-familia, y periféricamente nos proporciona una garantía frente a reclamaciones o denuncias⁴. Una encuesta realizada en Mallorca en 2007 a médicos de familia nos muestra que el 97% de los encuestados opinan que las instrucciones previas pueden facilitar la toma de decisiones, y el 93.4% entienden que debería estar en la historia médica⁵. Hay muchos otros estudios que reflejan la utilidad que los profesionales ven a que sus pacientes tengan instrucciones previas. En una encuesta realizada a enfermeras en 2008 nos encontramos que la puntuación media en una escala de Likert (0-10) que otorgaban a la conveniencia de planificar y escribir los deseos sanitarios para el final de la vida fue de 8,36; y sobre la utilidad de las instrucciones previas para los profesionales fue de 8,37 y para los familiares de 8,21⁶.

Si tantas son sus ventajas, podríamos presuponer que hay una inmensa mayoría de ciudadanos que han optado por registrar sus voluntades, pues nada más lejos de la realidad. Si consultamos la página web del Registro Nacional de Instrucciones Previas (Abril 2016) nos encontramos que hay 4,39 declarantes por cada mil habitantes en España (en Asturias 5.03)⁷.

Podríamos pensar que la relativa novedad a la que hacíamos referencia anteriormente sería una causa probable de esta situación, pero no lo creemos. En los años 80 en Estados Unidos había un 10-12% de declarantes, y eso a pesar del gran desarrollo legislativo sobre esta materia y los diversos casos mediáticos que se vivieron y ayudaron a sensibilizar a la población. Un artículo publicado en 1991 apuntaba que los motivos para esta situación estaban en que los profesionales sanitarios no se implicaban en la promoción de estos documentos, no se sentían cómodos hablando de estos temas con los pacientes, no consideraban estas tareas como obligaciones profesionales y además tanto los profesionales como los ciudadanos entendían que este tema afectaba exclusivamente a enfermos crónicos y ancianos⁸. Ante esta situación se promulgó una ley federal, "Patient Self Determination Act (PSDA)" en 1991. Esta ley obligaba a los centros sanitarios que recibían fondos de Medicare o Medicaid a ofrecer de forma activa a sus pacientes la cumplimentación de las instrucciones previas. Inicialmente se incrementó el número de declarantes tras la entrada en vigor de la misma, pero poco después se estancó y en los años 90 sólo un 15% de la población había registrado sus instrucciones previas.

Este fracaso provocó un cambio en la forma de abordar el tema en Estados Unidos; el centro de atención pasó del mundo jurídico, con la profusión de normativas en los diversos estados y a nivel federal, a intentar analizar lo que ocurría en el proceso asistencial. El "Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risk of Treatments" (estudio SUPPORT) pretendía conocer cómo se realizaba el proceso de información y comunicación fue clave para cambiar el paradigma en este campo. El fracaso de los resultados de este estudio provocó el abandono de la idea que la toma de decisiones al final de la vida podría descansar de manera única en el desarrollo de las instrucciones previas, y se desarrolló una concepción más amplia e integral del proceso de la toma de decisiones. Lo que se llamó "Advance Care Planning" o Planificación Anticipada de las Decisiones Sanitarias⁹. Esta nueva concepción entendía que era imprescindible crear amplios procesos comunicativos entre los agentes participantes (profesionales, pacientes y familiares) que ayudaran a mejorar la calidad de las decisiones al final de la vida, teniendo en cuenta el contexto familiar, social, cultural y psicológico en el que se produce la toma de las mismas. Los objetivos que persigue esta planificación anticipada los reflejamos en la **Tabla 1**¹⁰.

Tabla 1. Objetivos de la Planificación Anticipada⁹.

¿Qué buscamos con la planificación anticipada de las decisiones sanitarias?
<p>1. Prepararse para el proceso de morir y todos los aspectos que implica. Entre ellos, la situación de incapacidad, que no es el único.</p> <p>Ejercer en la vida diaria el derecho a la autonomía, llevarlo a la práctica expresando preferencias en los cuidados y tratamientos.</p> <p>3. Familiarizarse con la idea de morir. Buscar y encontrar recursos para enfrentarse con naturalidad y tranquilidad a la muerte. Apropiarse del acontecimiento de la muerte como una parte más del proceso de vivir.</p> <p>4. Aliviar el impacto emocional de la persona designada por el paciente para representarle cuando él no sea capaz de decidir.</p> <p>5. Entender el documento escrito y firmado como la última parte y la menos importante del proceso de planificación. Maximizar el encuentro y la comunicación sobre los deseos del paciente entre todas las personas implicadas: paciente, representante, profesionales, familiares y amigos.</p>

Desde entonces se han diseñado numerosas propuestas de planificación anticipada, algunas de las cuales han sido evaluadas y han mostrado su efectividad. Entre ellas, la iniciativa "Let me decide" desarrollada en Canadá mostró una menor probabilidad de que los participantes fallecieran en el hospital y los familiares que participaron mostraron una mayor satisfacción con el proceso en comparación con los que utilizaron las instrucciones previas. El programa "Respecting Choices" desarrollado en Wisconsin desde 1991 consiguió que el 85% de los fallecidos tuvieran instrucciones previas redactadas, el 96% de las mismas se encontraron en la historia médica cuando fue preciso, 98% de las decisiones sobre el tratamiento realizadas en el momento del fallecimiento coincidieron con los deseos expresados en las instrucciones previas. En Oregon se desarrolla otra iniciativa, el "Physician Orders for Life-Sustaining Treatment" (POLST) que complementa al anterior programa. Este programa está pensado para pacientes con enfermedades graves y un pronóstico vital inferior al año. La pieza clave es el documento POLST, que consiste en un documento que transforma los deseos del paciente en órdenes médicas escritas sobre resucitación cardiopulmonar, intervenciones médicas, nutrición artificial y prescripción de antibióticos^{2,11}.

Una de las propuestas sobre procesos de planificación anticipada con mayor grado de estructuración es la planteada por Emanuel y colaboradores en el 2000. La citada propuesta consta de cinco pasos que reflejamos en las **Tablas 2, 3, 4, 5, 6**¹².

Tabla 2. Planificación anticipada de las decisiones: Paso 1 ⁹

Paso 1: Introducir el tema en las conversaciones con el paciente.
<ul style="list-style-type: none"> • La mayor parte de los pacientes piensan que esto es una responsabilidad del profesional sanitario. • Debería iniciarse el proceso con todo tipo de pacientes, independientemente de su estado de salud o edad. Lo ideal es hacerlo cuando la enfermedad está en fase estable, por ejemplo, en consultas ambulatorias o de atención primaria. • Lo primero es preguntar al paciente qué conocimiento tiene de la Planificación anticipada o de las instrucciones previas. • Lo segundo es repasar esos conocimientos. Puede usarse material de apoyo, como videos, trípticos o formularios de voluntades anticipadas. Ampliar y completar la información del paciente. • Mientras se inicia la discusión sobre el tema, evaluar continuamente las respuestas emocionales del paciente, haciendo feed-back, refuerzo positivo y apoyo emocional. • Sugerir la conveniencia de discutir y comentar estos aspectos con la familia u otros seres queridos. • Sugerir la conveniencia de identificar un posible representante para la toma de decisiones. • Sugerir la necesidad de que en la próxima visita venga acompañado de algún familiar y/o del representante que haya elegido. • Fijar una fecha para esa nueva entrevista.

Tabla 3. Planificación anticipada de las decisiones: Paso 2^o.

Paso 2: Iniciar un diálogo estructurado acerca de este tema.
<ul style="list-style-type: none"> • Retomar lo hablado en la primera visita, e invitar al familiar o representante a que escuche lo que el paciente dice, y a que haga las preguntas que estime convenientes. • Papel del representante. <ul style="list-style-type: none"> ○ Invitar al paciente a que explique qué papel espera que juegue el representante cuando él se vuelva incapaz. ○ Invitar al representante a que aclare con el paciente los valores y criterios que debería usar para decidir, incluido el contenido que debería darse al criterio del "mejor interés". ○ Actuar como facilitador en el proceso de discusión. • Educación del representante y del paciente. <ul style="list-style-type: none"> ○ Invitar al paciente a que tenga en cuenta otras posibles situaciones con resultados con mucha incertidumbre o complejidad, o con clara probabilidad de muerte o daño severo. ○ Presentar al paciente y al representante una serie de posibles escenarios clínicos, y aclarar con ellos los términos empleados, así como los beneficios, riesgos y pronóstico de cada uno de ellos. Para ello se pueden utilizar algunos modelos de voluntades anticipadas. • Aclaración de los valores y fines del paciente. <ul style="list-style-type: none"> ○ Preguntar al paciente si ha tenido anteriores experiencias de enfermedad, o si conoce las de otras personas, e invitarle a que comente su opinión y sentimientos acerca de ellas. ○ Invitar al paciente a que manifieste lo que desearía que se hiciera en los escenarios clínicos antes expuestos. ○ Ayudar al paciente a articular sus propios principios, valores, fines y preferencias en torno a cada uno de esos escenarios, y otras decisiones clínicas que puedan plantearse. ○ Invitar al paciente a que valore la posibilidad de consignar por escrito algunas de las cosas habladas.

Tabla 4. Planificación anticipada de las decisiones: Paso 3^o.

Paso 3: Documentar las preferencias del paciente.
<ul style="list-style-type: none"> • Formalizar la cumplimentación de la voluntad anticipada. • Papel del representante. <ul style="list-style-type: none"> ○ Revisar con el paciente el documento, para evitar que incluya peticiones que no puedan ser llevadas a cabo. Ayudar a corregir las posibles ambigüedades o inconsistencias del documento. En general es útil utilizar documentos estandarizados y validados. ○ Solicitar al paciente que firme el documento como forma de confirmar todo lo que se ha ido hablando durante el proceso de discusión. • Introducir la voluntad anticipada en la historia clínica*. <ul style="list-style-type: none"> ○ Una vez la voluntad anticipada ha sido firmada el sanitario la introducirá en la historia clínica. ○ Si no se ha cumplimentado un documento el médico escribirá en la propia historia un resumen de lo acordado, que será revisado por el propio paciente. ○ Es conveniente que también el médico firme el documento y que consigne la manera en que puede ser localizado en caso necesario. ○ Proporcionar una copia al paciente y otra al representante, al resto de los familiares y al personal sanitario que se considere necesario. ○ Utilizar tarjetas de registro para que el paciente la lleve en la cartera, de tal manera que pueda saberse rápidamente que tiene una voluntad anticipada y dónde y cómo puede ser localizada. ○ Ajustar el plan de tratamiento y cuidados a los valores y preferencias establecidos por la voluntad anticipada.

** Hemos reflejado el texto original, aunque en Asturias existe Historia Clínica Electrónica, y por tanto no tiene efecto práctico las recomendaciones; nos pareció muy docente, ver que la planificación anticipada de las decisiones se preocupaba en que las decisiones expresadas se pudieran aplicar en la práctica; y para ello la localización de las mismas era fundamental.*

Tabla 5. Planificación anticipada de las decisiones: Paso 4 ⁹.

Paso 4: Revisar y actualizar periódicamente las voluntades anticipadas.

- Revisar periódicamente la directiva anticipada, especialmente cuando sucedan al paciente acontecimientos vitales que pudieran cambiar sus valores, preferencias o deseos.
- Cualquier cambio que se produzca debe ser comunicado al representante, la familia y los profesionales sanitarios implicados, y debe ser documentado convenientemente.
- Actualizar el documento con los cambios efectuados y volver a dar copias a los afectados.*

** Con el registro informatizado de Instrucciones Previas y su conexión con la Historia Electrónica no es necesario entregar copias a los sanitarios, todos pueden acceder. Lo que si pudiera resultar de interés es que familia y representante tuvieran una copia en papel, facilitando con ello el acceso a la información si fuera preciso.*

Tabla 6. Planificación anticipada de las decisiones: Paso 5 ⁹.

Paso 5: Aplicar las voluntades en las situaciones clínicas reales.

- Aprender a evaluar la capacidad de los pacientes, para saber en qué momento deberá ponerse en marcha el procedimiento de toma de decisiones con el representante y el documento de instrucciones previas.
- Nunca presuponer lo que pone un documento de instrucciones previas. Leer siempre cuidadosamente.
- Interpretar el documento en el contexto clínico real del caso. Ningún documento puede anticipar todas las posibles situaciones clínicas.
- Con frecuencia el representante y el sanitario tendrán que extrapolar, a partir de lo reflejado en el documento escrito, lo que el paciente hubiera deseado que se hiciese de haber sido capaz. Puede incluso suceder que lleguen a la conclusión de que el paciente hubiera deseado, en este contexto clínico, que se hiciera algo diferente a lo reflejado en el documento. Deberán argumentar convenientemente las decisiones que acuerden.
- Si existe desacuerdo entre el sanitario y el representante, y no puede solventarse de ningún modo, sería conveniente solicitar la mediación de un Comité de Ética.

Por tanto, hemos visto que la forma eficaz de profundizar en la autonomía del paciente y en su capacidad para tomar decisiones al final de la vida debe pasar por abrir un espacio de diálogo entre los profesionales sanitarios y los pacientes; constituyendo el documento de instrucciones previas una herramienta y no un objetivo en sí mismo.

Este espacio y proceso de diálogo liderado por profesionales sanitarios se constituye como un elemento esencial para evitar las dificultades de elaboración del documento que encuentran los ciudadanos. El documento precisa la identificación de situaciones clínicas en las que desea le apliquen estas voluntades, así como las técnicas o procedimientos que no desea que le suministren. Esto requiere un conocimiento científico-técnico que hace difícil la redacción del mismo, y que provoca como efecto secundario la realización de documentos estándares muy genéricos que hacen muy difícil su aplicación en la práctica, reduciendo la utilidad de los mismos⁴. Tras un año de funcionamiento del registro de instrucciones previas de Navarra se habían registrado 153 documentos, de ellos 136 eran de Testigos de Jehová que se limitaban a solicitar que no se le administrasen hemoderivados llegado el momento. Las 17 restantes eran de carácter genérico, con expresiones del estilo “no ser sometido a tratamientos desproporcionados” que hacían que su utilidad fuera muy limitada¹³. Por tanto, el rol del profesional sanitario en este tema es, más que necesario, imprescindible.

Hemos visto en el párrafo anterior que la planificación anticipada de decisiones y el documento de instrucciones previas no están exentos de problemas, como es lógico; aún así, entendemos que son herramientas extremadamente útiles para pacientes, familiares y profesionales. Es obvio que no son soluciones mágicas. En este sentido decía Sánchez González, “las directivas anticipadas (...) se han implantado como las nuevas balas mágicas de la Bioética. Gracias a ellas quedará mágicamente resuelto el problema de la toma de decisiones en enfermos incapaces y el principio de autonomía se extenderá finalmente a todas las decisiones médicas. Pero en Bioética, desafortunadamente, no existen balas mágicas. Ninguna decisión respeta enteramente todos los valores implicados y las decisiones son siempre dependientes de un contexto y unos presupuestos”. No son soluciones mágicas pero sin lugar a dudas aportan muchos elementos positivos para garantizar el respeto a la voluntad del paciente en esos últimos momentos de la vida. Esos elementos positivos pueden multiplicarse exponencialmente si se desarrolla un procedimiento adecuado¹⁴.

Nos encontramos ante una situación que requiere un proceso en el tiempo y no una actividad puntual. Parece que las características de este proceso, continuidad en el tiempo, cercanía a los valores del paciente y la familia, análisis del contexto social, cultural, familiar y psicológico nos aboca a pensar que el nivel asistencial adecuado para abordar este proceso es Atención Primaria. Una encuesta realizada a profesionales de atención primaria en 2009 nos muestra que el 53.2% creían que las consultas de atención primaria era el lugar más adecuado para abordar este tema¹⁵.

Un 83,66% de las enfermeras de atención primaria piensa que son las consultas de este nivel asistencial el entorno adecuado para informar y asesorar a los ciudadanos sobre las instrucciones previas y las decisiones en el final de la vida¹⁶.

Por lo visto anteriormente parece que las estrategias que funcionan se basan en la planificación anticipada de las decisiones, en este desarrollo teórico el rol del profesional sanitario es activo, y no se limita a esperar que la iniciativa la tome el paciente. En 1997 se publica una encuesta realizada a más de 1000 médicos de familia, internistas y generalistas en Estados Unidos, en la que el 82% opinaba que debían ser los médicos los responsables de iniciar la conversación sobre este tema¹⁷. Sin embargo, en nuestro país parece que la mayoría opinan que la iniciativa debe partir del propio paciente, así la encuesta realizada en Mallorca en 2007 a médicos de familia arrojaba que el 89.8% entendía que la iniciativa debe partir del paciente, otro estudio del 2008 entre profesionales de atención primaria arroja datos similares, 70% entienden que es el paciente el que debe tomar la iniciativa¹⁵. Un 83.86% de las enfermeras de atención primaria encuestadas en 2015 en Asturias consideran que la iniciativa debe partir del propio paciente¹⁶.

Entendemos que será el propio proceso que se utilice el que marcará quien tomará la decisión para abordar el tema, en este sentido creemos que si abordamos desde la óptica de establecer un proceso de diálogo sobre las decisiones al final de la vida, la iniciativa probablemente la tome el profesional sanitario porque lo haremos con tiempo, analizando creencias, valores, opiniones, deseos... y esa forma pausada y cercana de abordar el tema facilita que el profesional se sienta cómodo con la conversación. Si lo que pensamos es en hablar directamente sobre la redacción de las instrucciones previas, los profesionales esperan que sea el paciente el que les consulte; ya que este abordaje que pudiera parecer brusco genera incomodidad.

Aunque pensamos que todos los profesionales de atención primaria tienen un rol en este proceso, creemos que las enfermeras comunitarias son los profesionales que por su metodología de trabajo, por las tareas y funciones desarrolladas, por sus valores y principios profesionales..., mayor cercanía establecen con los pacientes y familiares, y mayor grado de conocimiento poseen sobre los valores y creencias de sus paciente; así como sobre el entorno familiar y social. Por las características propias de su disciplina, por la forma de trabajar en atención primaria y por su metodología, las enfermeras comunitarias parecen llamadas a asumir el rol protagonista en este proceso de planificación anticipada de las decisiones^{18,19}. Un 46,3% de las enfermeras de atención primaria encuestadas opinaba que el momento más adecuado para abordar el tema es en la valoración de enfermería¹⁶. Otro aspecto que destaca en las encuestas realizadas, es el grado de conocimiento que refieren sobre las instrucciones previas las enfermeras comunitarias, 92.6% conocen que es el documento, 67.65% consideran que es fácilmente cumplimentable. Un 61.09% consideran que sabrían proporcionar información al ciudadano si lo solicita¹⁶. Estos datos contrastan con otros estudios realizados con médicos de familia, donde el 82,5% de los encuestados

"Por las características propias de su disciplina, por la forma de trabajar en atención primaria y por su metodología, las enfermeras comunitarias parecen llamadas a asumir el rol protagonista en este proceso de planificación anticipada de las decisiones"

consideran sus conocimientos como escasos, y un 83% entiende que no tiene información suficiente para ayudar a los pacientes en este proceso⁵. Obviamente en estas diferencias puede influir no solo el perfil profesional, sino el año y el ámbito donde se realizan los estudios; pero lo que sí muestra claramente es un colectivo profesional que reclama su rol en este tema de forma rotunda, entendiendo que son las enfermeras comunitarias las mejor formadas y más capaces para acompañar el proceso de toma de decisiones de sus pacientes.

Conclusiones

Las instrucciones previas y la planificación anticipada de las decisiones son procedimientos muy útiles, tanto para el paciente y la familia, como para los profesionales sanitarios. Existe una baja implantación de este procedimiento en nuestra sociedad, lo que limita su utilidad. Para incrementar su implantación se requiere abordar el proceso como un procedimiento de información y asesoramiento a lo largo del tiempo con implicación activa de los profesionales sanitarios de Atención Primaria. El rol protagonista para lograr un óptimo proceso de planificación anticipada de las decisiones lo tienen las enfermeras comunitarias.

La administración sanitaria tiene una responsabilidad manifiesta en lograr que la utilidad de las instrucciones previas sea una realidad y no una utopía. Tres líneas de mejora deberían ser abordadas por la administración urgentemente: la primera establecer un programa de mejora de la capacitación de los profesionales sanitarios en el procedimiento de planificación anticipada de las decisiones; la segunda, simplificar el procedimiento de registro del documento a los ciudadanos; y la tercera, facilitar el acceso al documento por parte de los profesionales sanitarios a través de la historia clínica electrónica, algo que mejoró notablemente pero aún es farragoso.

Bibliografía

1. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15/11/2002).
2. Sánchez Caro J, Abellán F. coordinadores. Concepto y evolución histórica de las instrucciones previas. 1ª ed. Granada: Fundación Salud 2000; 2008.
3. López Rey EA, Romero Cano M, Tébar Morales JP, Mora García C, Fernández Rodríguez O. Conocimientos y actitudes de la población ante el documento de voluntades anticipadas. *Enferm Clin.* 2008; 18(3): 115-9.
4. Gallego Riestra S. El derecho del paciente a la autonomía personal y las instrucciones previas: una nueva realidad legal. 1ª ed. Pamplona: Aranzadi; 2009.
5. Santos C, Forn MA, Pérez R, Ugarriza L, Sales C. ¿Estamos preparados los médicos de familia para ayudar a nuestros pacientes a hacer el testamento vital?. *Rev Calidad Asistencial.* 2007; 22(5): 262-5.
6. Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez MI, González Rubio MJ, Ruiz Díaz P, Moreno González J, Rodríguez González MC. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería acerca de las voluntades anticipadas en 2 áreas sanitarias de Andalucía. *Enferm Clin.* 2008; 18(1): 11-17.
7. Mssi.gob.es, Registro Nacional de Instrucciones Previas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Madrid: mssi.gob.es. [acceso 18 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/rnip/home.htm>
8. Puma J, Orentlicher D, Moss RJ. Advance Directives on Admission. Clinical Implications and Analysis of the patient self determination act of 1990. *JAMA* 1991; 266(3): 402-5.
9. Barrio Cantalejo IM, Simón Lorda P, Júdez Gutiérrez J. De las voluntades anticipadas o instrucciones previas a la planificación anticipada de las decisiones. *Nure Investigation* [revista en Internet]* 2004 mayo. [acceso 15 de mayo de 2016]; 5. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/154/140>
10. Singer P, Martin DK, Lavery JV, Thiel EC, Kellner M, Mendelssohn DC. Reconceptualizing Advance Care Planning from the Patient's perspective. *Arch Intern Med.* 1998; 158: 879-84.
11. Hickman SE, Sabatino Ch, Moss AH, Wehrle Nester J. The POLST (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment) Paradigm to Improve End-of-Live Care: Potential State Legal Barriers to Implementation. *Journal of Law, Medicine and Ethics.* 2008; (spring): 119-140.
12. Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. Advance Care Planning. *Arch Fam Med.* 2000; 9: 1181-7.

13. Jiménez Carnicero MP, González MT, Biurrún Elizaga M. Un año en el registro navarro de voluntades anticipadas. *Rev Derecho y Salud*. 2005; 13 (1): 105-108.
14. Sánchez González MA. Los Testamentos Vitales y la planificación anticipada de tratamientos. Presupuestos conceptuales y limitaciones prácticas. En: Libro de Ponencias: Congreso Nacional "La Bioética en la Encrucijada". Madrid; Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 1996. p. 135-146.
15. Valle Sánchez A, Farras Villalba A, González Romero PM, Galindo Barragán S, Rufino Delgado MT, Marco García MT. Documento de voluntades anticipadas: opinión de los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *SEMERGEN*. 2009; 35(3): 111-4.
16. Álvarez Trabanco S, Argüelles Otero L, Álvarez Fernández M, Fernández Prieto T, Blanco Gutiérrez ML, Del Castillo Arévalo F. Conocimientos y actitud de las enfermeras de Atención Primaria sobre las Voluntades Anticipadas. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA)*. 2015 Feb; 3(1): 66-77.
17. Markson L, Clark J, Glantz L, Lamberton V, Kern D, Sotoller G. The Doctor's Role in discussing advance preferences for end-of-life-care: perceptions of physicians practicing in the VA. *J Am Geriatr Soc*. 1997; 45(4): 399-406.
18. Barrio IM, Simón P, Pascau MJ. El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. *Enferm Clin*. 2004; 14 (4): 235-41.
19. Villamil Díaz MI. El testamento vital y las enfermeras. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2014 Feb; 2(1): 3-4.

Una vida... prolongada

Prolonged... life

José Manuel Ablanedo Suárez

Hospital Valle del Nalón. Área Sanitaria VIII. Servicio de Salud del Principado de Asturias

*Manuscrito recibido: 05-07-2016
Manuscrito aceptado: 06-07-2016*

Cómo citar este documento

Ablanedo Suárez JM. Una vida...prolongada. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2016; 4 (3): 55-61

Resumen

En los últimos años hemos asistido a un avance científico-técnico en la asistencia sanitaria tan vertiginoso como no se había visto antes en toda la historia del ser humano, pero unido a estos avances importantes, fundamentales, necesarios... y todos los adjetivos que queramos ponerles no debemos olvidar que prestamos cuidados a personas. La alta tecnología que manejamos nos permite prolongar la vida de las personas y a veces hacemos todo lo posible, olvidando que debemos hacer "solamente" lo necesario, porque la atención centrada en el paciente es exactamente eso, tener al paciente en nuestro centro de atención, tener en cuenta sus preferencias, valores, decisiones, etc. para que tenga una vida lo más digna posible, tanto al inicio, durante, como al final de sus días.

Por ello, cuestiones como la autonomía del paciente, la adecuación del esfuerzo terapéutico, las instrucciones previas, etc, etc, van tomando cada día más relevancia en nuestro trabajo diario, uniendo la parte científico-técnica con la parte humana, para así dar una asistencia sanitaria por y para las personas.

Palabras clave

Ética en Enfermería, Actitud frente a la muerte, Cuidado Terminal, Muerte Digna.

Abstract

In recent years, we have seen a scientific and technical breakthrough in health care so dramatic that it had never been seen before in human history, but together with these important, fundamental and necessary progresses (and every adjective that we would like to use), we should not forget that we care for human beings. High technology allows us to elongate people's lives and sometimes, we do everything that is possible, forgetting that what we have to do is "just" what is necessary. This fact is what patient-centred care is about: the patient is the center of attention taking into account their preferences, morals and decisions, etc., in order to have the most dignified life as possible, from the beginning, during and till the end of their days.

This is why issues such as the patient's autonomy, the adequacy of the therapeutic effort, the previous instructions, etc., are increasingly taking more importance in our daily work, joining together both the scientific and technical aspects and the human factor, in order to provide a health care designed by and for the people.

Keywords

Ethics Nursing, Attitude to Death, Terminal Care. Right to Die.

Introducción

Cada día los profesionales sanitarios tratan y cuidan de personas que están al final de su vida, pero ¿cuándo comienza el final de la vida?, ¿cuándo, como y que decisiones debemos tomar de cara a dicho final?. No nos han educado para la muerte, ni para afrontar la propia, ni para tomar decisiones en caso de la muerte de nuestros seres queridos.

En el siguiente relato he tratado de sentir, vivir, pensar, sufrir, de empatizar en definitiva, de ponerme en el lugar de una persona al final de la vida, me han surgido cada vez más dudas, más miedos, más reflexiones, porque algún día, alguno de nosotros, será esta persona y si el final de la vida es así, pienso que debemos mejorarlo, tenemos que hacerlo y para ello es necesario reflexionar, hablar sin prejuicios, deliberar, exponer nuevos puntos de vista para construir un mejor final de la vida por y para todos.

1. DESPERTAR

¡Eh!, ¿pero...qué ocurre?, ¡ah!, es el termómetro, ¡que susto!, no me acostumbraré nunca.

¿Quién tendría la feliz ocurrencia de proponer que se tomen las temperaturas a los enfermos a las 6.30 de la mañana?, le despertaba yo todos los días con el termómetro. Es el momento de la noche en el que te estás quedando dormido, porque ya no puedes más, porque dormir en los hospitales es tremendamente difícil, aunque tu familia cuando se va al terminar la visita te diga eso de "a ver si descansas", ¡aquí no descansa nadie!

La noche, en una unidad de hospitalización, es una sucesión de ruidos interminable, pitidos, camas de los ingresos que van y vienen, los timbres de los pacientes llamando, las enfermeras administrando medicación, realizando curas, cambios posturales, etc. Eso si no te toca que alguno de nosotros "pierda el norte" o como ellos dicen "se desorienta" y ya no pega ojo nadie. ¡Uy, si te desorientas!, me pasó una vez, bueno, eso que yo recuerde, fue hace tiempo, cuando comenzaba todo esto que llaman "el final de la vida", me arrancaba la vía, me bajaba de la cama con las barandillas puestas, insultaba y amenazaba a todo bicho viviente que se me acercaba, intentaron controlarme, contenerme, primero con buenas palabras, después con medicación pinchada, pero yo "erre que erre" a lo mío, hasta que decidieron ponerme una... ¿"contención mecánica", lo llaman?, bueno el caso es que te atan de pies, manos, por el cuerpo, te ponen más medicación y te quedas así hasta que se te pasa y "centras la pelota" como dicen ahora, pero se pasa mal, muy mal, pierdes toda tu dignidad, no puedes ni rascarte la nariz, así que de pensar en ir al baño, asearte, comer, beber, cambiar de postura, olvídate, además luego cuando te das cuenta de todo, te avergüenzas, aunque las enfermeras te digan que no tiene importancia, para mí si la tuvo, es una mala experiencia porque no solo pierdes tu libertad, sino también tu dignidad y eso que durante ese periodo me cuidaban muy bien, cada poco tiempo venían y me preguntaban como estaba, intentaban orientarme, preguntándome cosas, como si sabía dónde estaba o si sabía que día era, me daban de beber periódicamente, eran exquisitos con el aseo y me incorporaban la cama por si me atragantaba y para que viera lo que ocurría a mi alrededor, así estuve unos días, pero bueno eso ya pasó.

La enfermera que me ha tomado la temperatura, tenía cara de sueño, pobre, deben de ser entre las seis y media y las siete de la mañana, es la hora en la que más o menos comienza la actividad por la mañana, así que desde las diez de la noche, no me extraña que estén cansados, los turnos de noche son malos por el hecho de que son de noche, se lo he oído comentar en muchas ocasiones, que al final hacen mella en las personas, todos lo dicen.

De nuevo abren la puerta:

-Hola, buenos días, te voy a sacar un poco de sangre para un análisis.

-¿Cómo?, ¡pero bueno, otra vez!, lo que yo necesito no son análisis, pero ¡que más da si tengo bien la glucosa o el sodio!, ¡será posible!, otra vez mi médico pidiendo pruebas, pero que manía de pedir y pedir, si pudiera le explicaba yo lo que necesito, pero... no puedo, ya no me acuerdo de la última vez que pude pronunciar una palabra. A veces pienso que te hacen pruebas porque como estás aquí, algo hay que hacerte, pero en mi caso pienso que no son necesarias, ya saben todo lo que tienen que saber de mí y mis problemas de salud, el resto, insisto, pienso que es para "justificar". Una vez les oí hablar de algo que llamaban **¿medicina defensiva?**, creo que lo llamaron así, vamos que hay que hacerte pruebas porque si no luego las familias o los pacientes demandan a los profesionales por negligencia u otras cosas legales y así están cubiertos por si acaso, pero ellos mismos reconocían que eso llevaba a la realización de cantidad de pruebas innecesarias y a sobrecargar el sistema sanitario ¡como si no estuviese ya sobrecargado! Hay que adecuar los esfuerzos, hay que hacer todo lo necesario, no todo lo posible.

Pensaba que tendría un rato de descanso hasta el cambio de turno, pero no se me logra, a ver si tenemos suerte y con un pinchazo basta, porque a estas alturas ya no tengo venas y sinceramente, lo pasan peor ellos pinchándose que yo que llevo el pinchazo. Además, la experiencia me dice que las enfermeras fallan más a estas horas del turno de la noche, que los que entran frescos en el turno de mañana, se lo he oído comentar hace poco entre dos enfermeras, una le decía a la otra que a las 7 de la mañana le "costaba más pinchar que durante el día", es normal, lo que comentaba antes "la noche es para dormir", "quien pueda", no para trabajar, pero ya se sabe los hospitales, están abiertos 24 horas al día, 7 días a la semana.

Por fin, ha habido suerte y solo era para un tubito, según el análisis que te pidan te sacan más o menos tubitos de colores, a no ser que tengas fiebre y entonces ¡prepárate!, te sacan 6 frascos, si con mucha esterilidad, paños verdes o azules, guantes estériles etc etc, vamos ¡un montaje!, pero 6 frascos que te dejan la sangre justa para seguir tirando, ¡ah! y si se queda ahí tienes suerte, si sospechan que tienes infección de orina, encima te meten un tubito por ahí, por donde meas, porque como ya no controlo el pis, para recogerlo estéril, vamos un gustazo todo.

Ahora entra la auxiliar, a controlar lo que meamos o bebemos, conmigo lo tiene fácil, no bebo si no me lo dan y meo en el pañal, además de hacer otras cosas, ¡maldita incontinencia! ¡no me acuerdo cuando controlaba los esfínteres!

Hace un rato que vino con el celador y me dieron un cambio postural, no sabéis lo que se agradece cuando no puedes moverte, es un alivio, además aquí te cambian de postura cada dos horas, utilizan almohadas para forrarte y que estés cómodo, si te cambian el pañal, el aseo es exquisito ¡como si fueses un bebé!, ¡ah! los cuidados de enfermería, ¡qué sería de nosotros sin ellos!. Estoy en posición fetal lo llaman?, si como un niño pequeño ¡cogidito!

Bueno ahora sí, ahora un ratito de descanso, hasta que vaya llegando el turno de la mañana. Miro hacia la ventana, bueno porque me han dejado en esta posición, veo amanecer, es bonito ver amanecer, si pudiera les pediría que a estas horas me dejaran siempre mirando hacia la ventana, es uno de los pocos placeres que puedo permitirme ya, porque a veces te ponen mirando a la pared y te aburres, pero bueno, es necesario, hay que pasar por todas las posturas, boca arriba, de lado derecho, de lado izquierdo, boca abajo no, boca abajo solo me colocaban cuando tuve las heridas en la espalda y en el sacro.

2. COMIENZA EL TURNO DE LA MAÑANA

¡Mmmmm! ¡qué bien huele!, ya están haciendo el café para el turno que llega, lo que yo daría por tomarme un café, pero... no puedo, veréis es que estoy en una habitación cerca del control de enfermeras y por eso lo huelo. Utilizan buen café, lo pagan entre todos y lo toman en cada cambio de turno, a veces lo acompañan con pasteles, pastas u otras cosas que les llevan las familias de los pacientes, o alguno que se va de alta y vuelve para agradecerles los cuidados recibidos, luego cuando hablan entre ellos están todos a dieta, no se lo creen ni ellos, ¡comen como limas!.

Llega el cambio de turno, ahora se van a pasar hablando un rato, se cuentan todo lo que pasa durante la noche o durante el día, la verdad es que a veces hablan en voz muy alta y si estás en una habitación cerca del control, como estoy yo ahora, lo oyes todo, te enteras de lo que les pasa a otros pacientes, o de lo que te pasa a ti mismo, a veces cuentan chistes, historias, aventuras con familias, se ríen, discuten o critican a la dirección, ¡la vida!.

3. EL DESAYUNO

Llega el desayuno, bueno el mío no, el de mi compañero, el mío es un preparado especial que me dan por la sonda nasogástrica que tengo para alimentarme, veréis hace ya mucho que desapareció mi reflejo de deglución, me atragantaba con todo, liquido, solido, lo que fuese, hasta con la propia saliva y decidieron ponerme esta sonda para poder alimentarme, si digo decidieron porque yo no estaba ya en disposición de decidir y entre mis hijos y el médico pensaron que lo mejor era eso, ponerme la sonda, isi hubiese tenido la oportunidad de hacer ese documento del que hablan ahora de **instrucciones previas!** Otro gallo cantaría, no habrían ocurrido muchas cosas. Mis hijos siempre me habían oído decir que no quería medidas de ese tipo que cuando perdiera mi autonomía, mi independencia, no quería someterme a ese tipo de cosas, pero nada desde su "cariño" me obsequiaron con esta sonda naso gástrica. Habría dejado escrito cuáles eran mis decisiones para estos momentos y asunto solucionado, de verdad ya que tenéis la oportunidad hacedlo, que no llegue el día en que penséis ¿Por qué no lo hice?. Sabéis porque no lo hace la mayoría de la gente, pues porque vivimos de espaldas a la muerte. Hacedlo, no se os olvide, redactad vuestras instrucciones previas y registradlas, si no las necesitáis mejor pero si llega el momento...

4. PASE DE VISITA

Entra el médico, casaca blanca y pantalones vaqueros, iestos modernillos!, ique hay que ponerse el uniforme completo! iel blanco de siempre, no el verde ni el azul, ni los combinados!. ¿Habéis visto alguna vez un juez con la mitad de la toga? ¿O con la toga de colores? Pues eso, uniformidad.

Me mira las pupilas, me ausculta los pulmones, el corazón, la turgencia de la piel, revisa los resultados de la analítica de esta mañana...ino te esfuerces!, la situación es la que es, esto no va a mejorar, os habéis empeñado entre mis hijos y tú en que siga aquí cuando deberíais haberme dejado morir en paz hace tiempo, al menos eso es lo que yo pienso y hubiese querido, este no ha oído hablar de "**adecuación del esfuerzo terapéutico**" en su vida. Me gustaría explicárselo pero... no puedo.

Comenta con la enfermera que va a pedirme ¿qué?, iotro TAC!, pero ¿que quieres ver en mi cerebro?, tengo uno hecho por cada ingreso y tengo unos cuantos ingresos, isoy un paciente de repetición!, me conocen en todas las plantas del hospital y me conoce la mayoría del personal, no necesito más pruebas, necesito cuidados, solo cuidados. Que no, que no se puede curar todo, que a veces hay que tomar la decisión de cuidar "solamente", pero ios parece poco!, cuidar al final de la vida es todo un reto, no es el momento en que "no hay más que hacer", si no que justamente es el momento de comenzar a hacer, a **cuidar**.

Lo entiendo, explicarle esto a mi hija, que "no quiere que se le muera su papá", es difícil, quizá mi hijo lo entiende mejor, ha tomado conciencia que la vida tiene un final, que nos alcanzará a todos y que lo único por lo que debemos luchar y pelear es porque ese final sea lo más digno posible, pero ¿Qué es un final digno? ¿subjetivo, eh? Para mi..., para ti..., ihablar, deliberar, discutir sobre ello!.

Llegan mis hijos, vienen a informarse, les informa a la puerta de la habitación, ipero bueno!, estos tampoco han oído hablar de la **confidencialidad y del derecho a la intimidad**, como si al resto de gente que pasa por el pasillo les importase mucho mi situación, ique gente!. Con lo fácil que es, si tienen que hablar con el paciente, cerrar la puerta de la habitación y hacerlo de la forma más comprensible para él o si se informa a la familia, hacerlo en un despacho que para eso están, los pasillos son eso ipasillos para pasar!.

Ah, la información íesa es otra!, con los "palabros" que usan los médicos y los nervios que tenemos los pacientes o las familias, no nos enteramos ni nosotros ni nuestros familiares de nada, así que cuando tienes que decidir si hacer o no hacer alguna prueba, intervención, etc., la verdad es que vas a ciegas, ipor lo que te recomiendan!, pero no porque tengas información suficiente para poder decidir de forma independiente, que eso es lo que pretendían cuando inventaron el papelito ese de **consentimiento informado**, que consientas en hacer o no algo pero con información suficiente sobre el tema, aunque la verdad es que se queda en ífirmeme usted aquí para hacerse esta prueba, o para operarle de....lo que sea!, vamos ini parecido!.

Ya les ha informado, todo sigue igual, pero si eso ya se sabía, íque no hacía falta el análisis de primera hora, hombre!, ísólo hay que verme!

5. LA TARDE

Una siestecita rápida, porque enseguida vienen las visitas y íse acabó la felicidad!, no os penséis que soy un desagradable, que no quiere visitas, no, es que a veces el número de visitantes en la habitación supera "lo permitido por la ley" en cuanto a personas por metro cuadrado.

Todos sabéis como son las habitaciones de los hospitales, pues os imagináis a más o menos doce o catorce personas, más los dos pacientes, las camas, los sillones, bueno todo lo que hay en la habitación, íno cogemos!, es que falta el oxígeno y lo mejor es que hablan entre ellos y a los pacientes que nos zurzan, así que cuando se van, comienzan a sonar los timbres y comienza el reparto de analgésicos para el dolor de cabeza. Visitas sí, pero con medida como todo en la vida, que somos enfermos, que esto no es una reunión familiar para quedar a comer y hablar de cuánto hace que no nos vemos, si hace mucho que no os veis pues quedar en otro sitio, no en el hospital.

íAlgo ocurre! Mi compañero le pasa algo, han avisado a la enfermera corriendo, ahora llega, lo mira, le da una torta y lo llama por su nombre, no responde, se vuelve al control, la oigo llamar a su compañera y decirle que active el código de parada, vuelve con una especie de globo en la mano con una mascarilla, todos salen de la habitación, llega un enfermero con un carro grande lleno de cosas, un celador con una pantalla, con dos palas a los lados y el médico, debe ser muy grave, se les ve tensos, las órdenes son claras y la secuencia de actuaciones son exactas, ordenadas, piden tubos, medicaciones, todos están muy serios, la pantalla comienza a emitir unos pitidos rítmicos y unas rayas que suben y bajan, comentan entre ellos, "ha salido", "avisa a UCI que bajamos", "ocúpate del tubo", se lo van a llevar, la verdad es que estaba tan bien, le ha debido dar algo, la familia está llorando, realmente es grave.

Supongo que a mí no me harán todo esto si me sucede lo mismo, si se me para el corazón, que es lo que le han dicho a la familia que ocurrió, porque mi situación es distinta, como habréis ido adivinando, estoy encamado desde ni me acuerdo, inmovilizado, en posición fetal, me alimentan por una sonda, según ellos estoy desconectado del medio..., espero que no me lo hagan, porque a un compañero de habitación que tuve, que estaba como yo ahora, sí comenzaron a hacerle cosas, hasta que llego alguien y dijo este señor es NO RCP y estuvieron luego un rato discutiendo donde y cuando había que registrar la orden de "SI PCR NO RCP", o sea que si se te para el corazón no te hagan nada, que te dejen estar.

No me parece tan difícil, esas cosas son importantes y deberían estar en el lugar más a la vista de nuestro historial, para que no haya dudas ni equívocos, ¡ah! y consensuada la decisión, bien con el paciente o si no con la familia o quien lo represente, que estas cosas son muy serias y cada uno debe decidir por sí mismo, que los profesionales sanitarios son muy dados a decirte lo que tienes que hacer, paternalismo lo llaman, lo que los pacientes necesitan no es un padre que decida, que cada uno ya tiene el suyo, lo que necesitan es información clara y comprensible para poder reflexionar y decidir según el proyecto de vida de cada uno, vamos lo que se llama autonomía para decidir.

6. LA NOCHE

Ya son las once de la noche, junto con la toma de alimento me dan la medicación triturada, seguro que me dan mi pastilla para dormir, la verdad es que no vale ya de mucho pero como siempre la he tomado..., ahora es el momento de reflexionar sobre tantas cosas, de recordar...

A veces me pregunto, cuando comienza eso del "final de la vida", hay quien dice que "estás en situación al final de la vida cuando tu expectativa de vida no es superior a seis meses", quizá es algo más largo y paulatino de seis meses, algo no acotable en el tiempo, y quizás, hay que ir "**adecuando el esfuerzo terapéutico**" no en función de las posibilidades que el sistema sanitario te oferta, si no de las necesidades, preferencias y deseos de las personas, no hay que hacer "**todo lo posible**" sino "**todo lo necesario**" para que la persona dentro de sus posibilidades tenga un final de la vida digno, ¡que fácil de decir!, "**digno**", pero ¿qué significa digno?, para cada persona, según sus valores, creencias, proyecto vital, etc tendrá un significado, no diferente, sino con distintos matices, cuando se habla de la muerte digna, ahí cerca comienzan a aparecer otros conceptos como eutanasia, suicidio asistido... etc. sobre los que quizá todavía no ha habido la suficiente deliberación, debate, discusión....pero sobre los que debería haberla, es necesario, pienso que es necesario porque mi vida es como bien dice el título "**una vida... prolongada**", pero solo en el tiempo, solamente disfruto de ver amanecer y eso hasta que se me cierran los ojos, que he tenido compañeros de habitación, igualitos que yo pero con los ojos cerrados, ¡quizá he durado más tiempo del debido!, ¡quizá las decisiones sobre mis problemas de salud no han sido las más adecuadas!, quizá debemos pensar cuando comienza de verdad el final de la vida, **¿cómo "gestionar" ese tiempo?**, para que personas como yo tengamos ...otro final, no **una vida... prolongada**.

Intentaré dormir un poco, antes de que la enfermera entre de nuevo a tomarme la temperatura... y todo comience de nuevo.

Voy a ver amanecer... si aún puedo mantener los ojos abiertos cuando despierte.

