



Enfermería Comunitaria

SOCIEDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE ASTURIAS

Vol.6 nº4, otoño 2018



Original

**Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria:
Cómo valoran su formación en las Unidades Españolas 8**

Editorial

¿Qué hay de nuevo para las/os enfermeras/os en la "Estrategia para el nuevo enfoque de la Atención Primaria"? 5

Colaboración

Conversación(es) sobre paliativos 25

Revisiones

Convulsión febril en la infancia: reconocimiento, abordaje y cuidados 34

Conocimientos y competencias en bioética que los estudiantes en ciencias de la salud deben adquirir para la distribución justa de los recursos sanitarios 52

Original

Relación entre la violencia, consumo de drogas y calidad de vida relacionada con la salud en mujeres: estudio de caso en la región sur de Jalisco, México 64



sumario

ISSN: 2254-8270

Entidad editora:

SEAPA (*Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias*)

Directora:

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

ISSN: 2254-8270

Título Clave: Revista (SEAPA. Internet)

Depósito 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

Comité Editorial:**Fernanda del Castillo Arévalo**

Centro de Salud de Contrueces (Gijón)

Ana Covadonga González Pisano

Centro de Salud de Salas. Periférico La Espina. Doctora en la Universidad de Oviedo. Profesora asociada de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Oviedo. Doctora por la Universidad de Oviedo. Miembro de Investén-isciii

Cristina González Aller

Centro de Salud de Llanera (Oviedo)

Rosendo Argüelles Barbón

Coordinador de Continuidad de Cuidados (Gijón)

Teresa López Castellanos

Enfermera Especialista en FyC. Enfermera de Atención Primaria Área V, Asturias.

Maria Arantzazu Gonzalez Álvarez.

Enfermera Especialista en FyC. Enfermera Especialista en Geriatría. Enfermera Atención Primaria Área IV

Manuel Rich Ruiz

Director del Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba. Doctor por la Universidad de Córdoba. Miembro de Investén-isciii

Susana Navalpotro Pascual

Enfermera de UVI Móvil del SUMMA 112 (Madrid)

Francisco Javier Iruzubieta Barragán

Escuela Universitaria de Enfermería. Servicio Riojano de Salud/Universidad de La Rioja (Logroño). Doctor por la Universidad de Logroño. Miembro de Investén-isciii

Dolores Sánchez López

Enfermera en el Centro de Salud de las Huelgas (Burgos). Miembro de Investén-isciii

Jose María Rumbo Prieto

Doctor por la UDC. Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación. Área Sanitaria de Ferrol

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

Hospital Álvarez Buylla de Mieres

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). Doctora por la Universidad de Oviedo.

Enrique Oltra Rodríguez

Doctor por la Universidad de Oviedo y Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria

Rosario Riestra Rodríguez

Vicedecana de la Facultad de Enfermería de Gijón (Gijón). Doctora por la Universidad de Oviedo

Emilia Romero de San Pio

UCI. Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo). Miembro del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias.

Fernando Alonso Pérez

Decano de la Facultad de Enfermería de Gijón (Gijón). Doctor por la Universidad de Oviedo.

Carmen Teresa Velasco González

Jefa de Sección de Calidad de la D.G. de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad del Principado 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). Doctor por la Universidad de Oviedo.

Sofía Osorio Álvarez

Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)

Margarita Fernandez Garcia

UGC de Sotroñdío (Sotroñdío)

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). Doctor por la Universidad de Logroño. Miembro de Investén-isciii

Estefanía Vegas Pardavila

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

Sheila Sánchez Gómez

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

Manuel Rich Ruíz

Director del Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba. Doctor por la Universidad de Córdoba. Miembro de Investén-isciii

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.

Jorge Minguez Arias

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

Ricardo de Dios del Valle

Subdirector de Atención Sanitaria del Área IV de Asturias

Luis Arantón Areosa

Doctor por la Universidad de A Coruña (UDC). Director de Procesos de Enfermería. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Ferrol. Servicio Gallego de Salud (SERGAS)

Sara Diez González

Enfermera especialista en FyC. Unidad de Epidemiología Laboral y Ambiental de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias

Isabel Feria Raposo

Supervisora de enfermería. Coordinadora de investigación en enfermería. Unidad de agudos. Hospital Benito Menni (Barcelona)

M. Belén Suárez Mier

Enfermera del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del HUCA (Asturias)

Dolores Sánchez López

Enfermera en el Centro de Salud de las Huelgas (Burgos). Miembro de Investén - iscii

Xosé Manuel Meijome

Enfermero. Bloque quirúrgico. Hospital El Bierzo (Ponferrada). Creador del blog cuadernillosanitario

Beatriz Braña Marcos

Enfermera de Atención Primaria de Asturias. Miembro del Comité Científico del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Brigg y del Comité Ético de Investigación Clínica del Principado de Asturias

José María Rumbo Prieto

Doctor por la UDC. Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación. Área Sanitaria de Ferrol

Belén García Hernández.

Enfermera Especialista en FyC. Enfermera de Atención Primaria Área Sanitaria V, Asturias.

Cristina Obaya Prieto.

Enfermera Especialista en FyC. Enfermera de Atención Primaria Área Sanitaria V, Asturias.

Patricia González Rocas

Enfermera Especialista en Salud Mental. Centro de Atención Integral (CAI) Area Santiaria I, Sespa

Almudena Pousada González

Enfermera del Hospital Universitario Central de Asturias. Doctora por la Universidad de Oviedo. Profesora Asociada de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Oviedo.

María Álvarez Fernández.

Enfermera Especialista en F y C. Atención Primaria Área VII. Sespa



¿Qué hay de nuevo para las/os enfermeras/os en la "Estrategia para el nuevo enfoque de la Atención Primaria"?

El día 14 de Junio de 2018 la Consejería de Sanidad hizo pública la "Estrategia para el nuevo enfoque de la Atención Primaria". Se trata de un documento elaborado y revisado por un grupo de trabajo formado por profesionales, personal técnico y Sociedades Científicas de Enfermería y de Medicina Familiar y Comunitaria, así como la de Pediatría.

Seguramente todas/os estaremos de acuerdo en que desde la consolidación, allá por los años 90, del modelo de Atención Primaria han cambiado muchas cosas en nuestra Comunidad. Desde aspectos sociodemográficos, a científicos o tecnológicos que por una parte han alargado los años de vida y por otra suponen un reto para los servicios sociosanitarios debido al aumento de la cronicidad y la dependencia de la ciudadanía. Además, el nivel de exigencia y compromiso es cada vez más alto, buscando una calidad y seguridad que hagan de la Atención Primaria nivel de atención básico, por su importancia, cercanía y competencia, sin olvidar la sostenibilidad.

No podemos olvidar que existe una previsión de escasez de profesionales de medicina, por coincidencia de jubilaciones, lo que supone una dificultad de gestión, pero también que el relevo generacional de enfermeras en AP se realiza a través de traslados desde el ámbito hospitalario al de primaria, no siendo una medida eficaz.

Por otro lado, las competencias especializadas de las enfermeras comunitarias con experiencia y formación, hacen replantearse la organización del equipo multidisciplinar de AP para optimizar los estándares de trabajo en clínica y dar una orientación más comunitaria a la labor asistencial teniendo en cuenta la importancia de los determinantes sociales de salud. A pesar de ello y de la oportunidad que supone, las especialidades enfermeras, salvo la de matrona, no tienen reconocimiento laboral en Asturias.

Las políticas de recursos humanos están incidiendo directamente en el trabajo de AP y necesitan una apuesta por el reconocimiento de la Enfermería Familiar y Comunitaria, y a las enfermeras/os que llevan muchos años trabajando en este ámbito.

Esta estrategia publicada trata de ser un documento práctico, abierto y flexible para ir desarrollando en los próximos años. Define nueve líneas de actuación para dar continuidad a algunas acciones que ya se vienen desarrollando y abordar los cambios necesarios en otras:

- 1. El trabajo multidisciplinar en equipo.*
- 2. La capacidad resolutive, la continuidad asistencial y la coordinación con el resto de ámbitos asistenciales, servicios e instituciones.*
- 3. El uso de tecnologías y los sistemas de información.*
- 4. La calidad como un sistema común evaluable y seguro.*
- 5. Orientación comunitaria, actividades preventivas y de promoción de la salud*
- 6. Atención integral y coordinación de las personas con enfermedades crónicas*
- 7. Los cuidados*
- 8. Formación y docencia.*
- 9. Investigación en Atención Primaria.*

Recoge en total 50 iniciativas concretas y 182 acciones. También se han incluido en el documento más de 200 indicadores que servirán para medir los avances de su desarrollo.

Y los objetivos finales de la estrategia son los siguientes:

- 1. Impulsar la Atención Primaria como eje nuclear del sistema sanitario público, que garantice la continuidad asistencial a lo largo de la vida y actúe como coordinador de casos.*
- 2. Garantizar una estructura y dotación de recursos materiales y humanos estable, que atienda a criterios de funcionalidad y necesidades integrales sanitarias y sociales.*
- 3. Adecuar las competencias y funciones de los equipos de profesionales a la reorientación estratégica.*
- 4. Aumentar la capacidad resolutive y la innovación con el uso de nuevas tecnologías y sistemas de información.*
- 5. Evaluar y disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica.*
- 6. Orientar este nivel asistencial hacia el desarrollo de actividades relacionadas con la promoción y prevención de la salud individual y poblacional, y convertirlo en nexo entre el sistema sanitario y la comunidad.*

El análisis del documento de manera exhaustiva sería demasiado largo, sin embargo, creo que en el ámbito de la enfermería sí debemos resaltar algunas iniciativas propuestas:

● **Iniciativa 4.1.1** Establecer una política de recursos humanos que asegure la continuidad y calidad de AP:

- 1. Vinculación progresiva del personal eventual a los Equipos de AP (EAPs).*
- 2. Desarrollo de OPEs para disminuir la temporalidad en AP.*
- 3. Crear nueva categoría de Enfermera/o especialista en Familiar y Comunitaria para garantizar la calidad en prestación de cuidados, consolidación y continuidad.*

Esta iniciativa es un clamor a nivel nacional pero aún más en Asturias, que se está quedando muy atrás en el ranking de comunidades que ya han creado esta categoría. Actualmente está propuesta en la Ley de Salud, pendiente de tramitación en la Junta General, pero con pocas posibilidades de salir adelante debido a la composición de la Cámara y al momento de legislatura.

No es éste el único obstáculo, ya que como sabemos, un gran número de profesionales seguimos esperando el examen de la vía excepcional para la obtención del título de especialista y la catalogación de puestos de trabajo en los centros de salud, que permitirá unos traslados y OPEs específicas.

● **Iniciativa 4.1.2** Redefinir la composición y funciones de los profesionales y equipos de AP:

- 1. Libre elección de profesional de enfermería, medicina y pediatría.*
- 2. Ajustar los ratios poblacionales por profesional teniendo en cuenta las características sociodemográficas de su población y las necesidades asistenciales, actividades comunitarias y dispersión.*

● **Iniciativa 4.1.5** Potenciar la labor de los profesionales de enfermería en AP:

- 1 Normalizar la primera visita de valoración enfermera.*
- 2. Incrementar la capacidad resolutive de enfermería asumiendo patologías de baja complejidad con apoyo a prescripción enfermera, a través de circuitos y protocolos basados en la evidencia.*

3. Potenciar la consulta domiciliaria orientada a la cronicidad y prevención de dependencia (contacto tras alta hospitalaria, crónicos, inmovilizados y coordinación con todos los profesionales que atienden el domicilio).

4. Implementar la visita de tránsito de pediatría a consulta de adultos.

5. Potenciar la "consulta joven" en centros educativos.

6. Trabajar con las personas de la comunidad, en promoción y apoyo de espacios de participación en salud, con tiempos de agenda y registros e indicadores de actividad.

Si bien muchas de estas acciones ya se están llevando a cabo por enfermeras/os sin reconocimiento como especialistas, pero con unas competencias específicas, es fundamental que todas ellas se normalicen y se vean como una búsqueda de la excelencia, la calidad en la asistencia y seguridad de los pacientes. Trabajar con formación adecuada, con la mayor evidencia disponible, conociendo a tu población y siendo reconocida por ella mejoraría sin duda la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, ya que como reflejan siempre las encuestas de satisfacción, somos de los profesionales más valorados por nuestro compromiso, competencia y cercanía.

Además de estas acciones, la estrategia se apoya en un protocolo de intenciones que plantea la constitución de una Comisión de Seguimiento que interprete y asegure el buen fin y cumplimiento, así como resolver las controversias surgidas como consecuencia de la ejecución de ésta.

Estará formada por representantes de cada Sociedad Científica, de la Consejería de Sanidad, SESPA y de cada Área sanitaria. Se reunirá trimestralmente y tendrá las funciones de poner en marcha la estrategia, marcar el cronograma y los responsables de cada acción, establecer la planificación de la difusión y comunicación de la estrategia, elaborar el plan de formación en relación con las medidas de la estrategia, analizar la implantación y los indicadores monitorizados y evaluar los resultados de las medidas e iniciativas.

La voluntad de las sociedades científicas mencionadas es ofrecer los procesos y procedimientos que tienen protocolizados para reducir la variabilidad de las actuaciones de la práctica clínica, contribuir a generar conocimiento y colaborar en la mejora de la calidad asistencial, contando con la colaboración y apoyo científico, técnico e institucional tanto de los propios profesionales como de los gestores de servicios sanitarios. Pero también ser garantes de la continuidad de esta estrategia independientemente de cambios institucionales o de gestores.

Deseamos que los cambios se materialicen y sean visibles cuanto antes ya que verdaderamente la Atención Primaria y la Enfermería Familiar y Comunitaria lo necesitan con urgencia.

Aprovecho también para felicitar, por el premio nacional concedido por la Universidad de Alicante, a la Unidad Docente de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias, como responsable Ana González Fernández, a los profesionales de enfermería Gloria Antón Martínez, Alba Noriega y Carlos Miguel Sanz por el mejor Trabajo Fin de Residencia, y a Andrea Rodríguez Alonso por el mejor proyecto de Tesis Doctoral. Asimismo, al doctor Enrique Oltra por el merecido premio a su carrera y compromiso por la Enfermería Familiar y Comunitaria, que ha sido una figura fundamental en el reconocimiento de esta especialidad, su programa formativo y en la creación de la Unidad Docente de Asturias.

Marta Isabel Villamil Díaz

Presidenta de SEAPA

Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria: Cómo valoran su formación en las Unidades Españolas

Family and community nursing residents: How they value their
training in the Spanish Units.

Tania Montes Nosti y Carmen García Gutiérrez

Centro de salud de Contrueces-Vega, Área Sanitaria V. Sespa. Asturias.

*Manuscrito recibido: 19/02/2018
Manuscrito aceptado: 24/05/2018*

Cómo citar este documento

Montes Nosti T, García Gutiérrez C. Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria: Cómo valoran su formación en las Unidades Españolas. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). Otoño 2018; Vol. 6 (4):8-24.

Resumen

Objetivo

Conocer el grado de satisfacción y opiniones de los residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria de España.

Método

Estudio observacional descriptivo, de corte transversal. Se contactó con todas las Unidades Docentes de España, que acogían residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria de 2º año. Se les explicó el estudio y se les invitó a participar rellenando una encuesta, a través de Google Drive.

Resultados

Participaron 40 unidades docentes de las 113 con las que se contactó.

Se recibieron un total de 88 encuestas de una muestra de 244 residentes.

El 77,3% volverían a elegir su centro.

El 80,7% refirieron sentirse entre Satisfechos y Muy Satisfechos con su tutor principal.

La satisfacción global con la formación en su centro se situó en torno al 3, en un baremo del 0 al 4.

Los sectores peor valorados en las encuestas fueron: Área de investigación, calificaciones obtenidas, tramitación de quejas, resultados de encuestas de calidad y acciones de mejora llevadas a cabo por las Unidades Docentes.

Conclusiones

En general, los residentes refieren sentirse satisfechos con su formación especializada; pero existen áreas calificadas negativamente y diferencias entre Unidades Docentes que sería interesante estudiar, para poder implementar acciones de mejora, que ayuden a seguir aumentando la calidad en las mismas.

Palabras Clave

Satisfacción personal; Especialidades de Enfermería; Enfermería en salud comunitaria; Enfermería de Atención Primaria.

Abstract

Objective

Know the degree of satisfaction and opinions of Family and Community Nursing residents in Spain.

Method

An observational, cross sectional, descriptive study was performed. We contacted all the teaching units in Spain, which had Family and Community Nursing residents in the 2nd year. The study was explained to them and they were invited to participate by completing a survey, through Google Drive.

Results

40 teaching units participated of the 113 with which it was contacted.

A total of 88 surveys were received from a sample of 244 residents.

77.3% will choose your center again

80.7% felt in between satisfied and very satisfied with their main tutor.

The general satisfaction with the training in your center was 3 in a scale of 0 to 4.

The worst scored areas in the surveys were: research, obtained qualifications, dealing with complaints, quality survey results and improvement measures carried out by teaching units.

Conclusions

In general, have said to be feeling satisfied with their specialized training but there are areas with negative scores and differences in between the teaching units, which will be interesting to analyze, to be able to implement improvement measures which will help to continue increasing their quality.

Keywords

Personal satisfaction; Specialties Nursing; Community Health Nursing; Primary Care Nursing.

Introducción

La Enfermería en general, o el arte de cuidar en particular, es una profesión o destreza de la que se tiene constancia desde el principio de los tiempos (1-3); y la Enfermería Comunitaria específicamente, es nombrada ya en el S.XIX, cuando se recuerda a las enfermeras que prestaban sus cuidados a la población de los distritos más pobres de Liverpool (1, 4-7). Sin embargo, tanto para la población general, sobre todo, como para una gran proporción de los profesionales sanitarios, entre los que se incluyen las enfermeras o enfermeros, es la gran desconocida (8). Muchos de los que ejercen hoy día esta profesión en sus consultas, en España, ignoran cuál es la formación actual para acceder a dichos puestos o hacia qué cambios va encaminada dicha formación (9,10).

En el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista, se reconoce la especialidad con el nombre de "Enfermería de Salud Comunitaria".

Con la entrada en vigor de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, que aborda en su título II una nueva regulación de las especialidades en Ciencias de la Salud, se hace saber que mediante Boletín Oficial del Estado y para cada especialidad, se establecerán los requisitos de acreditación, que con carácter general deberán cumplir los centros y unidades docentes para la formación de Especialistas en Ciencias de la salud.

En el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, se habla ya de "Enfermería Familiar y Comunitaria"; y en el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, se concreta el concepto de Unidad Docente Multidisciplinar y se detallan los criterios para la acreditación de las mismas. Así mismo, también especifica que tendrán sus propios tutores y serán quienes planifiquen la ejecución del correspondiente programa formativo; pero no es hasta el año 2010 cuando se publica el específico para este colectivo (10).

Debido a esto, la Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) se convierte en una vieja nueva, que siempre ha estado ahí, pero que permanece en constante cambio (3); y cada nueva Unidad Docente que se crea para formar a residentes, pretende darle el giro o interpretación personal adecuada, para cumplir con las definiciones y mínimos establecidos en el Programa formativo de la especialidad de EFyC y amoldarse a su vez, a sus características y dispositivos particulares. Por todo ello, surgen unas diferencias individuales y formativas evidentes entre cada unidad necesarias de estudiar.

Este hecho se pone de manifiesto cuando en la búsqueda de trabajos de temática parecida, para conocer qué se sabe ya sobre este tema, aparecen varios dedicados a estudiar estas diferencias y conocer la satisfacción de sus residentes por Unidad Docente. Sin embargo, todos estos estudios están enfocados sobre una o varias especialidades tanto médicas como no facultativas (11-15); pero ninguno dedicado específicamente, a estudiar este colectivo enfermero.

Esta investigación tiene como fin recoger las opiniones y valoraciones de los que se encuentran hoy en día dentro de este plan educativo y dar a conocer los puntos positivos y áreas de mejora que puedan ser tenidas en cuenta para la planificación de años futuros.

Objetivo

Conocer el grado de satisfacción y opiniones de los residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria de España.

Método

Estudio observacional descriptivo, de corte transversal.

La población a estudio fueron los Residentes de 2º año de Enfermería Familiar y Comunitaria que en ese momento se estaban formando en las Unidades Docentes de España (año 2015/2016). Se estableció como criterio de exclusión el ser residente de primer año. Para la muestra se incluyó a la totalidad de la población, 244 residentes en total.

Se realizó un proyecto de investigación que fue aprobado por el Comité Autonómico de Ética de Investigación de Galicia y contó con la conformidad de la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol. Se comenzó hablando con los hospitales de referencia para que nos proporcionarían el contacto telefónico y email de todas las Unidades Docentes de España, que en ese momento acogían a residentes de 2º año de EFyC. En total 113 Unidades y 244 residentes (16).

En el primer contacto con las Unidades Docentes, se les explicaba en qué iba a consistir el estudio y se invitaba a que sus residentes participarán, facilitándoles la URL que daba acceso a una encuesta que llamamos "Encuesta de Satisfacción global y Opinión personal de los residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria, en cada una de las Unidades Docentes de España", mediante Google Drive (aplicación informática que permite rellenar y enviar el formulario de forma totalmente anónima).

Esta encuesta parte de la modificación de otra que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad distribuye a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, con el objeto de medir anualmente la satisfacción de los especialistas en formación, como parte de la evaluación de los centros docentes acreditados según lo indicado en el RD 183/2008: "Encuesta para Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud"; pero que no incluye a Enfermería Comunitaria, ni evalúa específicamente cada Unidad Docente (17).

Tras conversación vía email con la auditoría que trata los temas relacionados con esta encuesta, para conocer el alcance de la misma y su difusión, se pidió permiso a sus autores para poder utilizarla y realizar alguna modificación, con el fin de adaptarla a Enfermería Familiar y Comunitaria; obteniendo una respuesta favorable.

Las modificaciones han sido las siguientes:

Se han anulado las preguntas nº21 y 27 dirigidas exclusivamente a facultativos.

Se han modificado la nº1, 5, 13, 15 y 22, ajustándose al colectivo que pretendemos estudiar.

Cada pregunta, de las 46 totales, tenía como posibles respuestas SÍ/NO/NC o una valoración del 0 al 4 donde: 4 equivalía a Muy Satisfactorio, 3-Satisfactorio, 2-Aceptable, 1-Insuficiente y 0-Muy insuficiente; además de un apartado donde dejar comentarios o aclaraciones.

Las respuestas recibidas fueron analizadas estadísticamente con el programa SPSS v.19.0, que teniendo en cuenta la baja tasa de respuesta (36%) permitió estimar la satisfacción global con una precisión de $\pm 8,4\%$ y una seguridad del 95%.

Los resultados de variables cuantitativas han sido expresados en términos de Media (M) Mediana (Me) y Desviación Típica (σ) y las cualitativas en porcentajes, con sus intervalos de confianza al 95% para aquellos resultados más significativos.

Resultados

De las 113 Unidades Docentes que en ese momento formaban a Residentes de 2º año de Enfermería Familiar y Comunitaria en España (244 residentes en total), participaron 40 de ellas (el 35,4%) aportando un total de 88 encuestas. Esto supone una tasa de respuesta del 36% **Tabla 1.**

Tabla-1. Residentes (R) y participantes (P) por Unidad Docente

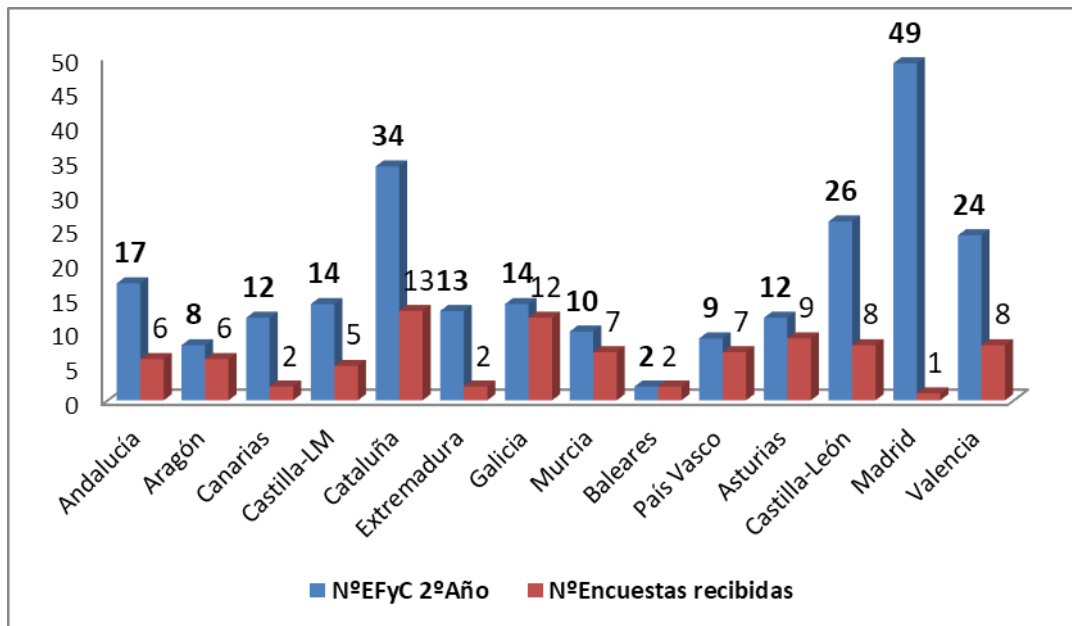
UNIDAD DOCENTE	R	P	UNIDAD DOCENTE	R	P
Bahía de Cádiz-la Janda	4	1	Cartagena	4	2
Distrito campo de Gibraltar	2	1	Lorca y Noroeste	2	2
Distrito jerez costa	2	0	Murcia y Vega Media del Segura	4	3
Málaga	9	4	Mallorca	2	2
Huesca	2	2	Araba	2	2
Zaragoza I y II	6	4	Gipuzkoa	3	3
Las palmas	6	2	Bizkaia	4	2
Tenerife	6	0	Asturias	12	9
Albacete-Hellín	4	1	Ávila	2	0
Cuenca	4	2	Burgos	3	2
Toledo	6	2	León	3	1
C. Ponent de Barcelona	4	1	Ponferrada	3	0
Maternitat de Barcelona	4	1	Palencia	2	0
Consorci Sanitari de Terrassa	4	1	Salamanca	3	1

Badalona	2	0	Segovia	2	0
Ciutat ICS	4	2	Soria	2	0
Catalunya central ICS	4	2	Valladolid este	2	0
Aceba	2	1	Valladolid oeste	4	4
Mutua de Terrassa	2	2	Madrid centro	10	0
Girona	4	0	Madrid este	8	0
Bais Empordá-Ssibe	2	2	Madrid noroeste	7	0
Lleida ICS	2	1	Madrid norte	4	0
Mérida	2	0	Madrid oeste	6	0
Badajoz	6	0	Madrid sur	6	1
Don Benito-Villanueva de la Serena	3	0	Madrid sureste	8	0
Plasencia	2	2	Alicante	10	1
A Coruña	5	5	Castellón	6	5
Ferrol	3	3	Valencia	8	2
Pontevedra	6	4	Total	244	88

Aquellas que tuvieron un porcentaje más alto de participación en el estudio fueron, en primer lugar, Asturias, con el 10,2% del total de las encuestas recibidas, seguida por Coruña y Castellón, con un 5,7% cada una de ellas, y Lorca, Málaga y Pontevedra con un 4,5%.

Agrupando las Unidades Docentes por Comunidades Autónomas y teniendo en cuenta el número de residentes por Comunidad, se observó, que las comunidades con mayor participación fueron, en primer lugar, Baleares con el 100% de encuestas de sus residentes recibidas, en segundo lugar, Galicia con el 85,71% y en tercer lugar el País Vasco, con un 77,78% (Gráfico 1)

Gráfico-1. Distribución de respuestas por Comunidad Autónoma



De todos los encuestados, el 81,8% fueron mujeres con una edad media de 27,36 años y una desviación típica de $\pm 3,8$ años

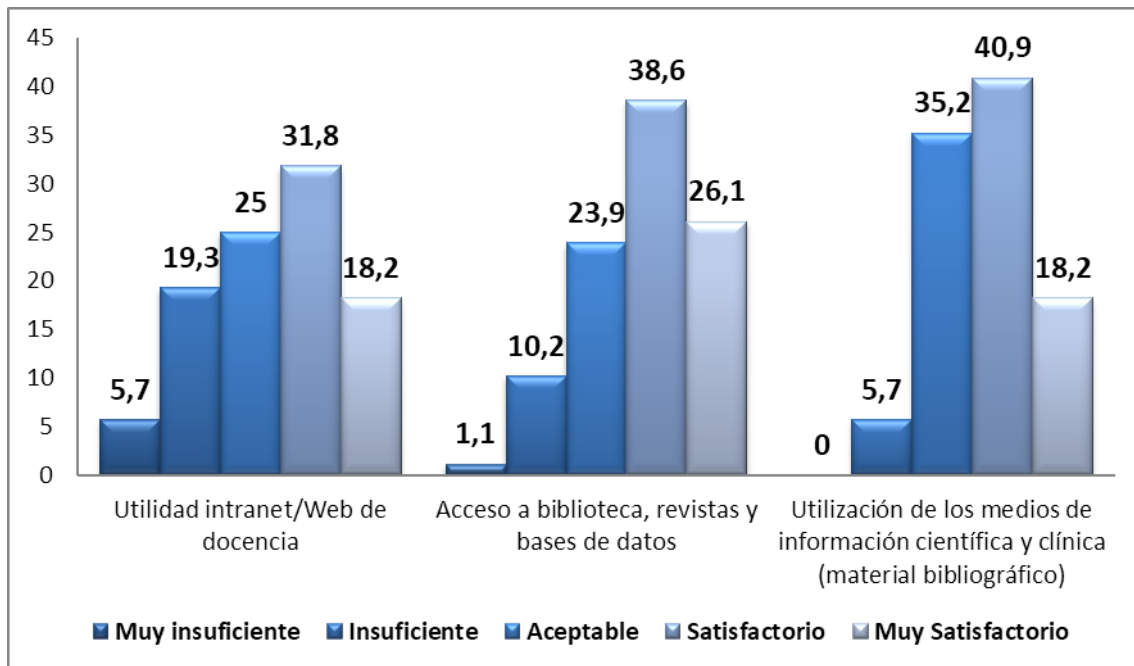
En las tablas 2 y 3 se pueden ver las preguntas más significativas de cada apartado.

Tabla-2. Respuestas recogidas para las variables cuantitativas

PREGUNTA	\bar{X}	Me	σ
<i>Acogida e integración en el centro docente</i>			
¿Cómo valora el proceso de acogida en el hospital/Unidad Docente?	3,17	3	0,887
<i>Estructura de la docencia</i>			
¿Cómo valora los siguientes aspectos relacionados con la infraestructura docente del centro? Gráfico 2			
-Utilidad Intranet/Web de docencia	2,38	2,50	1,158
-Acceso a biblioteca, revistas y bases de datos	2,78	3	0,988
-Utilización de los medios de información científica y clínica (material bibliográfico)	2,72	3	0,830

<i>Planificación y desarrollo de la formación</i>			
Si ha contestado SI, ¿Cómo valora la adaptación del mismo a los contenidos y al desarrollo de su especialidad?	2,64	3	1,019
¿Cómo valora las facilidades que le ha ofrecido el personal sanitario para el aprendizaje de métodos, técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos?	2,85	3	0,779
¿Cómo valora la formación recibida en su servicio sobre la organización y coordinación con otras unidades/niveles asistenciales que intervienen en los procesos de atención al paciente (UCI, bloque quirúrgico, atención especializada...)?	2,08	2	0,941
Valore el cumplimiento del programa formativo hasta el momento actual	2,82	3	0,829
Valore el nivel competencial que ha alcanzado en las siguientes competencias transversales:			
-Valores profesionales, actitudes y comportamiento ético.	3,21	3	0,593
-Aspectos ético – legales	2,78	3	0,726
-Comunicación con el paciente y la familia	3,36	3	0,572
-Trabajo en equipo	3,34	3	0,713
-Competencias específicas de la especialidad	3,13	3	0,764
<i>Rotaciones: Desarrollo y supervisión del residente en cualquier dispositivo perteneciente a la unidad</i>			
¿Cómo valora la supervisión individual de su formación y el apoyo recibido por el personal de las áreas asistenciales por las que rota?	2,82	3	0,856
<i>Guardias: Desarrollo y supervisión del residente.</i>			
Por término medio, ¿Cuántas horas de guardias realiza al mes?	51,57	48	19,556
¿Cómo valora la supervisión individual de su formación y el apoyo del personal sanitario?:			
-En las guardias del área de urgencias	2,55	3	1,175
-En las guardias de otras áreas asistenciales	2,72	3	1,087

¿Cómo valora la aportación a su formación de la actividad que realiza en guardias?:			
-En las guardias del área de urgencias	2,96	3	0,993
-En las guardias en otras áreas asistenciales	3,05	3	0,840
<i>Sesiones clínicas y bibliográficas: Comunicación y desarrollo</i>			
¿Cómo valora la antelación con que se comunican las sesiones clínicas y bibliográficas?	2,50	3	1,049
<i>Actividades de investigación: Comunicación y desarrollo</i>			
¿Cómo valora la información recibida sobre actividades de investigación?	2,22	2	1,089
¿Cómo valora el estímulo y apoyo por parte del personal sanitario para llevar a cabo trabajos de investigación y publicación?	2,23	2	1,175
<i>Actividades formativas complementarias: Desarrollo</i>			
¿Cómo valora las actividades formativas transversales ofertadas por su Centro/Unidad Docente/CCAA?	2,35	2	1,020
¿Cómo valora las actividades formativas complementarias de su especialidad, como por ejemplo, cursos específicos, conferencias, congresos, reuniones científicas o doctorado?	2,49	3	1,037
<i>Evaluación Formativa: Desarrollo, Tutorización y Registros</i>			
¿Cómo valora la labor de apoyo y tutorización realizada por su tutor principal?	3,35	4	0,904
<i>Evaluación Anual</i>			
¿Cómo valora la forma de comunicación de las calificaciones obtenidas anualmente?	2,34	2	1,220
<i>Quejas y reclamaciones de los residentes</i>			
En caso que la respuesta anterior sea "sí", ¿Cómo valora este mecanismo?	2,65	3	1,252
<i>Valoración general</i>			
¿Cómo valora globalmente su satisfacción con la Formación Sanitaria Especializada recibida en el centro?	2,98	3	0,982

Gráfico-2. Valoración infraestructura docente del centro en %

Tabla-3. Respuestas recogidas para las variables cualitativas

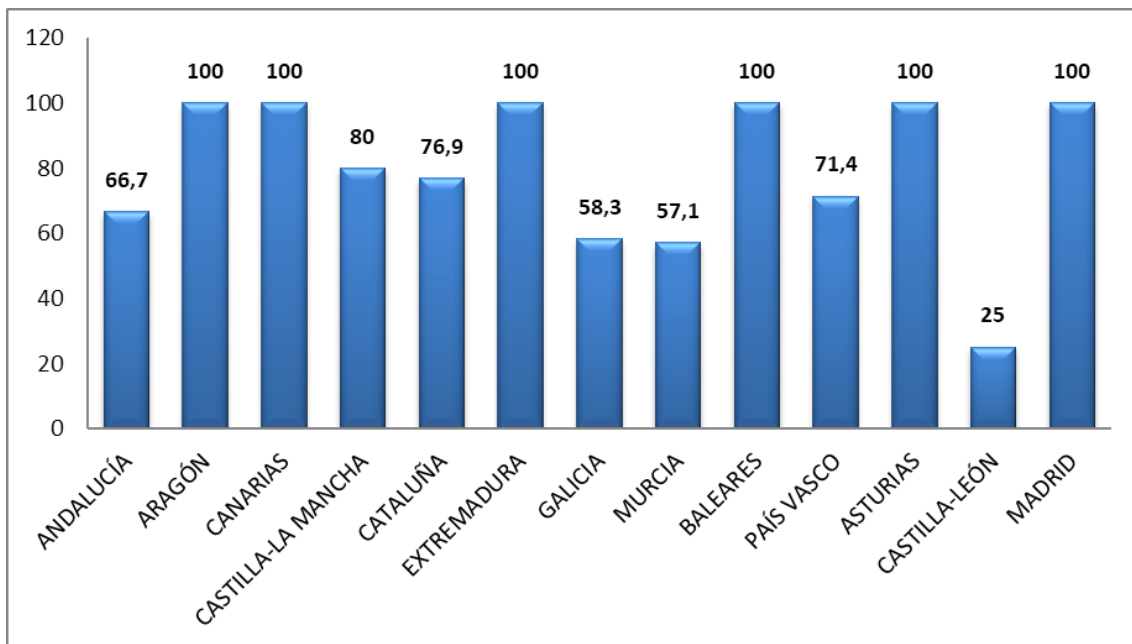
PREGUNTA	SI	NO
<i>Estructura de la docencia</i>		
¿Conoce la estructura docente del hospital: Comisión de docencia, comités de evaluación, atención al residente por secretaria/Jefe Estudios...?	93,2	6,8
<i>Planificación y desarrollo de la formación</i>		
¿Le han explicado y dispone de la Guía o itinerario formativo de su centro para la especialidad que está cursando?	96,6	3,4
Si ha contestado SI, señale si la Guía o itinerario dispone de:		
-Objetivos generales y específicos de la formación	91,8	8,2
-Duración de la formación	94,1	4,7
-Competencias profesionales a adquirir por año, detallando las actividades asistenciales	90,6	9,4

-Actividades formativas transversales (del programa general)	85,9	14,1
¿Dispone de un plan de formación individual?	79,5 (71,1- 87,9)	20,5
Si ha contestado SI, señale además si contiene:		
-Calendario de rotaciones	80,7	1,4
-Calendario de sesiones a las que debe asistir	47,7	34,1
-Calendario de guardias	45,5	35,2
-Actividades de investigación	54,5	27,3
-Actividades genéricas de formación	64,8	15,9
-Otras actividades formativas	53,4	27,3
¿Considera que el número de residentes procedentes de otros centros o unidades de su propio centro afecta negativamente a su actividad formativa?	13,6 (6,4- 20,8)	85,2
<i>Actividades de investigación: Comunicación y desarrollo</i>		
¿Participa en actividades o proyectos de investigación?	93,2 (87,9- 98,5)	4,5
<i>Quejas y reclamaciones de los residentes</i>		
¿Conoce el mecanismo de tramitación de quejas de los residentes respecto al proceso de docencia?	42	55,7 (50,4- 61)
<i>Comunicación de resultados</i>		
¿Le comunican la siguiente información?:		
-Los resultados de la encuesta anual de satisfacción de residentes de su hospital/CCAA	35,2	62,5 (52,4- 72,6)

-Las acciones de mejora derivadas.	33	63,6 (53,6- 73,7)
<i>Valoración general</i>		
Si tuviera que volver a elegir centro para realizar su residencia ¿Volvería a seleccionar este centro?	77,3 (68,5- 86)	20,5

Las únicas comunidades autónomas en las que todos los residentes que participaron, refirieron su satisfacción global con un ≥ 3 (satisfechos o muy satisfechos) fueron: Aragón, Canarias, Extremadura, Baleares, Asturias y Madrid (Gráfico 3).

Gráfico-3. % Residentes que calificaron su satisfacción global como Satisfactoria o Muy satisfactoria, por Comunidad Autónoma



Se comprobó además que existía una asociación significativa entre la valoración de la satisfacción global y contestar SÍ o NO a las 2 cuestiones del área "Comunicación de resultados".

El 91,3% de los que responden SÍ a las dos cuestiones, expresan su satisfacción global con una puntuación ≥ 3 (Satisfechos y muy Satisfechos), frente al 64,6% de los que responden NO a las dos ($p=0,017$).

Discusión

En general, el proceso de acogida, la estructura de la docencia y la planificación y desarrollo de la formación, parecen bien valoradas por los residentes. Sin embargo, a pesar de que el 79,5% afirman disponer de un plan de formación individual, llama la atención el 20,5% restante. La programación del aprendizaje individualizado es uno de los pilares básicos sobre los que se asienta el proceso de residencia y, por lo tanto, sobre lo que habría que mejorar.

El tema de cómo se sienten con la supervisión y apoyo que les prestan durante sus rotaciones también es bien valorado.

La media de horas de guardia que realizan es muy dispar, sí coinciden en señalar que les aportan mucho para su formación y que están mejor consideradas las que realizan en sus áreas asistenciales que en urgencias.

En general, las áreas peor valoradas fueron la de investigación, reclamaciones de los residentes y calificaciones obtenidas; así como la comunicación de las mismas.

Aun así, el 93,2% refiere participar en proyectos de investigación. Este hecho se entiende por la obligatoriedad de realizar un proyecto de investigación en la mayoría de los casos para obtener la especialidad; y dado el descontento de los participantes reflejado al calificar tanto la información recibida, como el estímulo y apoyo ofrecidos, es imperativo actuar al respecto.

Una de las partes de la encuesta con mejores calificaciones es, sin duda, la labor que lleva a cabo el tutor principal, y conociendo el esfuerzo que ejerce la mayoría para seguir año tras año sin ningún tipo de incentivo y con dificultades en muchos casos, es digno de reportar.

Finalmente, un hecho a destacar es que el 77,3% de los participantes volvería a escoger su centro para realizar la residencia y que la mayoría exprese su satisfacción global en torno a un 3 de media.

No sorprende el bajo índice de participación total registrado (36%) si lo comparamos con el 41% obtenido en "Los resultados de medición de satisfacción del especialista en formación en ciencias de la salud, 2013" (18), obtenidos de "La Encuesta para Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud" que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, distribuye; o con otros estudios revisados (11). Sin embargo, sí supone una importante limitación, que implica la pertinencia de no inferir sin más, estos datos a todo el conjunto de residentes de la especialidad.

Sería necesario, además, indagar sobre el motivo de esta baja participación y tener en cuenta si puede ser debido sólo al grado de motivación de los participantes por no creer que sus opiniones pudieran ser tenidas en cuenta, a la extensión de la encuesta, o a no estar lo suficientemente adaptada para este colectivo; o si por el contrario, también interfieren factores como el hecho de haber hablado con los responsables de las unidades docentes en vez de con ellos directamente.

Asimismo, el hecho de no estar representadas todas las unidades docentes en el estudio, la poca homogeneidad en la distribución de respuestas y los esfuerzos por preservar el anonimato de los participantes, hacen inviable la comparación entre unidades, en busca de diferencias significativas o entre los diferentes ítems que puedan influir o no, con la satisfacción global de los residentes. No obstante, se puede observar, que sí se consiguió establecer una relación estadísticamente significativa con la variable principal, en el área de comunicación de resultados.

Tampoco se observaron grandes diferencias en general, entre los resultados de este estudio y los recogidos en "Los resultados de medición de satisfacción del especialista en formación en ciencias de la salud, 2013", (los últimos publicados cuando se llevó a cabo este trabajo) salvo que en el área de Investigación y en referencia al estímulo y apoyo por parte del personal sanitario para llevar a cabo trabajos de investigación y publicación, el 93,2% de los residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria aseguraron participar en proyectos de investigación, frente a un 54% del resto de residentes. Esta circunstancia merece una mención especial dado que, en el futuro laboral, la investigación está mucho más avanzada y a veces hasta mejor valorada, en las especialidades médicas que en las enfermeras. Sería necesario saber para establecer una hipótesis ante este resultado, si en el momento de la formación también se le da la misma importancia en todas las especialidades.

Otro dato llamativo, es el hecho de que aún puntuándose en ambos estudios como Satisfactoria o Muy satisfactoria la labor de apoyo y tutorización llevada a cabo por el tutor principal, el porcentaje de enfermería familiar y comunitaria sumó el 80,7% y el de residentes en general, el 64%.

Finalmente, al comparar el área de valoración general, se ve que todos los residentes coinciden (con más del 70% de los participantes en ambas encuestas) en que volverían a elegir su centro para llevar a cabo de nuevo su formación y que más del 60% calificó su satisfacción global, ya en el 2º año de residencia, como Satisfactoria o Muy Satisfactoria, en contraposición al 9% (EFyC) y 26% (residentes de la encuesta del Ministerio) que la calificaron de Insuficiente o Muy Insuficiente. Se demuestra con ello que, a pesar de las áreas de mejora detectadas, los residentes se encuentran satisfechos con su actual formación.

Si se compara específicamente la variable principal de nuestro estudio, Satisfacción Global, con el resto de estudios analizados (11-15), se observa que tampoco hay muchas diferencias. Pues si en algunos se expresa de Buena a Aceptable, en otros de Aceptable a Satisfactorio, etc. y varía un poco dependiendo de cada especialidad; la mayoría se agrupa entorno al "Satisfecho".

Este tipo de estudios, podrían tener una gran aplicabilidad a la hora de detectar áreas de mejora en las Unidades Docentes y en el conjunto del Equipo Multidisciplinar que las conforman, servir a los Órganos Directivos de la Especialidad, para proponer modificaciones cualitativas y cuantitativas de la actividad docente, y diseñar futuras encuestas.

Además, el valor añadido que aporta este estudio es que, a pesar de las limitaciones descritas y de que no existen estudios previos específicos para esta especialidad que puedan utilizarse para comparar resultados pasados y pronosticar años futuros; establece unos datos preliminares que podrían servir para investigaciones posteriores a más grande escala, incluso de carácter obligatorio dentro de los 2 años de residencia, y para seguir ahondando en temas que preocupan tanto a los participantes como a sus Unidades Docentes, y puedan poner en peligro su calidad; y por tanto, la formación de sus futuros residentes.

Una de las partes de la encuesta con mejores calificaciones es, sin duda, la labor que lleva a cabo el tutor principal, y conociendo el esfuerzo que ejerce la mayoría para seguir año tras año sin ningún tipo de incentivo y con dificultades en muchos casos, es digno de reportar.

Del mismo modo, podría ser útil también como punto de partida para la construcción de un único documento descriptivo, que integre todas las Unidades Docentes activas en este momento en España y exponga las particularidades de cada una de ellas, a la hora de desarrollar y llevar a cabo la formación de los especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria en sus centros; y así, a la hora de escoger plaza, se contaría además de con el mapa de distancias de España hasta nuestra ciudad de origen, con estos otros datos tan importantes para dicha elección.

Conclusiones

El grado de satisfacción global de los residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria de España, medido en esta encuesta, se sitúa en torno al 3 (SATISFACTORIA), pero hay áreas calificadas negativamente y se recogen muchas diferencias entre Comunidades Autónomas y entre Unidades Docentes, tanto a nivel de satisfacción, como en el de participación y en cada uno de los apartados por los que se pregunta en la misma, que convendría estudiar con detenimiento y seguir su evolución a lo largo de los años, tras las modificaciones sucesivas.

Resulta imprescindible, para ello, mantener ese feedback tan importante como demandado por los participantes.

Bibliografía

1. Robles JG, Pozo MD. Historia de la enfermería de salud pública en España. Cult Los Cuid Rev Enferm Humanidades [Internet]. 1999 [citado 27 de julio de 2015];5:20-8. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2860666>
2. Alonso RL, Navarro SM. Manual CTO de enfermería. Enfermería Fundamental [Internet]. 5ª Modificada. Disponible en: http://www.ctoenfermeria.com/alumno_eir12/pdf/ecuador/manual/07_enfermeria_fundamental.pdf.
3. García García I, Gozalbes Cravioto E. Surgimiento y desarrollo de la Historia de la Enfermería en España. Enferm glob. 2013 Abr; 12 (30): 305-314. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200015&lng=es.
4. Orden SAS/1729/2010 de 17 de junio de 2010 por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado no157. (29 de junio de 2010).
5. Amezcua M, González Iglesias ME. La creación del título de Enfermera en España: ¿Cien años de una incoherencia histórica? Index Enferm [Internet]. 2015 Jun [citado 2018 Abr 22]; 24(1-2): 7-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100002>.

Este tipo de estudios, podrían tener una gran aplicabilidad a la hora de detectar áreas de mejora en las Unidades Docentes y en el conjunto del Equipo Multidisciplinar que las conforman, servir a los Órganos Directivos de la Especialidad, para proponer modificaciones cualitativas y cuantitativas de la actividad docente, y diseñar futuras encuestas.

6. Alonso Alonso O. La especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria. Volver a empezar. Rev SEAPA. 2013; XI:27-30. Disponible en:

<http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/invierno%202013/La%20especialidad%20de%20enfermeria%20familiar%20y%20comunitaria.pdf>

7. Piédrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona; 2008. p.1334-1338

8. Barrios M. Historia de la Enfermería [Internet]. Suite101 (Spain). [citado 27 de julio de 2015]. Disponible en: <http://suite101.net/article/historia-de-la-enfermeria-a29081>

9. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista. Boletín Oficial del Estado, no 183. (1 de agosto de 1987).

10. Orden SAS/1729/2010 de 17 de junio de 2010 por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado no 157. (29 de junio de 2010).

11. Timoneda FL, Tejedor J, Moro J. La calidad percibida en la formación por los residentes de Anestesia y Reanimación. Rev Esp Anesthesiol Reanim [Internet]. 2007[citado 6 de agosto de 2015];54(6):340-8. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3546122>

12. González-Martínez JF, García-García JA, Arnaud-Viñas MdR, Arámbula-Morales EG, Uriega-González Plata S, Mendoza-Guerrero JA. Evaluación de la satisfacción educativa de médicos residentes. Cirugía y Cirujanos [Internet]. 2011;79(2):156-167. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66221099009>

13. Morillas L, Ferrer M, Díaz J, Zarzuelo M, Pérez C, Martínez F. Factores asociados a la satisfacción del residente con su formación como especialista. Rev Clínica Esp Publ Of Soc Esp Med Interna [Internet]. 2014 [citado 6 de agosto de 2015]; 214(4):175-83. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4693712>

14. Ocampo-Zegarra JC, Cortez-Vergara C, Alva-Huerta M, Rojas-Rojas G. Encuesta a médicos residentes de psiquiatría sobre la calidad de su formación como especialistas. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 27 de enero de 2014 [citado 6 de agosto de 2015];76(2):109-119. Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1193>

15. Taboada Suárez A, Brea García B, Couto González I, González Álvarez E. Encuesta sobre el grado de satisfacción de los residentes de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora año 2009. Cir plást iberolatinoam [Internet]. 2010 Sep [citado 2018 Abr 22]; 36 (3): 193-201. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922010000300001&lng=es

16. Orden SSI/1674/2014, de 10 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2014 para el acceso en el año 2015, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Boletín Oficial del Estado no 226 (17 de septiembre de 2014).

17. Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación. Encuesta para Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 abr. p. 1-9. Disponible en:

https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/IT_PA_02.1_05_Encuesta_FSE_Ed4_Abril_2015.pdf

18. Informe de resultados Satisfacción sobre el proceso de formación de los especialistas 2013 [Internet]. Murcia: Región de Murcia Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Planificación Sociosanitaria, Farmacia y Atención al Ciudadano; 2014 jun. p. 1-112. Disponible en:

https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/274254-encuesta_satisfaccion_2013.pdf.

Agradecimientos

Nuestros agradecimientos son dirigidos a todas aquellas personas que nos brindaron su apoyo, confianza y ayuda para que esta investigación pudiera llevarse a cabo, en especial al CAIBER (Consortio de Apoyo a la Investigación Biomédica En Red) de La Coruña y a la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol.

Conversación(es) sobre paliativos

Talking about palliative care

Ricardo F. Cuadra Romero. *Médico de Familia y Comunidad. Equipo de Apoyo de Cuidados Paliativos del Área Sanitaria VII (Asturias) y Pablo Pérez Solís,* *Médico de Familia y Comunidad. Centro de Salud Laviada, Área Sanitaria V (Asturias)*

Manuscrito recibido: 01/10/18

Manuscrito aceptado: 03/10/18

Cómo citar este documento

Cuadra Romero RF, Pérez Solís P. Conversación(es) sobre paliativos. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). Otoño 2018; Vol. 6 (4): 25-33.

Resumen

Los cuidados paliativos son un modelo de acompañamiento de personas con enfermedades en situación avanzada, sin posibilidad de curación, centrado en el respeto a los valores, creencias y preferencias de las personas enfermas y sus familiares. Se basan en el alivio del sufrimiento físico, psicológico, social o espiritual y la persecución de la mejor calidad de vida posible a través de unos cuidados adecuados. Se exploran oportunidades de mejora para su implementación a diferentes niveles. Los cuidados paliativos son responsabilidad de todos los profesionales sanitarios y deberían proporcionarse de manera precoz en los procesos de enfermedad avanzada y no sólo al final de la vida. Se resalta el papel de Atención Primaria en cuanto a la detección de necesidades paliativas, valoración de niveles de complejidad y coordinación de recursos de apoyo disponibles. Se hace hincapié en la formación planificada del personal sanitario como herramienta imprescindible de mejora de la asistencia. Se destaca la función de enfermería, fundamentalmente en cuanto a los cuidados domiciliarios. Se valoran actividades comunitarias encaminadas a normalizar los procesos de enfermedad y muerte en nuestra sociedad. Se detecta la exigencia de impulsar cambios organizativos en el sistema sanitario hacia un modelo con mayor protagonismo de la atención domiciliaria, para adecuar los recursos existentes a las necesidades poblacionales.

Palabras clave

Cuidados Paliativos; Atención Primaria de Salud; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Atención Domiciliaria de Salud.

Abstract

Palliative care is a model of accompaniment for people with advanced illnesses, with no possibility of cure, focused on respecting the values, beliefs and preferences of people and their families. It's based on the relief of physical, psychological, social or spiritual suffering and the pursuit of the best possible quality of life through proper care. Improvement opportunities are explored for its implementation at different levels. Palliative care is the responsibility of all health professionals and should be provided early in the process of advanced disease and not only at the end of life. The role of Primary Care in the detection of palliative needs, assessment of levels of complexity and coordination of available support resources is highlighted. Emphasis is placed on the planned training of health personnel as an essential tool for improving care.

The nursing function stands out, mainly in terms of home care. Community activities aimed at normalizing the processes of illness and death in our society are valued. The requirement to promote organizational changes in the health system towards a model with greater prominence of home care is detected, to adapt the existing resources to the population needs.

Keywords

Palliative Care; Primary Health Care; Home Care Services; Home Nursing.

Introducción

Hay lugares que hacen ciudad por el mecanismo intangible de ensanchar la vida. La Revoltosa es un refugio cerca del mar. Pablo y Ricardo cobijan allí veinte años de amistad, desde los tiempos de la residencia en Medicina Familiar y Comunitaria. Ricardo trabaja como médico del equipo de apoyo de cuidados paliativos de Mieres. Pablo es médico de familia en el centro de salud de Laviada. Es una tarde de septiembre en Gijón y esta es parte de su conversación:

Pablo (P) - ¿Has leído la noticia (1) en la que la Organización Médica Colegial (OMC) asegura que 60.000 españoles al año mueren con un sufrimiento perfectamente evitable?

Tras buscarlo en su smartphone, continúa leyendo: "La OMC asegura que a día de hoy los cuidados paliativos del sistema nacional de salud dan cobertura al 50% del total de 120.000 pacientes complejos al final de su vida. O lo que es lo mismo: 60.000 españoles mueren cada año con un "sufrimiento perfectamente evitable" si hubieran tenido acceso a "un buen servicio de cuidados paliativos".

Ricardo (R) - No la conocía, la verdad. Tampoco me sorprende.

P- ¿A qué se refiere la OMC con "un buen servicio de cuidados paliativos"? ¿A un equipo específico? Esa es la sensación que da. La noticia parece que asimila recibir cuidados paliativos a tener cobertura por un equipo específico de cuidados paliativos y que, si no te atiende ese equipo, no los estás recibiendo. ¿Tú crees? ¿Los cuidados paliativos son entonces sólo competencia de equipos específicos? ¿Lo que hace un Equipo de Atención Primaria (EAP) no lo son?

R- Naturalmente que lo son, sin perjuicio de la calidad de la atención. Muchas personas fallecen en paz, atendidas exclusivamente por su equipo de Atención Primaria. Pero también se hacen cuidados paliativos a otros niveles. Hace poco nos llegó un informe redactado por un oncólogo del HUCA. Incluía un breve análisis del entorno familiar, estaban identificados con sus nombres y teléfonos de contacto los cuidadores principales, especificaba qué información había recibido el paciente, acorde con sus preferencias, y el impacto emocional que ésta había supuesto. Establecía un camino y además dejaba constancia de él, lo registraba (2), lo cual resulta clave. Me parece un buen ejemplo para ilustrar que todos los profesionales, independientemente del nivel de atención, hacemos y debemos hacer cuidados paliativos. Entendidos éstos como una forma de abordar el sufrimiento, venga de donde venga y no sólo al final de la vida, desde el respeto a los valores de la persona, a través de una comunicación adecuada. En el punto donde empieza a pesar más la biografía que la biología, los deseos que los tratamientos. Este enfoque, aunque leemos muchos titulares, no está generalizado. Y en absoluto es anecdótico, representa un cambio profundo y necesario en la relación con las personas que atendemos.

P- Yo lo veo así: la atención al final de la vida de mis pacientes puedo asumirla desde el centro de salud, con la mejor calidad posible, pero en el proceso podemos precisar el apoyo de un equipo de soporte, y será necesaria la coordinación con otros niveles asistenciales (3).

R- Una cosa: recuerda que la atención paliativa comienza, o debería comenzar, antes del final de la vida. Sobre lo que estamos hablando, pretender que éstos sean privativos de los equipos específicos me parece una equivocación, y es uno de los factores de sobrecarga de los mismos. Cuando además no se cubren las veinticuatro horas del día ni los siete días de la semana. Del mismo modo es aventurado interpretar que una Atención Primaria, con el modelo actual, por más reforzada que estuviera, podría enfrentar cualquier situación independientemente de su complejidad sin necesitar apoyo alguno, en ningún caso. Igual es tiempo de asomar la cabeza y abandonar la trinchera, mirar qué pasa al otro lado, comprender. A veces tengo la impresión de que en el reparto de programas, procesos y enfermedades empleamos a las personas como armas arrojadas de nuestra falta de entendimiento, cuando sería más lógico perseguir un sistema donde el paciente fuera verdaderamente central y los profesionales nos adaptáramos para conseguir sus objetivos. También sería más gratificante.

P- Eso que cuentas suena bien, pero tengo la sensación, y no quiero ser demasiado quejica, de que cuando se plantean asuntos como la coordinación entre niveles, la atención centrada en el paciente, o la continuidad de la asistencia, el último de la fila, el que ve ocupado su espacio, es la Atención Primaria. Y creo que eso es lo que refleja la noticia que te leí.

R- Nuestro amigo José Garzón, buen médico de familia, cuando hablamos de esto argumenta que él no quiere dejar de atender a sus enfermos con necesidades paliativas. Esta percepción desde Atención Primaria, como que nos van a quitar parte de nuestra responsabilidad si reforzamos o creamos equipos de atención domiciliaria está muy arraigada, y por desgracia no faltan ejemplos históricos para apoyarla. Pero también nos ha fallado y nos falla la comunicación entre profesionales. Dedicamos muchos esfuerzos a juzgar y pocos a entender. Un modelo que se acercara a esto, que recuperara la atención en domicilio de forma programada, debería estar necesariamente coordinado por el equipo de Primaria. No de forma única, no en todos los casos en solitario. Hay herramientas (4) que permiten realizar un análisis de las situaciones, establecer niveles de complejidad (5) y adecuar mejor los recursos disponibles a las necesidades de las personas. Y habría que invertir en recursos de formación en cuidados paliativos de forma planificada. En parte de la situación actual, y eso lo conoces tú mejor que yo, hay una cierta inhibición desde la Atención Primaria (AP), que ha sido aprovechada por algunos directivos sanitarios para promocionar el mantra "Si Primaria funcionara bien, no harían falta equipos de cuidados paliativos", afirmación con la cual estoy radicalmente en contra. Porque lo demuestra nuestro día a día: cuando somos capaces de mantener una atención conjunta fluida entre niveles, los resultados son mejores, la percepción de nuestro trabajo es más satisfactoria. Nos lo dicen las personas que atendemos, nos lo recuerdan sus familias.

P- Si, la inhibición de AP es un riesgo y favorece que se venda mucho la necesidad de equipos de cuidados paliativos. Ojo, con eso no quiero decir que no sean adecuados, pero no con el discurso de "como AP lo hace mal o no lo hace, creamos un servicio nuevo", todo debería articularse desde una planificación donde participen todos los actores, se valoren necesidades, y se establezca quién es el responsable principal. Has dicho algo fundamental antes: los cuidados paliativos comienzan antes del final de la vida. Precisamente esa es una de las fortalezas o potencialidades de Atención Primaria: conocemos la biografía del paciente

y de su familia, y tenemos una posición privilegiada para comenzar a intervenir en ese sentido, ayudando al paciente varios peldaños antes en su proceso. Y no hablo de intervenciones farmacológicas, precisamente.

R- Es un factor importante, que es tanto cultural como de organización del sistema sanitario. Tradicionalmente, el “paso” a cuidados paliativos se producía una vez agotadas las posibilidades, en algunos casos más allá de lo razonable, de tratamiento curativo. Existe evidencia (6) y experiencia (7) suficientes como para promover un enfoque paliativo de forma mucho más precoz. Si el sufrimiento se inicia con el diagnóstico, será la oportunidad de comenzar a explorar las creencias, valores y preferencias de la persona; será el momento de plantear un escenario no deseado, donde puede que no seamos capaces de alcanzar la curación completa de la enfermedad. Hablar de prioridades si las cosas van mal, y hacerlo de forma anticipada (8).

P- Voy a confesarte algo. Una de las situaciones que me resulta más irritante es el alta desde un servicio hospitalario, derivando directamente al paciente a vuestro equipo de soporte, sin contar con su equipo de medicina y enfermería. Es decir: pruebas de la inexistencia de Atención Primaria. Cuando el paciente es derivado a un equipo específico: ¿cuál es el papel del equipo de atención primaria? ¿debe inhibirse y entregar la atención al equipo especializado?

R- Para una persona que tiene confianza en sus profesionales de medicina y enfermería del centro de salud, que mantiene con ellas años de relación, de experiencias compartidas... la pregunta se responde por sí sola. La inhibición se vive prácticamente como un desahucio. Es natural que un equipo de Atención Primaria que mantiene un seguimiento regular se sienta puenteado cuando se activa un apoyo sin consultar con ellos, por eso hay que insistir en que la información que reciban los pacientes y sus familias desde el hospital sea apropiada. En ocasiones, especialmente cuando la comunicación es difícil, se generan expectativas poco realistas o inadecuadas de seguimiento. Como decía antes, lo que mejor funciona en cuanto a satisfacción expresada por el paciente y su familia es la atención conjunta. La detección de necesidades de cuidados paliativos debería poder hacerla cualquier profesional sanitario, conforme a criterios establecidos. La coordinación de los recursos a emplear, creo que debe pasar inevitablemente por el equipo de Atención Primaria. Ahí el colectivo de enfermería tiene un papel capital. Ya lo está teniendo de hecho, posiblemente porque la formación en una cultura de cuidados lo capacita y lo sitúa en un lugar privilegiado, más cerca de las personas y de la esencia de los cuidados paliativos. Puede que también influya un cierto recambio generacional pero mi percepción es de un personal mucho más atento a estos retos y cada vez mejor preparado.

P- Las enfermeras tienen un papel capital, y lo han tenido históricamente. Ya sabes: Cicely Saunders (9), enfermera y trabajadora social que, a mediados del siglo pasado, en Gran Bretaña, inició el movimiento Hospice, definió la experiencia del dolor total y fue fundamental en el desarrollo de los cuidados paliativos modernos. Y sería un fracaso desaprovechar el desarrollo de la enfermería de atención primaria en los últimos años, y su papel esencial en la atención domiciliaria, tanto en lo técnico como en los cuidados de la esfera emocional. En cualquier caso, creo que los cuidados en el domicilio del paciente son una conquista aún pendiente, a pesar de lo que se ha avanzado. Por supuesto, respetando el lugar donde la persona prefiera morir, ya que la percepción es distinta y mejor cuando alguien, por los motivos que sean, no quiere fallecer en casa y somos capaces de acompañar, y de alguna forma facilitar, el traslado al hospital. Pero, de todas formas, hay encuestas que señalan que al menos dos terceras partes de las personas (10) preferiríamos morir en casa en caso de una enfermedad grave como el cáncer, y sin embargo casi la mitad

fallecemos en un hospital (11) (en 2016 fallecieron 410.611 personas, y 181.004 de ellas en hospitales) (12). Es un dato para reflexionar, y posiblemente, la variabilidad entre distintos equipos y profesionales tiene que ver. Desde tu equipo de apoyo supongo que percibirás la variabilidad en otros niveles asistenciales.

R- La variabilidad en las derivaciones es la norma, quizás la misma que existe en otros muchos aspectos. Si nos vamos a los extremos, tenemos desde equipos que previamente no hacían un seguimiento programado y derivan rápidamente porque les supone una sobrecarga o una situación donde encuentran dificultades; hasta otros que no derivan en absoluto, casi por una cuestión de principios, porque no creen necesario un apoyo a la tarea que ya realizan, ni siquiera a un nivel de consultor como contempla la estrategia de paliativos en Asturias. Probablemente la virtud aristotélica la encontremos en el análisis individualizado de cada caso. Porque dudas y necesidad de ayuda creo que tendremos todos.

P- Estoy de acuerdo en lo que dices de la variabilidad. Cada unidad básica asistencial (enfermería y medicina) es variable tanto en proactividad con los paliativos, como en sobrecarga asistencial, que condiciona la atención que puede dar, como en principios o valores a la hora de situarse o no como eje en la atención de ese paciente, con lo que su tendencia a derivar, y la manera de compartir el seguimiento será diferente. Y probablemente esa variabilidad es un problema a abordar para que el modelo de paliativos se consolide. Otro problema devastador para las familias (a veces incluso más que para la persona enferma) es la comunicación de que no hay nada que hacer. ¿Cómo lo abordas tú?

R- Es algo muy extendido, y eso nos ha obligado a hacer una entrevista familiar previa a la visita domiciliaria. En general hay poca información previa acerca de nuestro trabajo, y muchas ideas erróneas. La expresión “no-hay-nada-que-hacer” supone una de las frases más duras que podemos transmitir. Sería más correcto y honesto expresar un “yo-no-sé-cómo-seguir”. Además, una cosa es que no podamos ofrecer un tratamiento curativo y otra muy distinta, y rotundamente falsa, es que no se pueda hacer nada. Casi te diría que suele ser cuando lo más importante queda por hacer, hablar del cuándo, cómo, dónde y los porqués. A veces va de la mano de esa otra frase que encierra muchas facetas: “nos-han-aconsejado-que-es-mejor-no-decirle-nada”. En cuanto a la comunicación profesional-paciente, el camino de mejora por recorrer es amplísimo y el paternalismo en su forma más bienintencionada, aparte de poder ser muy dañino, está muy presente en nuestro día a día. Explorar qué necesita saber la persona en cada momento del proceso, algo que puede ser dinámico y cambiante, trabajar las resistencias, las preocupaciones, la incertidumbre, el miedo... Hablar de cuidados, de acompañamiento. Implica un cambio trascendente en nuestra manera de escuchar y mirar como profesionales. Ahí entramos de lleno en recursos planificados de formación, una necesidad que también queda reflejada en la Ley (2) recientemente aprobada.

El colectivo de enfermería tiene un papel capital. Ya lo está teniendo de hecho, posiblemente porque la formación en una cultura de cuidados lo capacita y lo sitúa en un lugar privilegiado, más cerca de las personas y de la esencia de los cuidados paliativos.

P- Ahí nos vamos acercando a los verdaderos cuidados al final de la vida, y en el imaginario de cada paciente y su familia, y de cada profesional, se hace muy presente el tema de la muerte. Pero a menudo no de forma explícita. Philippe Ariès (13), hablaba de la muerte vedada o escamoteada. Es un asunto tabú en nuestra sociedad. Pero entra de lleno cuando se comunica: “ahora le vamos a derivar a paliativos”.

R- La derivación formal a paliativos se vive con brusquedad, se evitan las palabras, se oculta. Incluso en otros países se empieza a cambiar la denominación formal de paliativos por cuidados de soporte, para intentar facilitar el acceso. Y parece que funciona, que al oncólogo o al cirujano le cuesta menos hablarle al paciente de supportive care y deriva más. Desde el siglo pasado hemos generado una entelequia tecnológica donde la muerte, lejos de ser la consecuencia natural e inevitable de estar vivos, se ha convertido en una excepción, un error, un fracaso. Hemos dejado de protagonizar nuestro final, tanto personal como socialmente, y lo hemos puesto en manos de terceros. Hemos medicalizado la vida y también la muerte. Raramente pensamos en ella, no solemos tener conversaciones con nuestros seres queridos acerca de una de las pocas cosas que seguro nos van a pasar. Abunda la negación, los miedos. En general, no estamos preparados. Me estoy muriendo, pero ni el sistema sanitario ni mi entorno me facilita hablar de ello, si es lo que quiero o necesito hacer. Existen experiencias comunitarias interesantes que persiguen facilitar reflexiones acerca de la muerte, Dying matters (dyingmatters.org), los Death cafés (deathcafe.com), Vivir con voz propia (vivirconvozpropia.com) en Vitoria. Eliminar tabúes, compartir experiencias, facilitar la labor de los cuidadores en el domicilio. El uso del documento de Voluntades Anticipadas en Asturias[a], el conocido testamento vital, puede ser una herramienta que no solamente ayude a nivel individual, sino también dentro de la familia. Una comunidad que no vive de espaldas a la muerte es más madura, no sé si más libre, pero al menos mucho más consciente. Y provoca cambios.

P- En general, los profesionales tenemos muy escaso entrenamiento en explorar la subjetividad del paciente, estamos poco abiertos a ello por la sencilla razón de estar entrenados para un abordaje diferente de los problemas de salud, centrado en la enfermedad, en su diagnóstico y curación. Sin embargo, la trayectoria de las enfermedades crónicas en fase avanzada pone en cuestión a diario este enfoque. La mayor parte de las personas que van a morir este año en nuestra región lo harán por una enfermedad crónica, tras un proceso más o menos largo e identificable, por insuficiencia de órganos diana, cáncer, enfermedades neurodegenerativas, síndromes geriátricos, etc. Gran parte de ellos se beneficiarían de recibir una atención paliativa, empezando por disminuir la carga de tratamientos farmacológicos y otras intervenciones que ya no le van a aportar ningún beneficio y que, probablemente, le someterán a un riesgo de efectos secundarios. Y, por otro lado, establecer medidas orientadas al control sintomático y mejorar su confort. Por tanto, necesitamos un sistema sanitario que sea capaz de dar respuesta a esta demanda. Resulta imprescindible un plan de formación en cuidados paliativos que permita un nivel básico potente y generalizado. Hay terrenos muy elementales como la evaluación del dolor y el manejo de analgésicos, el control de síntomas complejos o el uso de la vía subcutánea donde podemos mejorar significativamente. Pero no sólo a nivel técnico...

R- Sí, no solo a nivel técnico. Dice Julio Gómez (14), un médico que trabaja en cuidados paliativos, que uno no acompaña a alguien donde tiene miedo de entrar, que es preciso reflexionar acerca de la propia muerte y de la muerte de nuestros seres queridos para poder estar cerca de alguien que muere. Hay un cierto trabajo personal, íntimo, muy importante. Y una buena cantidad de herramientas disponibles para mejorar nuestras habilidades a la hora de explorar emociones, miedos, preocupaciones, problemáticas sociales o espirituales. No sé si a esto se le puede denominar atención especializada, pero tengo claro que formarse es obligatorio.

P- Yo respondería esto: las etapas de la vida no son, en sí mismas, criterios de atención especializada (ni siquiera la edad pediátrica, el embarazo, la menopausia). Es decir, la necesidad de atención especializada o de un equipo de apoyo, la marcaría una situación de complejidad o necesidad de ciertas técnicas o intensidad de seguimiento que sobrepasase al equipo de AP. Es decir: algunas situaciones del final de la vida sí precisan atención especializada. De hecho, una revisión sistemática mostró alguna ventaja de equipos específicos (15).

R- Estoy de acuerdo con este enfoque y en la práctica, sobre todo en cuanto a intensidad de seguimiento, es donde creo que funcionan los equipos de apoyo. Eso y que, a diferencia de otras Comunidades, en Asturias somos equipos dependientes de Primaria. Aunque sea casual y no buscado, la oportunidad de coordinación y continuidad es más factible.

P- ¿Te parece correcto entonces llamarlo atención especializada si sostenemos que los equipos de apoyo deben de tener dependencia orgánica de Atención Primaria?

R- Siempre hay riesgo cuando etiquetamos: cuanto más específicos queremos ser, más excluyentes resultamos. No me detendría demasiado en la denominación: equipos de soporte, apoyo, continuidad de cuidados, paliativos... Lo único que me parece organizativamente indiscutible es que debe ser AP quien coordine el modelo, y que éste debe sostenerse principalmente en la atención domiciliaria. Esto no significa que no debamos crecer en otros recursos, centros sociosanitarios y ayuda a domicilio, que andamos escasos, o servicios de paliativos en hospitales de agudos, que no tenemos. Sin embargo, la base de la atención paliativa, y decir esto después de tantos años, discursos y repeticiones espero que no suene a chiste malo, debe ser Primaria.

P- No sé si suena a chiste malo, pero el discurso acerca de la Atención Primaria como eje del sistema y nivel coordinador de la atención sanitaria resulta vacío cuando la tendencia en recursos y modelo organizativo tiene una orientación contraria. Los servicios de salud tienden, desde hace años, a la fragmentación, a unidades específicas de raíz hospitalaria, incluso para la atención domiciliaria. Algunas son propuestas que invitan a extraer competencias de los profesionales de enfermería y medicina familiar y comunitaria, a veces con nuestra aprobación en situaciones de saturación o desmotivación.

R- Los cuidados paliativos existen desde hace décadas, pero hoy constituyen una obligación ética y una demanda social indiscutible. Son una forma de atención eficiente, avalada por la evidencia científica, con diversas experiencias en distintos contextos, que supone un cambio profundo a distintos niveles, desde lo individual a lo comunitario, desde los pacientes, sus cuidadores y familiares a los profesionales sanitarios, trabajadores sociales y voluntarios. Es buen momento para decidir qué modelo aplicar a nuestro sistema sanitario, pero parece que falta voluntad política y de gestión sanitaria para apostar decididamente, con recursos, no solo con leyes, por este camino. Pero llegará. ¿Tomamos otra y vemos cómo?

Hemos medicalizado la vida y también la muerte. Raramente pensamos en ella, no solemos tener conversaciones con nuestros seres queridos acerca de una de las pocas cosas que seguro nos van a pasar.

[a]Información sobre el proyecto Instrucciones Previas (Testamento Vital) en Asturias es accesible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/instrucciones-previas-testamento-vital/>

Bibliografía

[1] Esteban P. Los médicos: "La gran laguna en España son los cuidados paliativos, no la eutanasia". El Confidencial. 5 de mayo de 2018 [acceso 27 de septiembre de 2018]. Disponible en:

https://www.elconfidencial.com/espana/2018-05-05/cuidados-paliativos-eutanasia-congreso-debate-muerte-digna_1559463/?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=BotoneraWeb

[2] Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida. Título 1, artículo 7 (Derecho a la información asistencial). BOPA núm. 154 (04 de Julio de 2018) y BOE núm. 181(27 de Julio de 2018).

[3] Estrategia de Cuidados Paliativos Para Asturias. Edita: Dirección de Servicios Sanitarios. Subdirección de Gestión Clínica y Calidad. Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2009.

[4] Gómez Batiste X, Tuca Rodríguez A, Codorniu Zamora N, Espinosa Rojas J. Criterios de complejidad de enfermos avanzados y terminales e intervención de equipos específicos de Cuidados Paliativos. Edita: Observatorio 'Qualy', Instituto Catalán de Oncología; 2011. Disponible en: <http://www.iconcologia.net>.

[5] Marín-Roselló ML, et al. IDC-PAL: instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos: documento de apoyo al PAI cuidados paliativos. Edita: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014 [acceso el 27 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/mi/FICH/EROS/documentos%20de%20interes/Paliativos/IDC_Paliativos_Complejidad_2014.pdf

[6] Land DB. Early palliative care in non-small cell lung cancer improves quality of life and mood, and may result in longer survival. Thorax 2011; 66:395. doi: 10.3747/co.25.3639

[7] Arrieta A, Hernández R, Meléndez A. Cuidados paliativos ARABA. Proceso asistencial integrado. Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos Osakidetza. Diciembre 2012 (acceso el 27 de septiembre de 2018). Disponible en:

https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/proces_asistencial_cuidados_paliativos.pdf.

[8] Gracia DM. Planificación anticipada de los cuidados: un problema presente, un reto futuro. Revista española de geriatría y gerontología: Organo oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2017; 52 (5): 240-241. doi: 10.1016/j.regg.2016.11.006

[9] Richmond C. Dame Cicely Saunders. BMJ. 2005;331(7510):238.

[10] B. Gomes, et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. Ann Oncol. 2012, 33 (8): 2006-15.

[11] González VJ, Gallego MM. Morir en casa, una alternativa razonable a la hospitalización. Rev Clin Esp. 2018;218(6):296-297.

[12] INE. Estadística de defunciones según causa de muerte. Publicado: 21 de diciembre de 2017 [acceso el 20 de septiembre de 2018]. Disponible en:

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

[13] Ariès P. El hombre ante la muerte. Ed. Taurus (1992, 2011).

[14] Europa Press. "El primer paso para hablar de la muerte con otro es preguntarse por ella uno mismo". epcantabria.es. 29 Jun 2016 [acceso el 27 de septiembre de 2018]. Disponible en:

<http://www.europapress.es/cantabria/noticia-primer-paso-hablar-muerte-otro-preguntarse-ella-mismo-20160629143122.html>

[15] Abaunza A, et al. Atención a los pacientes en la fase final de la vida: revisión sistemática sobre modelos organizativos en los cuidados paliativos y encuesta a los profesionales sanitarios sobre la situación de los cuidados paliativos en una comarca del País Vasco. Investigación Comisionada. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Informe Osteba D-13-10. Vitoria-Gasteiz 2013 (acceso el 27 de septiembre de 2018). Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2013_osteba_publicacion/es_de_f/adjuntos/Informe%20D-13-10.pdf

Convulsión febril en la infancia: reconocimiento, abordaje y cuidados

Febrile Seizure in childhood: recognition, boarding and care

Silvia Fernández Rodríguez y Luis Argüelles Otero

Centro de Salud Perchera, Área V. SESPA. Asturias

Manuscrito recibido: 07/03/2018

Manuscrito aceptado: 03/07/2018

Cómo citar este documento

Fernández Rodríguez, S; Argüelles Otero, L. Convulsión febril en la infancia: reconocimiento, abordaje y cuidados. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). Otoño 2018; Vol. 6 (4): 34-51

Resumen

Objetivo

La convulsión febril (CF) en el niño es una entidad clínica en la que necesariamente debe haber una temperatura oral $> 37,5^{\circ}\text{C}$ o axilar $> 37,8^{\circ}\text{C}$. Genera gran ansiedad en los padres que la presencian, bien porque no saben lo que está sucediendo o porque desconocen cómo actuar.

Aparece entre los 6 meses y los 5 años de edad, pudiendo presentarse de diferentes formas. Generalmente ocurre en las primeras 24 horas del proceso febril, siendo la subida de la temperatura el factor desencadenante más importante.

Su causa es desconocida, aunque existen factores de riesgo que las precipitan.

Las recidivas son altas, cerca de 1/3 de los niños volverán a sufrirla.

A pesar de su alta prevalencia (2-5%), su tratamiento en fase aguda y crónica, así como el manejo por parte de los padres son poco conocidos.

Métodos

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica entre los meses de diciembre de 2017 y enero de 2018, seleccionando las revisiones sistemáticas, artículos originales y documentos de organismos científicos más relevantes de los últimos 10 años.

Conclusiones

De naturaleza benigna, pero altamente alarmante; la CF genera gran estrés y temor.

El control de la fiebre con medidas físicas o antitérmicas no reducen la recurrencia de CF.

La enfermera de familia y comunitaria tiene un papel vital en el abordaje de este tipo de crisis, proporcionando información fiable a los padres, recalando su naturaleza benigna, a la vez que intenta empatizar y desmitificar determinados aspectos. Su actuación en el tratamiento agudo también es clave fundamental.

Palabras clave

Convulsiones Febriles; Pediatría; Atención Primaria de Salud; Enfermería en Salud Comunitaria.

Abstract

Objective

Febrile Seizure in the children is a clinical entity in which there must necessarily be an oral temperature $>37,5^{\circ}\text{C}$ or axilar $> 38^{\circ}\text{C}$. It generates great anxiety in the parents who witness it, either because they do not know what is happening or they do not know how to act.

It appears between 6 months and 5 years of age, and can be presented in different ways. It usually occurs in the first 24 hours of the febrile process, with the rise in temperature being the most important triggering factor.

Its cause is unknown although there are risk factors that precipitate them.

Recurrences are high, about 1/3 of children will suffer again.

Despite its high prevalence (2-5%), its treatment in acute and chronic phase, as well as the handling by parents, are poorly understood.

Methods

A bibliographical search was carried out between the months of December 2017 and January 2018, selecting systematic reviews, original articles and documents from the most relevant scientific bodies of the last 10 years.

Conclusions

Of a benign nature, but highly alarming; CF generates great stress and fear.

The control of fever with physical or antipyretic measures does not reduce the recurrence of CF.

Community Health Nursing plays a vital role in addressing this type of crisis, providing reliable information to parents, emphasizing its benign nature, while trying to empathize and demystify certain aspects. His performance in acute treatment is also key.

Keywords

Seizures Febrile; Pediatrics; Primary Health Care; Community Health Nursing.

Introducción

La Convulsión Febril (CF) es el tipo de convulsión más frecuente en la infancia.

Existen 2 definiciones aceptadas internacionalmente (1):

1. El National Institute of Health (1980) la define como “un fenómeno de la lactancia o de la infancia, que habitualmente se produce entre los 3 meses y los 5 años de edad, relacionado con fiebre, pero sin datos de infección intracraneal o causa identificable, quedando descartadas las convulsiones con fiebre en niños que han experimentado anteriormente una crisis convulsiva afebril”.

2. La Liga Internacional contra la Epilepsia (1993) la describe como “una convulsión asociada a una enfermedad febril, en ausencia de una infección en el Sistema Nervioso Central (SNC) o un desequilibrio hidroelectrolítico, en niños mayores de 1 mes de edad sin antecedentes de convulsiones afebriles previas”.

La única diferencia que existe entre ambas definiciones es el límite inferior de edad fijado (3 meses frente a 1 mes, respectivamente).

Tampoco existe un consenso en el punto de corte de temperatura específica para el diagnóstico de esta entidad, aunque una temperatura axilar de 37,8°C o 38°C es el criterio actual comúnmente utilizado para su inclusión (2).

Es importante recalcar que la mayoría de los niños que han experimentado una CF tienen buen pronóstico a largo plazo.

El tratamiento de la CF dependerá de 2 factores: la causa de su aparición y tipo de CF (típica o atípica) (3).

La enfermera de familia y comunitaria goza de una posición privilegiada en su abordaje; por un lado, en el manejo agudo de la CF y por otro, proporcionando información veraz, asesoramiento y ayuda a los familiares, especialmente a los que la presencian (3).

Métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica, entre los meses de Diciembre de 2017 y Enero de 2018, en las principales bases de datos (Cuiden, ScienceDirect, Cochrane, Scielo, Dialnet, UpToDate, Joanna Briggs, PubMed), sociedades científicas (Asociación Española de Pediatría) y en Google Académico.

Se seleccionaron aquellos artículos originales, revisiones sistemáticas, documentos y consensos científicos de los últimos 10 años con mayor rigor científico y acordes a nuestro trabajo (Tabla 1).

Para ello, se utilizaron los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud: Seizures, Febrile; Pediatrics; Primary Health Care, Nursing Care.

La petición de los artículos completos y acceso a las revisiones sistemáticas fue a través de la Biblioteca Virtual gcSalud.

Tabla 1. Búsqueda bibliográfica

Base de Datos		Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados
Cuiden		2	1
ScienceDirect		11	5
Cochrane		12	3
Scielo		11	4
Dialnet		27	4
UpToDate		46	4
Joanna Briggs		7	4
PubMed	Seizures, Febrile (AND) Nursing Care	8	5
	Seizures, Febrile (AND) Physiopathology	171	2
	Seizures, Febrile (AND) Etiology	687	3
	Seizures, Febrile (AND) Primary Health Care	1	0
	Seizures, Febrile (AND) Pediatrics	9	1

Fuente: elaboración propia

Discusión

El concepto de CF no es nuevo. En 1684, Thomas Willis describió dicha entidad en su obra "Of Convulsive Diseases" sugiriendo una relación entre CF y dentición infantil (2).

1. Fisiopatología

La temperatura corporal está regulada por el hipotálamo, a través de termorreceptores situados en la piel, estómago y vasos sanguíneos profundos del abdomen. El control de la temperatura en los niños es deficitario, debido a la inmadurez de su SNC (4).

La fiebre es un mecanismo fisiológico que se activa en respuesta a una infección con el objetivo de combatirla. Sin embargo, la liberación de niveles elevados de citoquinas durante un estado febril, provocan una actividad anormal en el cerebro inmaduro del niño, desencadenando la CF (3,4).

2. Causas

Su causa es desconocida, aunque debido a la diversidad de factores predisponentes hace pensar en un origen multifactorial. Factores genéticos y ambientales contribuyen a su aparición (3).

Tabla 2. Causas de las CF

Base Genética		Las CF tienden a ser un trastorno familiar, su frecuencia es mucho mayor en padres y hermanos de niños afectados. En un estudio realizado, la tasa de concordancia de CF se cifra en un 56% de los gemelos monocigóticos, frente a un 14% en los gemelos dicigóticos. En torno a un 25-40% de niños que las sufren tienen antecedentes en la familia (1,5).
Ambientales	Infecciones	El desarrollo de una CF depende sobre todo del grado de temperatura, cuanto más elevado sea mayor riesgo de convulsión existe. Por este motivo, las infecciones víricas son más propensas que las bacterianas para su desarrollo. Entre las víricas se encuentran implicados con frecuencia el Virus Herpes Humano 6 (VHH-6) y el virus Influenza. Un estudio europeo aisló el VHH-6 en el 35% de los niños que tenían una CF. Este alto porcentaje es debido a las altas temperaturas (39,5°C o más) que pueden alcanzarse con esta infección (6). El aumento brusco de la temperatura es considerado el factor desencadenante más importante de las CF.
	Raza	Hay ciertos grupos étnicos que tienen una mayor prevalencia como los japoneses (6-9%) o los indios (5-10%) (3,6).
	Vacunas	<p>Determinados preparados son inductores de CF. Es el caso de las vacunas con componentes contra la difteria, tétanos, tosferina de células enteras (DTP) o de sarampión, rubéola, parotiditis (6).</p> <ul style="list-style-type: none"> En los preparados contra la difteria, tétanos y tos ferina, el riesgo de sufrir CF es más alto el mismo día de la administración de la vacuna (cuando tiende a iniciarse la fiebre) aunque es diferente según la preparación de la vacuna: <p>En la DTP existe un riesgo absoluto de 6-9 /100.000 niños vacunados.</p>

		<p>En la pentavalente que incluye difteria, tétanos, tos ferina acelular (DTPa) + Polio inactivada + Haemophilus Influenza tipo b, el riesgo es inferior a 4/100.000 niños vacunados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de preparados contra sarampión, rubéola y parotiditis (triple vírica) el riesgo es ligeramente mayor (25-34/100.000 niños) y se desencadena más tarde (8-14 días después de la vacunación). <p>En la actualidad hay una vacuna tetravírica (triple vírica + varicela) que tiene el doble de riesgo de desarrollar CF (40/100.000 niños) que si se administran las dos vacunas por separado.</p> <p>Así mismo, si la primera dosis de una vacuna que contenga sarampión se administra después de los 15 meses de edad, existe mayor riesgo de convulsión que si se administra entre los 12 y 15 meses (7).</p>
	<p><i>Ferropenia</i></p>	<p>El hierro es un elemento fundamental para gozar de un buen estado de salud. Está implicado en términos de inmunidad y transmisión de impulsos nerviosos. Existen multitud de estudios que relacionan la anemia por déficit de hierro con las CF, encontrándose que niños anémicos no tratados preventivamente con hierro tenían mayor probabilidad de sufrir CF (8). Sin embargo hay otros que no encuentran asociación o incluso unos pocos reportan beneficios.</p> <p>El último meta-análisis publicado (2017) diferencia entre VCM (Volumen Corpuscular Medio), ferritina y hierro. Establece resultados estadísticamente significativos entre niveles bajos de VCM y ferritina con aparición de CF, sin embargo, para los niveles de hierro no se encontró asociación (9).</p>
	<p><i>Niveles de Zinc (Zn) en sangre disminuidos</i></p>	<p>El Zn estimula la actividad de una enzima que modula el nivel de GABA, un importante inhibidor neurotransmisor. Al haber déficit, existe una elevada descarga neuronal, que puede precipitar las CF. En un estudio del año 2011, se encontró que un 26% de los niños estudiados presentaba disminución de este micronutriente (10).</p>

	Estrés prenatal	Un estudio llevado a cabo en ratas refleja que la exposición previa al nacimiento (tercer trimestre de gestación) a situaciones estresantes provoca un aumento de riesgo de CF, además de contribuir a una reducción de la masa, y por ende, de la función del hipocampo (11). Esta estructura del SNC es fundamental para la supervivencia, ya que produce citoquinas, hormonas peptídicas que regulan la diferenciación celular y el desarrollo cerebral como son la memoria y el aprendizaje.
--	------------------------	--

Fuente: elaboración propia

3. Características clínicas

Generalmente las CF ocurren entre los 6 meses y 3 años de edad (80-85% de los casos), existiendo un pico de incidencia a los 18 meses de edad (3,6).

- Las CF suelen aparecer el primer día del cuadro febril. El 21% ocurren en la primera hora, el 57% desde la primera hora a las 24 horas y el 22% después de las 24 horas de fiebre (1,12).
- La mayoría de las convulsiones febriles aparecen en el sexo masculino (69%) (6,12).
- Las estaciones del año con más incidencia de CF son invierno, seguido por verano, épocas del año asociadas con brotes de procesos infecciosos respiratorios y diarreicos respectivamente (4,13).
- La duración de la CF suele ser inferior a 15 minutos (92%) (12). En el caso de que durase más de 30 minutos se denominaría Estado Epiléptico (Status Epiléptico Febril) que precisaría de anticonvulsivantes para su finalización (3).
- El cuadro clínico es muy variable (12). Los niños pueden quejarse previamente de sentir frío, tener temblores y las partes distales del cuerpo frías, aunque necesariamente el resto del cuerpo tiene que encontrarse caliente.

Suele producirse una disminución brusca del nivel de conciencia, con crisis tónico-clónicas en el 80% de las CF, seguidas por orden de frecuencia de crisis tónicas (13%), focales o unilaterales (4%) y atónicas (3%).

Otro signo es la dificultad respiratoria, palidez o cianosis peribucal, así como fijación de la mirada u ojos en blanco.

4. Clasificación

Las CF se dividen en 2 grandes grupos según sus características clínicas (1-3,6,14):

- CF simples/típicas o también denominadas benignas.
- CF complejas/atípicas o también denominadas complicadas.

En la Tabla 3 se recogen las diferencias entre estas 2 entidades.

Tabla 3. Clasificación de las CF

Tipo	Características
<p style="text-align: center;">CF simple/típica/benigna</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Representa el 70% de los casos. • Breve duración (inferior a 15 minutos). • Generalizada. • Ocurre sólo una vez durante las primeras 24 h.
<p style="text-align: center;">CF compleja/atípica/complicada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Representa el 30% de los casos. • Larga duración (superior a 15 minutos). • Focal (aunque puede generalizarse posteriormente). • Recurrente (se repite en 2 o más episodios, en clúster, dentro de las primeras 24 h.) • Parálisis postictal de Todd (0,4%): parálisis de breve duración después de un episodio convulsivo.

Fuente: elaboración propia

Cualquier CF que curse con una característica de las detalladas en las CF complejas o atípicas, pasará a formar parte de este grupo.

5. Diagnóstico diferencial (15)

Debemos diferenciar las CF de las siguientes entidades clínicas, a través de una correcta anamnesis:

Crisis epiléptica: Todo fenómeno de aparición brusca, transitorio; motor, sensitivo, sensorial, autonómico o de la conciencia; resultado de una descarga excesiva de un grupo de neuronas hiperexcitables, no relacionado con fiebre.

Epilepsia: Afección crónica caracterizada por crisis epilépticas recurrentes.

Estatus epiléptico: Actividad convulsiva prolongada, definida como una sola crisis o como varias crisis recurrentes que duran más de 30 min, en los cuales no llega a recuperarse el conocimiento. Se habla de estatus epiléptico refractario cuando dura más de 60 min.

Período postcrítico: Es el que ocurre tras la convulsión, el paciente está confuso, letárgico, somnoliento o irritable. Pueden aparecer náuseas, vómitos, cefalea; en general, su duración es proporcional a la crisis.

6. Riesgo de recurrencia

Cuando se produce una CF típica en un niño con una edad inferior a 12 meses, el riesgo de recurrencia es del 50%. En cambio, si se produce por encima de los 12 meses, el riesgo se reduce al 30% (1).

Estos datos son algo más elevados si se trata de una CF atípica.

Es importante explicar a los padres que 1/3 de los niños que presentan una CF volverá a padecer otra y más de la mitad de las recidivas se producirán entre los 6-12 meses siguientes a la primera CF (16).

A continuación, se detallan los siguientes factores de riesgo de recurrencia (16-18):

- Edad de la primera CF: inferior a los 12 meses.
- Antecedentes familiares de CF, existiendo mayor riesgo en el caso de los padres.
- Tipo de CF: atípica.
- Grado de temperatura: inferior a 38°C en el momento de la CF.
- Duración de la fiebre: < de 1 h de fiebre antes del comienzo de la CF.
- Múltiples CF en el mismo proceso febril.

7. Tratamiento agudo

Abordaje por sus familiares

La mayoría de las CF son breves (<15 minutos) y ceden antes de que el niño llegue al Centro de Salud u Hospital. Por eso es muy importante hacer educación sanitaria en consulta, especialmente a los padres o cuidadores de niños menores de 5 años, sobre cómo actuar ante una situación aguda de CF, pues serán ellos los que deban actuar en primer lugar.

INSTRUCCIONES PARA FAMILIARES ANTE UNA CF (3,12)

- 1) Poner al niño en un lugar seguro, lejos de objetos que puedan caerle o lesionarle.
- 2) Colocarlo en Posición Lateral de Seguridad (PLS). Lo más habitual es que el niño pierda o disminuya el nivel de conciencia. Para evitar la obstrucción de la vía aérea por la lengua o porque vomite, se debe de colocar al niño sobre una superficie plana y de lado.
- 3) No intentar retenerlo con las manos. Dejar que convulsione. No sacudir ni golpear al niño para que despierte.
- 4) No insertar los dedos de la mano u otro objeto en la boca.
- 5) Aflojar la ropa que pueda causarle mayores daños (sobre todo alrededor del cuello), así también disminuirá la temperatura corporal.
- 6) Cuantificar la duración de la convulsión. Para poder diferenciarla de CF típica o atípica. Así mismo, es importante para el correcto tratamiento de una CF ya que si dura más de 30 minutos se deben utilizar anticonvulsivantes para poder finalizarla.
- 7) Intentar identificar si la CF es generalizada o sólo unilateral. Para poder diferenciarla de CF típica o atípica.
- 8) Tranquilidad. Las CF son episodios benignos que no producen secuelas cerebrales, ni mayor riesgo de epilepsia.

Debemos recalcar cuando informemos a los padres o familiares, la benignidad del cuadro. Muchos de ellos, cuando no tienen nociones básicas sobre las CF, piensan que durante la crisis el niño está sufriendo una muerte súbita o padecerá secuelas irreparables; algunos familiares incluso tienen visiones de su hijo "en un ataúd" los minutos que dura el episodio, por lo que es necesaria una actitud serena y empática por parte de los profesionales sanitarios (19).

ABORDAJE POR PROFESIONALES SANITARIOS

Cuando el niño llega a un servicio sanitario, debemos utilizar el sistema de valoración **ABCDE** (Gold Standard de la valoración al paciente crítico) (3):

- **A** (Airway- Vía Aérea): permeabilizar la vía aérea con maniobra frente mentón o si se sospecha de lesión cervical, con tracción mandibular.
- **B** (Breathing-Respiración): una vez permeabilizada, comprobar si respira, si no respirase comenzar con maniobras de RCP. Si respira poner oxígeno de alta concentración y contabilizar Frecuencia Respiratoria (FR).
- **C** (Circulation-Circulación): valorar perfusión tisular (llenado capilar) y Frecuencia Cardíaca (FC).
- **D** (Disability-Disfunción Neurológica): exploración neurológica (pupilas-tamaño y reactividad- y Escala de Coma de Glasgow)
- **E** (Exposure-Exposición): una vez finalizados los 4 pasos anteriores, desnudar al niño y realizar una inspección exhaustiva.

La NICE (National Institute for Health and Care Excellence) establece una lista de signos y síntomas de alta prioridad "red flags" en niños que presentan CF (3).

Tabla 4. Signos y síntomas de alta prioridad "red flags" en niños que presentan CF

Niños que presentan CF atípicas.
Niños que presentan signos meníngeos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Rigidez de nuca. ○ Signo de Kernig positivo (el niño en decúbito supino y las caderas y rodillas flexionadas, se produce una limitación de la extensión de las rodillas). ○ Signo de Brudzinski positivo (el niño en decúbito supino, el examinador con una mano en la nuca y en el pecho del niño, al flexionarle la cabeza se produce una flexión de rodillas).
Nivel de conciencia alterado > 1 hora desde el cese de la CF.
Erupciones en la piel que no blanquean a la presión en un niño enfermo.
Fontanela anterior abombada

Taquicardia desproporcionada para el aumento de temperatura corporal o persistencia de taquicardia tras normalizarse la temperatura corporal.

Signos de moderado o severo distrés respiratorio como taquipnea, jadeos, saturación de oxígeno basal <92% o retracciones de la pared torácica.

Fuente: elaboración propia

Tratamiento médico

El tratamiento agudo es fundamentalmente sintomático. Los medicamentos antitérmicos deben ser utilizados exclusivamente para aliviar el disconfort del niño febril, pero nunca para conseguir un estado de normotermia. A veces, existe la creencia errónea de que bajando la temperatura del niño se conseguirá finalizar la CF ya en curso.

El otro arsenal terapéutico disponible son los anticonvulsivantes, que deben ser utilizados en situaciones muy limitadas.

Tabla 5. Tratamiento médico agudo

Medicación antitérmica
Se pueden utilizar antitérmicos como el Paracetamol (10-15 mg/kg/toma cada 4-6h) o Ibuprofeno (20-30 mg/kg/día, repartidos en 3 tomas diarias), teniendo en cuenta que este último debe evitarse en caso de que el niño esté deshidratado. Es importante una correcta hidratación, procurando que beba cuando esté totalmente consciente (3).
Medicación anticonvulsivante
En España, el Diazepam rectal es aún muy utilizado en el medio extrahospitalario, usándose la cánula de 5 mg en niños menores de 2 años y la de 10 mg en niños mayores de 2 años, a razón de 0,5 mg/kg de peso. El potencial efecto se espera conseguir en los siguientes 5 minutos de su aplicación (12). Si se encuentra en medio hospitalario y no cede con la administración de Diazepam rectal, se canaliza una vía venosa periférica y se administra Diazepam IV (6).
Sin embargo, la evidencia actual respalda que las Benzodiazepinas (BZD) sólo deben administrarse durante un episodio de CF en niños que tengan alguna de las siguientes características (3):
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CF frecuentes durante un corto espacio de tiempo (3 o más en 6 meses). <input type="checkbox"/> CF que duran más de 15 minutos <input type="checkbox"/> Niños que viven en un área geográfica lejana.

En estos casos se utilizarán por vía intravenosa como tratamiento de primera línea (Diazepam 0,1-0,2 mg/kg; máxima dosis 10 mg), pudiendo darse 1 dosis adicional si la CF no cede (3,17).

Cuando la vía intravenosa no es accesible o no se puede conseguir en un determinado espacio de tiempo, el Midazolam bucal (puesto entre la encía del niño y la mejilla) puede ser una alternativa eficaz (0,2 mg/kg; máxima dosis 10 mg) (28), mostrando parámetros farmacocinéticos, de eficacia y seguridad similares o superiores a las vías intravenosa y rectal ya conocidas (6).

Fuente: elaboración propia

Pruebas diagnósticas

Es importante la toma de constantes vitales básicas como la temperatura, FC, FR, glucosa y llenado capilar, teniendo en cuenta como norma general que el resto de pruebas diagnósticas en la mayoría de los casos superan con creces los potenciales beneficios de realizarlas.

En niños correctamente vacunados, donde haya un foco de infección claro fuera del SNC y hayan sufrido una CF típica, no es necesario realizar ninguna prueba diagnóstica más. Por lo general, la mayoría de los niños se encuentran en esta situación. Si no existiera un foco claro o haya sospecha de una infección intracraneal, se deben realizar: analítica de sangre, orina y Punción Lumbar (PL).

Se realizarán otras pruebas diagnósticas en los siguientes casos.

Tabla 6. Otras pruebas diagnósticas

<i>Electroencefalograma</i>
<p>En la última Guía de Tratamiento de CF elaborada por la Sociedad Japonesa de Neurología Infantil (2015) establece que (20):</p> <ul style="list-style-type: none">✓ El EEG no se debería de realizar de manera rutinaria en niños con CF típicas (Grado C).✓ El significado clínico de EEG en niños que sufren CF atípicas no es del todo claro, aunque algunos autores encuentran relación entre descargas epileptiformes en el EEG de un niño que ha convulsionado con el futuro desarrollo de Epilepsia. <p>Las alteraciones que pueden aparecer se relacionan más con la edad del paciente que con la CF en sí. Además, hay que mencionar que un tercio de los niños mostrará un enlentecimiento anormal en el registro del EEG en la primera semana tras la CF (1).</p>

Punción Lumbar

La Academia Americana de Pediatría recomienda la realización de PL en los siguientes casos (21):

- ❑ Existencia de signos meníngeos u otras manifestaciones clínicas que hagan sospechar meningitis u otra infección intracraneal.
- ❑ Niños entre 6 y 12 meses cuyo estado de inmunización contra el *Haemophilus Influenza tipo B* y el *Streptococcus Pneumoniae* se desconoce o es deficitario.
- ❑ Niños que estén bajo tratamiento antibiótico, ya que puede enmascarar signos meníngeos.

Se debe tener presente la edad del niño ante la primera CF, si se quiere realizar una PL.

Después de los 18 meses, no se justifica su práctica rutinaria, mientras que antes de los 12 meses hay que considerarla seriamente, pues los signos meníngeos pueden estar ausentes (1).

Fuente: elaboración propia

Hospitalización

Dado que la mayoría de las CF son típicas y casi siempre está claro el foco de infección, no es necesaria la hospitalización del niño, a no ser que cumplan las siguientes condiciones (3):

- Signos y síntomas de alta prioridad "red flags".
- CF atípica.
- Existan características neurológicas residuales como la Parálisis de Todd.
- Exista sospecha de una infección seria.
- El foco de infección no pueda ser claramente determinado.
- El niño tenga menos de 1 año de edad.

8. Tratamiento preventivo

Antipirético

Es importante recalcar que las medidas físicas antitérmicas o la administración de antipiréticos, como pueden ser el paracetamol o el Ibuprofeno, no previenen recurrencias de CF. Los padres deben ser conscientes de la evidencia en contra del tratamiento antipirético profiláctico (3,22,23). Está contraindicado administrar antipiréticos profilácticos antes de vacunar al niño ya que se ha observado una disminución significativa del nivel de anticuerpos postvacunales tras la administración de paracetamol solo o combinado con Ibuprofeno (22).

Anticonvulsivante.

Ensayos que evaluaron el tratamiento profiláctico con antiepilépticos (Carbamazepina, Diazepam, Fenobarbital, Fenitoína y Valproato sódico) en niños que sufrieron de más de una CF no previnieron la recurrencia de CF en todos los sujetos estudiados y, además, los efectos adversos superaron los potenciales beneficios (3,24).

Sin embargo, actualmente se siguen prescribiendo terapias profilácticas a largo plazo con anticonvulsivantes en casos muy seleccionados como CF recurrentes (> de 6 episodios/año), Status Epiléptico Febril o cuando existe gran ansiedad familiar (25,26).

La Sociedad Japonesa de Neurología Infantil (2015) menciona no prescribirlos de manera rutinaria para la prevención de recurrencias (Grado C) (6).

Afirma que puede ser usado si cumple los siguientes criterios (Grado B) (6):

- Niños con CF prolongadas (> 15 minutos).
- Niños con CF repetidas y que cumplan al menos 2 de las siguientes características:
 - 1) Focales o CF recurrentes dentro de las primeras 24 h de convulsión.
 - 2) Anormalidades neurológicas previas o retraso en el desarrollo del niño.
 - 3) Historia familiar de CF o Epilepsia.
 - 4) Edad < 12 meses.
 - 5) CF en la primera hora de comienzo de la fiebre.
 - 6) CF que ocurren con una temperatura < 38°C.

No hay consenso sobre la duración de estas terapias, aunque se suelen proponer finalizarlas tras 2 años desde la última CF o cuando el niño cumple los 6 años.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015, con grado de recomendación alto, recomienda no usar tratamiento profiláctico con antipiréticos de forma intermitente, ni anticonvulsivantes intermitentes (Diazepam o Clobazam) o de forma continua (Fenobarbital o Ácido Valproico) para evitar recurrencias de CF (23).

Papel de la enfermera de familia

Las CF resultan con frecuencia angustiantes y atemorizantes para los padres o cuidadores que las presencian, hasta el punto de perder la confianza en ellos mismos para poder abordarlas (27). Los profesionales sanitarios deben de tener los conocimientos suficientes para tratarlas, así como manejar la ansiedad parental y empatizar con ellos de una manera delicada y sensible.

La literatura científica actual demuestra la importancia del rol de enfermería en educar, aconsejar a los padres y desmontar mitos entorno a las CF (28).

Se han llevado a cabo varios estudios que evaluaron distintas estrategias educacionales para aumentar el nivel de conocimientos de los padres en torno a las CF. Una revisión sistemática (29) refleja que las intervenciones educativas formales, desarrolladas por profesionales sanitarios, mejoraron de forma significativa el conocimiento, comportamiento y actitudes de los padres, al mismo tiempo que reducían sus preocupaciones sobre las CF. En cambio, los métodos informales como la educación rutinaria del profesional, así como el empleo de materiales escritos como folletos informativos, resultaron insuficientes.

Con respecto a la fiebre, las intervenciones educativas formales que emplean métodos mixtos (verbales, escritos y audiovisuales) fueron relevantes para mejorar el cuidado del niño en situación febril, perdurando los conocimientos hasta 6 meses después de su finalización.

La enfermera de familia, desde la consulta de Atención Primaria, es una pieza clave en el abordaje del cuidado del niño febril en general y del niño que sufre una CF en particular.

Un estudio llevado a cabo en España entre los años 2013 y 2014 (30), refleja en línea con otros ya publicados, que los cuidados del niño con fiebre son correctos a pesar de la falta de conocimientos encontrados en sus progenitores.

El primer concepto que la enfermera debe proporcionar a los padres es que la fiebre no es una enfermedad, sino un síntoma subyacente. Debe mitigar el fenómeno de fiebrefobia, ya acuñado en el año 1980 por Schmitt en Estados Unidos, que lo define como “un miedo exagerado de los padres hacia la fiebre del niño”.

La fiebre es un mecanismo fisiológico, benigno, que debe considerarse como una cura, puesto que forma parte de la respuesta autónoma normal del cuerpo para eliminar la infección. La evidencia actual demuestra que la fiebre tiene un impacto positivo en la disminución de la replicación de microorganismos, en la mejora del reconocimiento inicial del antígeno que genera la enfermedad y en el aumento de la actividad de defensa y otras respuestas inmunes.

Recomendará no usar métodos de enfriamiento externo, como son los baños con agua tibia, alcohol o vinagre, puesto que disminuyen la temperatura corporal como efecto inmediato, pero pasado un tiempo producen el efecto contrario, además de la incomodidad que provoca en el niño febril. Esto es debido a que el cambio brusco de temperatura obliga al cuerpo, mediante mecanismos de autorregulación, a compensar la pérdida de calor a partir de la activación de la parte posterior del hipotálamo, produciendo más calor del que tenía (31).

El objetivo primordial del niño con fiebre será la búsqueda de su confort y no la normotermia, situando al niño en un ambiente térmico neutro.

A la vez, las enfermeras proporcionarán la siguiente información sobre cuidados tras una CF:

- Proporcionar seguridad de que su hijo no morirá como consecuencia de la convulsión.
- Proporcionar información verbal y escrita sobre el aspecto benigno de las CF, para aliviar la ansiedad y contribuir a la vuelta a la normalidad.
- Aconsejar a los padres sobre qué hacer en caso de una recurrencia: sitio seguro, Posición Lateral Seguridad, aflojar ropa, no introducir nada en la boca y llamar a emergencias si dura más de 5 minutos.

Las CF resultan con frecuencia angustiantes y atemorizantes para los padres o cuidadores que las presencian, hasta el punto de perder la confianza en ellos mismos para poder abordarlas (27). Los profesionales sanitarios deben de tener los conocimientos suficientes para tratarlas, así como manejar la ansiedad parental y empatizar con ellos de una manera delicada y sensible.

- aconsejar sobre el uso de antipiréticos: disipar la fobia a la fiebre y explicar que los antipiréticos no previenen nuevas CF. Explicar que el Paracetamol puede provocar hepatotoxicidad y el Ibuprofeno alterar la función respiratoria, gastrointestinal y renal del niño. Su empleo quedará limitado para proporcionar alivio en el niño.
- Acudir de nuevo al profesional sanitario si tiene otra CF, fiebre >5 días (sospecha de enfermedad de Kawasaki) o si se deteriora después de ser atendido en la primera CF.
- Explicar a los padres que si el niño tuvo una CF después de un acto vacunal no tendrá mayor riesgo de sufrir CF comparado con otros niños que sí la tuvieron, pero no se vacunaron. Se evitará la no vacunación.
- Orientar sobre signos de deshidratación y dar recomendaciones para tener al niño hidratado en casa.

El objetivo primordial del niño con fiebre será la búsqueda de su confort y no la normotermia, situando al niño en un ambiente térmico neutro.

Conclusión

Las CF son episodios benignos, donde el riesgo de muerte es nulo.

Es importante diferenciarlas de otras entidades clínicamente similares que pueden ser fatales, así como conocer sus causas y tipo de CF puesto que el tratamiento será diferente.

Generan gran angustia a los padres que las presencian puesto que en muchos casos no saben lo que está sucediendo y desconocen cómo actuar debido a la falta de información sanitaria fiable.

Por este motivo, los profesionales sanitarios y especialmente la enfermera de familia y comunitaria, por su contacto más cercano a la sociedad, tienen el deber de informar y asesorar a las familias sobre cómo abordarlas en su fase aguda y cómo actuar en el caso de que vuelvan a aparecer. Es importante recalcar también el riesgo de recidiva y la posibilidad de que aparezcan entre los hermanos.

El tratamiento profiláctico con antipiréticos no está demostrado que disminuya el riesgo de recurrencias, ni tampoco el tratamiento con anticonvulsivantes bien sea de forma intermitente o continua.

Bibliografía

1. Rufo Campos M. Crisis febriles. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica. 2008 [acceso 04 de Diciembre de 2017]: 59-68. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8-cfebriles.pdf>
2. Karande S. Febrile Seizures: a review for family physicians. Indian J Med Sci. 2007; 61(3): 161-172.
3. Paul SP. Recognition and management of febrile convulsion in children. Nurs Stand. 2015; 29(52): 36-43.
4. Ferrier R. Understanding the pathophysiology behind febrile convulsions. Nurs Child Young People. 2015; 27(2): 20-23.

5. García Vera C, Aizpurua Galdeano P. La vacuna cuádruple vírica (sarampión-rubéola-parotiditis-varicela) podría duplicar la incidencia de convulsiones febriles en comparación con la administración separada de las vacunas triple vírica y varicela. *Evid Pediatr.* 2010; 6(82): 2-4.
6. Millichap J. Clinical features and evaluation of febrile seizures. UpToDate. 2018. [acceso 20 de Enero de 2018]. Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-febrile-seizures?search=convulsiones%20febriles&source=search_result&selectedTitle=1~133&usage_type=default&display_rank=1
7. Rosenbloom E, Finkelstein Y, Adams-Weber T, Kozer E. Do antipyretics prevent the recurrence of febrile seizures in children? A systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis. *Eur J Paediatr Neurol.* 2013; 17(6): 585-588.
8. Sevilla Paz Soldán R, Santa Cruz Alcoba M, Choque Barrera M, Zalles Cueto L, Sevilla Encinas G, Eróstegui C. Efecto del tratamiento preventivo con hierro en niños anémicos sobre la probabilidad de presentar convulsión febril. *Gac Med Bol.* 2013; 36 (1): 11-14.
9. Kwak BO, Kim K, Kim SO, Lee R. Relationship between iron deficiency anemia and febrile seizures in children: A systematic review and meta-analysis. *Seizure.* 2017; 52: 27-34.
10. Wagar Rabbani M, Ali I, Zahid Latif H, Basit A, Rabbani MA. Serum zinc level in children presenting with febrile seizures. *Pak J Med Sci.* 2013; 29(4): 1008-1011.
11. Qulu L, Daniels WMU, Mabandla MV. Exposure to prenatal stress has deleterious effects on hippocampal function in a febrile seizure rat model. *Brain Res.* 2015 [acceso 13 de Diciembre de 2017]. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Lihle_Qulu/publication/224820883_Exposure_to_prenatal_stress_enhances_the_development_of_seizures_in_young_rats/links/55db1fde08aed6a199aba89b/Exposure-to-prenatal-stress-enhances-the-development-of-seizures-in-young-rats.pdf?origin=publication_list
12. Ruiz Guerrero G, Utrera Caballero E, Aguilera Moreno MJ. Abordaje enfermero en la convulsión febril del lactante. 2017 [acceso 19 de Diciembre de 2017]; 54. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2017/pagina6.html>
13. Zurita Céspedes BI, Cortez Chávez MR, Salinas Cortez PR, Santa Cruz Rodríguez AC. Asociación entre rotavirus y síndrome convulsivo febril y afebril. *Gac Med Bol.* 2016; 39(2): 111-115.
14. Rojas de Recalde L, Montiel de Doldán ME, Sostoa G, Aldana A, Lezcano M. Convulsión Febril. *Pediatr. (Asunción).* 2011; 38 (1): 63-67.
15. Pautas diagnóstico-terapéuticas en urgencias pediátricas (parte I). FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2013; 20(5): 9-41.
16. Agrawal J, Poudel P, Shah G, Yadav S, Chaudhary S, Kafle S. Recurrence Risk of Febrile Seizures in Children. *J Nepal Health Res Counc.* 2016 Sep - Dec; 14(34): 192-196.
17. Fernández-Cuesta Valcarce MA. Fiebre y convulsiones febriles. *AMF.* 2013; 9(5): 263-269.
18. Pavlidou E, Tzitiridou M, Kontopoulos E, Panteliadis CP. Which factors determine febrile seizure recurrence? A prospective study. *Brain Dev.* 2008; 30(1): 7-13.

19. Westin E, Sund Levander M. Parent's Experiences of Their Children Suffering Febrile Seizures. *J Pediatr Nurs*. 2018; 38: 68–73.
20. Natsume J. New guidelines for management of febrile seizures in Japan. *Brain Dev*. 2017; 39(1): 2-9.
21. Subcommittee on Febrile Seizures. Am Acad Pediatr. Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics*. 2011; 127 (2):389-394.
22. Monfries N, Goldman RD. Prophylactic antipyretics for prevention of febrile seizures following vaccination. *Can Fam Physician*. 2017; 63: 128-130.
23. World Health Organization. Paediatric emergency triage, assessment and treatment: care of critically-ill children. 2016. [acceso 23 de Enero de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204463/1/9789241510219_eng.pdf?ua=1
24. Aparicio M, Sánchez-Andrade R, González Rodríguez MP. A los niños que tienen convulsiones febriles ¿hay que administrales anticonvulsivantes cuando tienen fiebre?. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009; 11(41): 145-154.
25. Offringa M, Newton R, Cozijnsen MA, Nevitt SJ. Prophylactic drug management for febrile seizures in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No: CD003031. DOI: 10.102/14651858.CD003031.pub3. 2017 [acceso 30 de Enero de 2018]. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003031.pub3/abstract>
26. Hirabayashi Y. Efficacy of a diazepam suppository at preventing febrile seizure recurrence during a single febrile illness. *Brain Development*. 2009; 31(6): 414-418. Disponible en: http://www.academia.edu/14259828/Efficacy_of_a_diazepam_suppository_at_preventing_febrile_seizure_recurrence_during_a_single_febrile_illness
27. Westin E, Sund Levander M. Parent's Experiences of Their Children Suffering Febrile Seizures. *J Pediatr Nurs*. 2018; 38: 68–73.
28. Baran G, Turan E. Investigation of the Effect of the Training on Fever and Febrile Convulsion Management Given to Pediatric Nurses on Their Knowledge Level. *International Journal of Caring Sciences*. 2018; 11(1): 478.487.
29. Young I. The effectiveness of educational strategies in improving parental/caregiver management of fever in their child: a systematic review. *JBIC Library of Systematic Reviews*. 2010;8(21):826-868.
30. Pérez Conesa MC. Análisis de los cuidados y los conocimientos parentales sobre la fiebre en la infancia. *Aten Primaria*. 2017;49(8):484-491.
31. Escobar Tobón AL. La fiebre en el niño: una mirada reflexiva a las prácticas de cuidado. *Av Enferm*. 2017. [acceso 19 de Enero de 2018]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n3/0121-4500-aven-35-03-00333.pdf>

Conocimientos y competencias en bioética que los estudiantes en ciencias de la salud deben adquirir para la distribución justa de los recursos sanitarios

Knowledge and competencies in bioethics that Health Sciences students must acquire for the fair distribution of health resources

Valle Coronado-Vázquez¹ y Juan Gómez-Salgado²

¹Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón / ²Universidad de Huelva

Manuscrito recibido: 14/06/2017
Manuscrito aceptado: 13/04/2018

Cómo citar este documento

Coronado-Vázquez V, Gómez-Salgado J. Conocimientos y competencias básicas en bioética que los estudiantes en ciencias de la salud deben adquirir para la distribución justa de los recursos sanitarios. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). Otoño 2018; Vol. 6 (4): 52-63

Resumen

Introducción

Los contenidos de la asignatura de bioética están dirigidos a los problemas relacionados con la autonomía y la confidencialidad, y en menor grado a la justicia en la distribución de los recursos.

El objetivo de este trabajo es determinar las competencias y conocimientos que los estudiantes de ciencias de la salud deben adquirir sobre la distribución justa de los recursos sanitarios y el marco deontológico y legal donde se encuadra.

Descripción

Se realizó un análisis documental con búsquedas en las webs y repositorios corporativos de universidades, Colegios Oficiales de Enfermería y Colegios Oficiales de Médicos. Se localizaron artículos publicados en inglés o español en MEDLINE vía Pubmed, EMBASE y CUIDEN.

Se utilizaron los términos MESH: Bioethics, Teaching, Health Sciences, Social Justice.

Se describen tres competencias que los alumnos de ciencias de la salud deben adquirir para manejar los conflictos derivados de la gestión de unos recursos limitados: los conocimientos sobre la aplicación del principio de justicia en la distribución de los recursos, reconociendo el derecho a la salud como parte de la justicia social; la eficiencia en las organizaciones sanitarias como instrumento para alcanzar la justicia distributiva; y la práctica de una medicina efectiva y de calidad para una atención equitativa.

Conclusiones

La enseñanza de la bioética en ciencias de la salud debe incorporar los conocimientos y las competencias para una gestión equitativa y justa de los recursos sanitarios, garantizando el derecho a la protección de la salud y una asistencia sanitaria efectiva y de calidad.

Palabras clave

Bioética; Enseñanza; Ciencias de la salud; Servicios de salud.

Abstract

Introduction

The contents of the subject of bioethics are aimed at problems related to autonomy and confidentiality, and to a lesser degree to justice in the distribution of resources.

The objective of this work is to determine the competences and knowledge that Health Sciences students should acquire about the fair distribution of health resources and the deontological and legal framework in which it is framed.

Description

A documental analysis was carried out with searches on the corporate websites and repositories of universities, Official Nursing Colleges and Official Medical Colleges. Articles published in English or Spanish were located on MEDLINE via Pubmed, EMBASE and CUIDEN.

The terms MESH were used: Bioethics, Teaching, Health Sciences, and Social Justice.

Three competences are described that students of health sciences must acquire to manage the conflicts derived from the management of limited resources: knowledge about the application of the principle of justice in the distribution of resources, efficiency in health organizations as an instrument to achieve distributive justice; and the practice of an effective and quality medicine for an equitable attention.

Conclusions

The teaching of bioethics in health sciences should incorporate the knowledge and skills for an equitable and fair management of health resources, guaranteeing the right to health protection and effective and quality health care.

Keywords

Bioethics; Teaching; Health Sciences; Health Services.

Introducción

La enseñanza de la bioética, al igual que otros saberes en ciencias de la salud, está orientada a la adquisición de competencias, las cuales surgen de procesos de aprendizaje que integran los conocimientos y las habilidades para llevar a cabo una tarea (1).

El objetivo de este modelo de aprendizaje es promover en los alumnos actitudes y capacidad de diálogo a partir de la reflexión sobre unos contenidos teóricos amplios y multidisciplinares.

La bioética clínica ha estado inicialmente orientada hacia las cuestiones relacionadas con la autonomía del paciente, para pasar posteriormente a incorporar en sus reflexiones los problemas derivados de la justicia en la distribución de los recursos sanitarios.

Fue a consecuencia de la crisis económica de 1973 cuando comenzó a surgir la medicina gestionada. Se produjo así un giro en la forma de gestión de los recursos sanitarios, a partir del cual el control de los costes se convirtió en su principal objetivo (2).

Este modelo parte de la premisa de que la gestión de los recursos no es una tarea exclusiva de los gerentes, sino que médicos/as, enfermeros/as y el resto de profesionales sanitarios son también gestores de recursos en su práctica clínica diaria, lo que se expresa en la elección del tratamiento y el tipo de cuidados, la decisión de realizar determinadas pruebas diagnósticas e incluso la gestión del tiempo de consulta, entre otros.

Entre las propuestas docentes que se han venido a plantear para la enseñanza de la bioética cabe destacar la de F. Abel que propone tres ejes para su estudio: uno sería "el desarrollo de la competencia profesional", el otro se situaría en la "armonización de los valores científicos y humanos", y en el último considera "las sinergias entre políticas sanitarias y los medios para llevarlas a cabo" (3).

Sin embargo, este último aspecto ha tenido poco reflejo en la docencia bioética. Y en este sentido, los contenidos de la asignatura siguen estando dirigidos a los problemas relacionados con la autonomía y la confidencialidad, y en una menor proporción a la justicia.

Y para los programas de postgrado el enfoque es similar, con algunos cambios en la extensión de los contenidos que incorpora cada tema (4).

Por la diversidad de temas que abarca la bioética, el reto de la docencia en esta disciplina va más allá de transmitir actitudes y enseñar a deliberar. La enseñanza debe abarcar también los conocimientos sobre ética, deontología y legislación (4).

Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es determinar las competencias y conocimientos que los estudiantes de ciencias de la salud deben adquirir sobre la distribución justa de los recursos sanitarios y el marco deontológico y legal en el que ésta se encuadra.

Metodología

Se ha llevado a cabo un análisis documental con búsquedas en las webs y repositorios corporativos de universidades, Colegios Oficiales de Enfermería y Colegios Oficiales de Médicos.

Asimismo, durante los meses de noviembre y diciembre de 2016 se realizó una búsqueda de artículos publicados en inglés o español y sin límite temporal, en las siguientes bases de datos: MEDLINE vía Pubmed, EMBASE y CUIDEN.

Se utilizaron los términos MESH: Bioethics, Teaching, Health Sciences, Social Justice.

Se seleccionaron los artículos, informes y documentos que contenían información relevante en relación con la justicia y la distribución de los recursos sanitarios.

La inclusión de los contenidos se llevó a cabo por consenso de ambos investigadores.

Desarrollo

La adquisición de las competencias para hacer una gestión ética de los recursos que todo profesional sanitario tiene a su alcance pasa, en primer lugar, por reconocer el derecho a la salud como parte de la justicia social, entender que la eficiencia en las organizaciones sanitarias es un instrumento para alcanzar la justicia distributiva (5), y llevar a cabo una práctica clínica efectiva y de calidad.

"La bioética clínica ha estado inicialmente orientada hacia las cuestiones relacionadas con la autonomía del paciente, para pasar posteriormente a incorporar en sus reflexiones los problemas derivados de la justicia en la distribución de los recursos sanitarios".

En este sentido, se describen tres tipos de competencias que los/las estudiantes de ciencias de la salud deberían adquirir durante el periodo formativo (Tabla 1).

Tabla 1. Competencias en ética de la distribución de los recursos en salud

Competencias	Conocimientos	Habilidades
Nivel político: Identifica la aplicación del principio de justicia en la gestión de los recursos.	<ul style="list-style-type: none"> - El derecho a la protección de la salud. - Modelos de financiación de los Servicios de Salud. - Equidad en la distribución de los recursos en salud. 	Sabe argumentar sobre la necesidad de la equidad en la distribución de los recursos.
Nivel de Organizaciones: Valora la gestión eficiente y equitativa.	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de eficiencia. - Características de la gestión clínica. 	Participa en la gestión clínica.
Nivel de los profesionales: Reconoce la efectividad y la calidad como vías para alcanzar la eficiencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de efectividad clínica. - Profesionalismo y gestión de recursos. 	Elimina las prácticas clínicas ineficientes e innecesarias.

Fuente: Elaboración propia.

Competencia 1. Nivel político: Identificar la aplicación del principio de justicia en la gestión de los recursos.

Los conocimientos que se deben adquirir para el desarrollo de esta competencia están en relación con el reconocimiento de la protección de la salud como un derecho, los modelos de financiación de los Servicios de Salud y el concepto de distribución equitativa de los recursos.

El concepto de justicia ha ido cambiando a lo largo de la historia. En la Grecia clásica se identificó con lo "correcto" y lo "bueno", aunque no es posible establecer una definición unívoca del término (6).

Para el pensamiento liberal "lo justo" es aquello que puede adquirirse mediante los bienes derivados del trabajo, o bien por la donación de terceros. De esta forma, se entiende que una atención sanitaria justa es aquella que está sujeta a las leyes del mercado. Lo justo es dar asistencia a quien puede pagarla (6).

En las teorías del igualitarismo, la justicia se concibe como igualdad de derechos. Lo justo sería dar tratamientos iguales para las mismas necesidades. Aunque igualar los estados de salud no es posible, al menos se debe tender a conseguir las mismas oportunidades de alcanzarla, dando más a aquellos que parten de peores condiciones (6).

En cambio, para el utilitarismo la justicia se basa en la obtención del mayor beneficio para la mayoría, y el problema surge porque en salud el mayor beneficio se consigue en los más sanos y capacitados; así que los discapacitados, los afectados por enfermedades raras y otras minorías quedarían excluidos de la asistencia sanitaria (7). En cuanto a la distribución de los bienes primarios, entre los que se encontraría la asistencia sanitaria según el criterio del maximin de Rawls, debe hacerse de forma imparcial, aunque asumiendo cierto grado de desigualdad si con ello se mejora a los más desfavorecidos (8).

Pero, la salud es un derecho humano fundamental con fuertes determinantes sociales (9). La consideración del derecho a la salud como un bien de justicia social ha dado lugar a la creación de los sistemas de salud públicos, diseñados para dar una cobertura sanitaria a toda la población.

En Europa se han desarrollado dos modelos de prestaciones sociales con diferente financiación, que han servido de base para el desarrollo de los actuales sistemas de salud. El primero fue creado en Alemania en 1883 por Otto von Bismarck (modelo Bismarck), siendo el primer país del mundo en adoptar un programa de seguros para enfermedades, accidentes de trabajo, invalidez y vejez. En este la financiación llegaba por las aportaciones de los empresarios y los trabajadores, y en un pequeño porcentaje por impuestos (10).

El modelo Beveridge, desarrollado en Gran Bretaña a partir del informe elaborado por W. Beveridge en 1942, incluía un plan de seguros sociales para la cobertura de las jubilaciones y la asistencia en la enfermedad. Dio lugar a un Sistema Nacional de Salud universal, basado en el principio redistributivo, en su mayor parte gratuito, y financiado por impuestos con carácter progresivo. Es el modelo seguido por el Reino Unido y España, entre otros países (11).

Lejos de estos planteamientos y con un claro corte liberal se encuentra el sistema sanitario de Estados Unidos, basado fundamentalmente en una sanidad privada con solo dos programas federales -el Medicare y el Medicaid-, una cobertura parcial y costes elevados (Tabla 2).

Tabla 2. Características de los modelos de financiación sanitaria

Sistemas de salud en países de la Unión Europea	Asistencia sanitaria en Estados Unidos
<ul style="list-style-type: none"> - Modelo social - Públicos - Eficientes - Más equitativos 	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo liberal - Privados - Coste elevado - Cuestiona la equidad

Fuente: Elaboración propia a partir de: *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud (11).*

La aplicación del principio de justicia en la distribución de los recursos sanitarios puede hacerse fundamentalmente en tres niveles: el político, las instituciones y los profesionales (Tabla 3).

Tabla 3. Gestión de los recursos a distintos niveles

Nivel	Gestión de recursos
Político	Inversión presupuestaria, evaluación de costes, cartera básica de servicios
Organizaciones sanitarias	Nuevas formas de gestión, reducción de ineficiencias, evaluación de tecnologías sanitarias y nuevos fármacos, análisis de resultados
Profesionales	Establecimiento de prioridades con criterios clínicos (efectividad clínica), disminución de la variabilidad (protocolos), evaluación de los resultados de la asistencia

Fuente: Elaboración propia a partir de: *Couceiro A. Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos (16).*

Es en el nivel político en el que se decide la distribución de los recursos fijados para la asistencia sanitaria, y su asignación depende del modelo de justicia elegido.

El Estado social es el garante de la equidad en salud, no entendida exclusivamente como distribución de los recursos, sino también como la posibilidad de lograr una buena salud, lo que abarcaría aspectos como las condiciones laborales y sociales o los estilos de vida (12).

En este sentido, la equidad en salud no es equivalente a igualdad (igual acceso para igual necesidad o igual utilización para igual necesidad) (13).

La equidad es el “trato desigual a los desiguales”, cuyo objetivo es reducir las diferencias en salud. No se trataría de obtener el mismo estado de salud para todas las personas, sino lo que M. Whitehead define como la “creación de las mismas posibilidades para la salud y reducción de las diferencias al nivel más bajo posible” (14).

Competencia 2. Las organizaciones sanitarias: Valorar la gestión eficiente y equitativa

Las empresas sanitarias públicas tienen como objetivo prestar una atención sanitaria efectiva y de calidad, pero también deben hacer una adecuada gestión de los recursos, donde la eficiencia sea compatible con la equidad (15).

La eficiencia consiste en el uso óptimo de los recursos, para lo cual se debe tener en cuenta el balance entre los costes de determinados programas o intervenciones y los beneficios que se obtienen de ellos. Esta consideración es un deber derivado del principio de justicia e implica hacer un análisis del coste-oportunidad, es decir considerar aquello que se deja de hacer al elegir una determinada opción. Pero, este sistema de preferencias que plantea la eficiencia debe tener en cuenta a la equidad para ser moralmente válido (16).

Son varios los modelos de gestión que provienen de la empresa privada y que necesitarían ser adaptados a la empresa pública para garantizar el principio de justicia.

Uno de ellos es la “gestión clínica” que surge a partir del “Clinical Governance” introducido en el National Health Service en 1998, y que hace referencia al concepto de “el buen gobierno sanitario que se desarrolla fomentando el profesionalismo, reforzando el papel de las unidades asistenciales y del trabajo por procesos, para mejorar los resultados en salud de pacientes y población en el contexto de los recursos asignados” (17).

En su origen la gestión clínica va indisolublemente unida a la responsabilidad, la excelencia y la calidad, cuyas dimensiones están en estrecha relación con la ética.

Estas son (18):

- La efectividad, referida al impacto de una intervención en términos de mejora real de la salud. Estaría orientada por el principio de beneficencia.
- La eficiencia, entendida como uso adecuado de los recursos, cuya dimensión ética estaría en relación con el principio de justicia.
- La calidad científico-técnica de los profesionales y la seguridad en la asistencia sanitaria como parte del principio de no maleficencia.
- La satisfacción del paciente con el servicio prestado, que tendría como dimensión ética el principio de autonomía.

La excelencia y calidad de la asistencia van a ser los componentes de la ética de las organizaciones sanitarias, que surge en 1995 a partir de los criterios incluidos en el manual de acreditación de la Joint Commission for Accreditation of Healthcare (19).

Las nuevas formas de gestión deben incluir como un elemento esencial la comunicación fluida y transparente entre gestores, profesionales sanitarios y pacientes, y conjugar eficiencia con equidad.

Competencia 3. Los profesionales: reconocer la efectividad y la calidad como vías para alcanzar la eficiencia.

Una forma de llegar a la eficiencia es a través de la efectividad clínica y la calidad (20). Si la mayoría del gasto en salud se origina en las decisiones de los/as médicos/as y enfermeros/as, estos tienen una responsabilidad en la distribución de los recursos, en cuanto que pueden evitar las prácticas ineficaces, inefectivas e inseguras (21).

La relación entre sí de los profesionales sanitarios en el actual entramado de las Organizaciones Sanitarias, así como con la sociedad en general, ha dado lugar a la aparición del llamado "nuevo profesionalismo", tanto en la profesión médica como la de enfermería (22,23). Surgido a comienzos del siglo XX, introduce la consideración de la salud como un bien público e implica un nuevo acuerdo entre profesionales, gestores y pacientes (Tabla 4).

Tabla 4. Implicaciones del "nuevo profesionalismo" para la enseñanza en Ciencias de la Salud

Compromiso con los pacientes	- Mantener las competencias a lo largo del tiempo. - Aprendizaje continuo.
Compromiso con otros profesionales	- Ofrecer cuidados de calidad, adquiriendo una cultura de trabajo en equipo para disminuir los errores y aumentar la calidad de los cuidados.
Compromiso con la sociedad	- Distribución justa de los recursos, considerando en la práctica clínica los criterios de coste-efectividad, eficiencia y equidad.

Fuente: Adaptado de Infante Campos (22).

Equidad en salud: marco deontológico y legal

"La Deontología profesional es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional" (24,25).

Como todo código de conducta, es una exigencia moral para los profesionales, lo que no les exime de sus obligaciones jurídicas. De hecho, muchas de las normas recogidas en el código de deontología también son normas legales. Esta coincidencia se expresa en lo referente a la equidad en el uso de los recursos (Tabla 5).

Tabla 5. Asistencia sanitaria y distribución de recursos: marco legal y deontológico en España

<p>Marco legal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Artículo 43 de la Constitución Española, 1978. Derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos. - Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (art. 3 y 12). Equidad como principio general. Acceso en situación de igualdad a las prestaciones sanitarias. - Ley 14/2003 de cohesión y calidad del SNS. Garantizar la equidad, la calidad y la participación social. - Plan de Calidad 2006 para el SNS.
<p>Marco deontológico</p>	<p>Código de Deontología Médica (24).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Art. 7.2 "El médico ...debe velar por la calidad y eficiencia de su práctica." -Art. 7.4 "El médico ...está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición." -Art. 21.2 "Las exploraciones complementarias no deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada y abusiva. La medicina defensiva es contraria a la ética médica." -Art. 23.4 "Los médicos con responsabilidades en la dirección y gestión de recursos actuarán siempre guiados por el bien colectivo y la equidad." <p>Código Deontológico de Enfermería Española (25).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Art. 34 "En el establecimiento de programas de promoción de la salud y en el reparto de los recursos disponibles, la Enfermera/o se guiará por el principio de justicia social de dar más al más necesitado." -Art. 57 "La Enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia..." -Art. 73 "La Enfermera/o debe procurar investigar sistemáticamente con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería, desechar prácticas incorrectas..." <p>Código Deontológico de Fisioterapia (26).</p> <p>3. "Ningún fisioterapeuta debe derivar con fines lucrativos, pacientes del centro público..., al gabinete privado propio o de otros compañeros"</p> <p>Código Deontológico de la Profesión Farmacéutica (27).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Art. 34.3 "El farmacéutico ...se esforzará para que las medidas..., tendentes a racionalizar el gasto sanitario y farmacéutico, tengan presente la eficiencia salvaguardando la calidad asistencial". -Art. 42 "Velar por el prestigio de la institución, centro o establecimiento donde trabajen, y contribuir a realizar un uso eficiente de los recursos que pongan a su disposición.

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

Los profesionales sanitarios deben buscar el mayor beneficio para el paciente, conjugándolo con una gestión eficiente y equitativa de los recursos disponibles.

La adquisición de los conocimientos en aspectos éticos, legales y deontológicos, así como las competencias para llevar a cabo estas tareas deben iniciarse en el pregrado.

Se han definido tres tipos de competencias relacionadas con la distribución de los recursos y la protección de la salud que, a su vez, conllevan el conocimiento sobre la aplicación del principio de justicia a nivel político, la gestión eficiente y equitativa a nivel de las organizaciones sanitarias y, por último, la atención sanitaria efectiva y de calidad por parte de los profesionales.

Bibliografía

1. Carreras i, Barnés J. Guía para la evaluación de competencias en medicina. Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya; 2009. Disponible en: http://www.aqu.cat/doc/doc_71595240_1.pdf
2. Costa-Alcaraz AM, Calvo-Rigual F, Siurana-Aparisi JC. [Shared governance and reasonableness as ethical contributions to health policy]. Rev Esp Salud Pública. 2013 Mar-Apr;87(2):137-47.
3. Abel F. Bioética: diálogo interdisciplinar. Cuadernos de Bioética. 1999; 37(1): 11-16.
4. León Correa FJ. Enseñar bioética: Cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. Acta Bioethica. 2008; 14(1): 11-18.
5. Conill Sancho J. Eficiencia y justicia en la empresa sanitaria. Veritas. 2006; 1(15): 209-22.
6. Gracia D. Fundamentos de bioética. 2º ed. Madrid: Triacastela; 2007. p. 626.
7. Drane JF. Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud. Bol Of Sanit Panam. 1990; 108: 5-6.
8. Rawls J. Teoría de la justicia. México, D. F: Ediciones Fondo de Cultura Económica; 2008.
9. Pan American Health Organization. [Internet].2012 [citado 28 de septiembre de 2017]. Washington: Declaración de Alma-Ata. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518
10. Macia Soler ML, Moncho Vasallo J. Sistema Nacional de Salud Español. Características y análisis. Enfermería Global. 2007; 10: 1-14. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/256/260>
11. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. p. 99. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf

12. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Pública. 2002;11(5-6):302-309. Disponible en:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500005&lng=en

13. Gimeno JA, Rubio S, Tamayo P. Economía de la salud: Fundamentos. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2006. p. 324.

14. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. WHO. Regional Office for Europe, 1990. Disponible en:

https://cursos.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/61/bibli/m1-Whitehead_M-conceptos_y_principios_de_equidad_en_salud_-_OPS_1991.pdf

15. Couceiro A. Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos. Anales Sis San Navarra. 2006; 29(Suppl 3): 61-74. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000600007&script=sci_abstract

16. Puyol González A. Ética y racionalidad de la contribución financiera del usuario de la sanidad pública. La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Fundación Rafael Campalans. Informes FRC; 2007. p. 39-56. Disponible en:

<http://84.89.132.1/~puig/publicacions/Any2007/informesfrc1.PDF>

17. Repullo Labrador JR. Gestión clínica: modelo, instrumentos y experiencia [monografía en internet]. 2014 [citado 27 de julio 2016]. Madrid: Organización Médica Colegial. Recuperado de:

<http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/ABSTRACT%203%20MESA.pdf>

18. Villegas Periñán M, Rosa Díaz IM. La calidad asistencial: concepto y medida. Dirección y organización. 2003; 29: 29-58. Disponible en:

<http://w.revistadyo.com/index.php/dyo/article/viewArticle/142>

19. Simón P, editor. Ética de las organizaciones sanitarias. Madrid: Editorial Triacastela; 2005. p. 224.

20. Ortún V, Rodríguez F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. Med Clin. 1989;95: 385-388.

21. Repullo JR. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. Rev Calid Asist. 2012 May-Jun;27(3):130-138.

22. Infante Campos A. Nuevo profesionalismo, educación médica y sistemas de salud. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(6): 2725-2732. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600011&lng=en

23. Luengo Martínez C, Paravic-Klinj T, Burgos-Moreno M. Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. Enfermería Universitaria. 2017; 14 (2): 131-142.

24. Organización Médica Colegial. Ética y Deontología. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España: Madrid; 2016. Disponible en: <http://www.cgcom.es/deontologia>

25. Organización Colegial de Enfermería. Código Deontológico de la enfermería española; 2017. Disponible en:

<http://www.codem.es/documentos-3/codigo-deontologico-de-enfermeria-espanola>

26. Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas. Código Deontológico del Consejo General de Fisioterapeutas de España; 2002. Disponible en:

<https://www.consejo-fisioterapia.org/descargas/codigo-deontologico-cgcfe.pdf>

27. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. Código de Deontología de la Profesión Farmacéutica; 2018. Disponible en:

<http://www.portalfarma.com/Profesionales/organizacionfcolegial/Documents/2018-Codigo-Deontologia-Profesion-Farmacaceutica-CGCOF.pdf>

Relación entre la violencia, consumo de drogas y calidad de vida relacionada con la salud en mujeres: estudio de caso en la región sur de Jalisco, México

Relationship between violence, drug use and quality of life related to health in women: a case study in the southern region of Jalisco, Mexico

Lidia García Ortiz, Leticia Casique Casique, Alicia Álvarez Aguirre, Carlos Alberto Núñez Colín, Leticia Cortaza Ramírez

Universidad de Guadalajara, Centro Universitario del Sur, ciudad Guzmán

*Manuscrito recibido: 24/04/2018
Manuscrito aceptado: 27/06/2018*

Cómo citar este documento

García Ortiz L, Casique Casique L, Álvarez Aguirre A, Núñez Colín CA, Cortaza Ramírez L. Relación entre la violencia, consumo de drogas y calidad de vida relacionada con la salud en mujeres: estudio de caso en la región sur de Jalisco, México. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). Otoño 2018; Vol. 6 (4): 64-78

Resumen

Objetivo

Determinar la asociación entre la violencia, el consumo de drogas y la Calidad de Vida Relacionada con La Salud (CVRS) de las mujeres que acuden a las unidades de violencia.

Método

Estudio descriptivo, transversal realizado en las unidades de atención a mujeres víctimas de violencia, de la Región Sanitaria VI, Sur de Jalisco durante 2017. La población total fue de 120 mujeres que acuden a las unidades de atención a víctimas de violencia de género, se incluyeron aquellas que cumplían con los criterios de inclusión 80, por lo que el muestreo fue por conveniencia, las variables de estudio: mujeres que sufrieron violencia, tipo de consumo de drogas y la calidad de vida relacionada con la salud. Se realizó estadística descriptiva y la C de Cramér como técnica de asociación por el tipo de datos obtenidos.

Resultados

La media de edad fue de 30,37. El 42,5% estaban casadas, el 36,3% tenían instrucción escolar primaria, el 43,08% padecían alguna enfermedad mental. El 100% de las mujeres indicaron haber vivido violencia de pareja y el 57,3% reportaron que vivieron violencia psicológica; referente al consumo de drogas lícitas el 30% consumían alcohol y tabaco, la media de la CVRS fue de 51,15 con DE= 19,12.

Conclusiones

Se encontró asociación significativa entre las variables de violencia con uso de benzodiazepinas, analgésicos y antiinflamatorios ($\alpha=0,01$), pero no se encontró asociación entre la violencia y la CVRS.

Palabras clave

Violencia de Pareja; Trastornos Relacionados con Sustancias; Calidad de Vida; Salud de la Mujer; Enfermería en Salud Comunitaria.

Abstract

Objective

To determine the association between violence, drug use and the Quality of Life Related to Health (HRQOL) of the woman who goes to the violence units.

Method

Descriptive, cross-sectional study carried out in the care units for women victims of violence, in the Sanitary Region VI, Southern Jalisco during 2017. The total population was 120 women who attended the units of attention. Violence of their intimate partner those that met the inclusion criteria were included 80, so the sampling was for convenience, the study variables: women who suffered violence, of drug use and the quality of life related to health. Descriptive statistics were performed and the C of Cramér as an association technique by the type of data obtained.

Results

The average age was 30,37, 42,5% indicated that they had been married, 36,3% had primary school education, 43,08% had a mental illness. 100% of the women indicated that they had experienced intimate partner violence and 57,3% of the women reported that they experienced psychological violence. Regarding the consumption of licit drugs, 30% consume alcohol and tobacco, the half HRQOL was 51,15 with a standard deviation of 19,12.

Conclusions

A significant association was found between the variables of violence with the use of benzodiazepines, analgesics, and anti-inflammatories ($\alpha = 0,01$), but no association was found between violence and HRQOL.

Keywords

Intimate Partner Violence; Substance-Related Disorders; Quality of Life, Women's Health; Community Health Nursing.

Introducción

En los últimos años la repercusión del maltrato a mujeres ha tomado características alarmantes, las estimaciones mundiales publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que una de cada tres (35%) mujeres en el mundo, han sufrido violencia física y/o sexual de pareja en algún momento de su vida (1).

En México, se distinguen cuatro tipos de violencia de pareja: la violencia física que está dirigida al cuerpo para ocasionar dolor o incluso la muerte, la violencia psicológica que está dirigida a la autoestima, autoconcepto y equilibrio emocional; la violencia económica que está dirigida al control de ingresos, gastos y bienes; y violencia sexual que está dirigida a imponer o coartar las relaciones sexuales, o a vulnerar la autoestima e integridad sexual (2).

En este sentido el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), a través de la Encuesta Nacional sobre las Dinámicas de Relaciones en los Hogares (ENDIREH), reportó que la prevalencia nacional de violencia de pareja a lo largo de la relación actual o última es de 43,9% y las entidades con las prevalencias más altas son: Estado de México, Ciudad de México, Aguascalientes, Jalisco y Oaxaca (3).

De ahí la importancia de realizar éste estudio en dos de los municipios del estado de Jalisco, donde se ubican las unidades de atención a mujeres víctimas de violencia de género, estas unidades se encuentran a cargo de la Secretaría de Salud del estado de Jalisco (SSJ), por lo que se consideró importante describir a las mujeres que sufrieron violencia de pareja y cómo los hechos de violencia guardan relación con los consumos de drogas legales, ilegales y drogas médicas, además es significativo identificar cómo las propias mujeres perciben su Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ya que esta última, es una percepción con base en sus creencias personales y sus objetivos de vida, ya que los hechos de violencia de pareja tienen implicaciones en la salud física, mental y social, de las mujeres.

Esto se manifiesta de diversas formas, por ejemplo: la mujer acude en más ocasiones a consulta debido a sus múltiples problemas físicos, se suele auto prescribir analgésicos, antidepresivos, ansiolíticos, anfetaminas, tranquilizantes y estimulantes para reducir los efectos de la ansiedad y bloquear el malestar físico y emocional que le provoca el maltrato (4-6), muchas veces no logran el estado de salud óptimo y combinan estos consumos con alcohol y tabaco, dicen consumirlo para "sobrellevar las tensiones de la vida cotidiana" (7 p505).

Es sustancial mencionar que la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, (ENCODAT) 2016-2017, reportó una prevalencia nacional por consumo de alcohol en mujeres de 10,3% y el 47,1% de ellas, inician el consumo entre los 18 a 25 años y han referido que "después de consumir 6 copas, es que se sienten borrachas" (8 p49). Además, el 26,8% consumen alcohol para disminuir ansiedad y estrés, los estados que reportan prevalencias más altas por consumo de alcohol son: Jalisco, Quintana Roo y Baja California. Con relación al tabaco la prevalencia nacional de mujeres fumadoras es de 8,7%, con una edad de inicio de 21 años, en promedio fuman 6 cigarrillos diarios, el estado de Jalisco ocupa el décimo primer lugar en prevalencia de tabaquismo a nivel nacional.

Cabe señalar que las mujeres inician el consumo de alcohol en reuniones sociales por ser una sustancia socialmente aceptable y de fácil acceso, además refieren que lo hacen para sentirse alegres (9,10), asimismo algunos estudios señalan que las mujeres también realizan consumos de psicotrópicos y estos se asocian a la violencia de pareja y la falta de mecanismos de afrontamiento eficaces, para sentirse tranquilas (11). En esta investigación

la CVRS, fue vista a través de la luz del modelo conceptual que propone Schwartzmann, L (12), que contempla los factores psicológicos, orgánicos y sociofamiliares, de la persona, para medir el bienestar físico, emocional y social, el modelo fue el marco lógico que ayudó a comprender la Calidad de Vida (CV) para evaluar el bienestar físico, emocional y social de las mujeres que han vivido violencia de pareja y consumo de drogas.

Objetivos

Determinar la asociación que existe entre la violencia, el consumo de drogas y la calidad de vida relacionada con la salud de la mujer que acude a las unidades de violencia de género.

Desarrollo

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal realizado de mayo a diciembre del 2017. La población total fueron 120 mujeres que acudieron a las unidades de atención a víctimas de violencia de género en la región VI sur del estado de Jalisco, que comprende 16 municipios. El muestreo fue por conveniencia, la muestra final estuvo conformada por 80 mujeres, las participantes fueron captadas consecutivamente y según cumplían los criterios de inclusión: mujeres que acuden a tratamiento psicológico, que vivieron cualquier tipo de violencia de pareja, que tenían entre 20 a 39 años, que no vivieran en pareja y que tuvieran entre 1 y 2 hijos, se excluyeron aquellas mujeres que no quisieran contestar el 100% de los cuestionarios.

Para la recopilación de la información se desarrolló una ficha de datos personales para recoger los aspectos que permiten caracterizar a la mujer y se tomó como base los elementos: factores psicológicos, orgánicos, sociofamiliares y sucesos vitales estresantes del modelo conceptual de Schwartzmann, L, donde indica que estos factores deben de ser considerados para después poder determinar la CV en las dimensiones de bienestar físico, emocional y social. La ficha de datos sociodemográficos incluyó los factores psicológicos, se identificó si padecía trastorno de estrés post-traumático, ansiedad o alguna otra patología mental que le hubieran diagnosticado y/o estuviera en tratamiento; con relación a los factores orgánicos, se preguntó edad, número de hijos, sucesos familiares estresantes, estado civil, ya que aunque en ese momento estuviera separada de la pareja era importante saber su situación legal, así como su nivel de estudios y religión que profesa. Todos estos datos permitieron caracterizar a la mujer e identificar los factores sociofamiliares; con relación al tipo de violencia vivida, el consumo de drogas y la CVRS, fue necesario aplicar tres instrumentos:

El primero fue el Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja (CVSEP), validado en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México, por Moral de la Rubia J y Ramos Basurto S (13), quienes reportaron consistencia interna de los 27 ítems de ($\alpha = .95$). Con respecto al contenido permite evaluar la violencia psicológica y social, violencia física, intimidación, agresión y violencia sexual, así como la violencia económica.

El segundo instrumento fue la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés), la prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, el instrumento contiene 6 ítems con escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van de 1 a 5, donde 1 es nunca y 5 a diario o casi diario, además lo componen tres sub escalas; tabaco, alcohol y marihuana, el análisis de fiabilidad se reporta mediante la prueba de consistencia interna ($\alpha = .81$) y el análisis factorial indica que la subescala de tabaco tiene un ($\alpha = .83$), la sub escala alcohol reporta

($\alpha = .76$) y la subescala marihuana reporta ($\alpha = .73$) por lo que este instrumento de cribado es aceptable, válido y sensible para la población mexicana, ayuda a la identificación de casos de riesgo asociados al consumo de sustancias, así lo indicaron Tiburcio Sainz et al (14).

El tercer instrumento fue el Cuestionario de Salud SF-36, contiene 36 ítems con escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta, en ocho dimensiones básicas de la salud y un reactivo de transición, para identificar la salud esperada, la consistencia interna reportada para cada una de las dimensiones fue: función física ($\alpha = .84$), rol físico, ($\alpha = .70$), dolor corporal ($\alpha = .80$), salud general ($\alpha = .73$), vitalidad ($\alpha = .83$), función social ($\alpha = .76$), rol emocional ($\alpha = .56$) y salud mental ($\alpha = .83$). Este instrumento fue aplicado a población mexicana por Zúñiga M A et al (15), refieren que este instrumento detecta estados positivos y negativos de salud, además explora la salud física y la salud mental (ver tabla 1).

Procedimiento de recolección de datos

Previo a la recolección de datos se realizó una prueba piloto con un grupo de mujeres que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión del estudio; durante el pilotaje se identificaron aspectos logísticos como el tiempo de aplicación, y necesidades de infraestructura, también se buscaba identificar si había problemas metodológicos para entender las preguntas. Los resultados de la prueba piloto no formaron parte de la muestra, solo se realizó con los fines antes mencionados.

La recolección de datos, se realizó antes de que la mujer ingresara a la consulta de psicología de la unidad de violencia, ahí se identificó las que cumplieran los criterios y se les invitaba a participar, siendo informadas acerca del estudio y se les entregaba el consentimiento válidamente informado, posteriormente se aplicaron los tres instrumentos y para finalizar se recogieron los datos sociodemográficos: edad, enfermedad que padece, escolaridad, estado civil, número de hijos y religión. Esta actividad duraba unos 20 minutos.

Para la medición de variables, se utilizó estadística de tipo descriptiva con medidas de tendencias central y de dispersión para las variables numéricas, así como el uso de tablas de frecuencia y porcentajes para las variables categóricas, para correlacionar las variables cualitativas se utilizó el coeficiente de contingencia C de Cramer, este análisis permitió determinar la intensidad de la relación entre las mismas; los datos fueron procesados en el programa MS Excel 2016®.

Aspectos éticos

La investigación se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones de la declaración de Helsinki de 2008, se contó con un consentimiento válidamente informado donde se daba a conocer los objetivos de la investigación, los responsables de la misma y su adscripción institucional, asimismo, se garantizó el anonimato y confidencialidad de la información dada con arreglo a los principios de Belmont Report de 1978. El protocolo fue aprobado por el comité de investigación de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra, también fue aprobado por la Dirección General de Salud Pública, del estado de Jalisco, quedando en el registro estatal de investigación con el número 22/RVI-JAL/2017.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 80 mujeres, la media de edad fue de 30,37 años (DE = 5,67), edad mínima de 20 años y máxima de 39 años, con respecto al estado civil el 43% dijo que se había casado, 38% dijeron que vivieron en unión libre, 9% estaban divorciadas y 10% viudas. Con respecto a la escolaridad 36,3% indicaron tener estudios primarios, 35% de secundaria, 22,5% bachillerato, 3,8% con licenciatura y 2,5% sin ninguna instrucción académica, pero sí sabían leer y escribir. El 100% de la muestra tenía hijos y el 91,3% profesaban la religión católica.

Con relación al tipo de violencia que vivieron las mujeres, el 57,3% refirieron en primer lugar haber vivido violencia psicológica, este tipo de violencia se identifica cuando el hombre critica el arreglo personal de la mujer, cuando se enoja si ella no hace lo que él quiere, vigila todo lo que ella hace, le dice que es fea y poco atractiva, le prohíbe que se reúna con amigas, la amenaza con dejarla, se molesta por los éxitos de ella, le prohíbe trabajar o seguir estudiando, la agrede verbalmente cuando supone que ella no atiende a los hijos cómo él cree que es correcto, también la agrede verbalmente cuando lo que él espera que esté listo y no lo está, cómo la comida a cierta hora o quehaceres de la casa, todas estas agresiones verbales hacen que la mujer tenga miedo de su pareja.

En segundo lugar, el 19% refirió violencia económica, esta fue identificada como una forma de violencia que busca controlar a la mujer a través del dinero, a través de los celos, de la toma de decisiones sin consultar a la pareja y luego busca el chantaje. En tercer lugar, el 15% refirió violencia sexual, al recibir de su pareja críticas como amante, la rechaza ante la petición de una relación sexual, no tiene en cuenta sus necesidades sexuales o simplemente no la respeta y solicita tener relaciones con la mujer, a pesar de que ella está enferma y emite comentarios hirientes de alguna parte de su cuerpo. En último lugar refirieron violencia física el 12% al aceptar que la asusta a través de golpear los objetos en casa, pared, puerta o muebles y que ha recibido empujones y golpes directos de su pareja. Cabe señalar que la violencia no se manifiesta por una sola modalidad, si no que una mujer puede vivir todos y cada uno de los diferentes tipos de violencia (ver tabla 2).

Estos hechos de violencia sufrida por la mujer repercutieron en su salud mental, ya que el 43,8% de las mujeres indicaron padecer alguna alteración de salud mental, este dato se validó con el diagnóstico en expediente clínico. Los diagnósticos encontrados fueron: ansiedad, depresión, ideación suicida y bipolaridad, cabe mencionar que los diagnósticos fueron realizados posteriormente a los años sufridos de la violencia de género.

También se identificó que un 2,5% padecen enfermedades gastrointestinales como la colitis y gastritis, solo el 1,3% padecía una enfermedad crónico-degenerativa, el resto 52,5% refirieron no padecer ninguna enfermedad.

Al indagar el consumo de drogas lícitas en los últimos tres meses se identificó que el 30% de las mujeres reportaron consumo de alcohol y el mismo porcentaje de consumo de tabaco. Con relación a las drogas ilícitas, el 2,5% indicó consumo de marihuana; en cuanto a las drogas médicas prescritas, el 51% de las mujeres consumían benzodiazepinas; el 49% no refirieron ningún tipo de consumo. Aunado a estos consumos el 58,75% de las mujeres refirieron que se automedicaban con analgésicos, antiinflamatorios y algunos relajantes musculares, argumentando sufrir dolores, incapacidad para mantener un día lleno de vitalidad y fuerza, y dificultad para conciliar el sueño de manera fisiológica (ver tabla 3).

En lo que respecta a la CVRS, se obtuvo una media de 51,16 con una (DE = 19,12), se aprecia una DE muy abierta, se asume que puede ser por la naturaleza subjetiva de la variable, ya que la percepción del propio estado de salud puede variar entre cada mujer; además se identificaron las áreas que presentaron medias más bajas, estas fueron; salud mental, 8,45, salud general, 9,26, vitalidad con 6,65 y por último la función física, 14,88 (ver Tabla 4).

La asociación de las variables de violencia con uso de benzodiazepinas, analgésicos y antiinflamatorios fue significativa con $\alpha=0.01$, también se encontró asociación entre enfermedades reportadas con el uso de sedantes y medicamentos (ver tabla 5).

Tabla 1: Interpretación del instrumento SF 36

Conceptos	Nº. de preguntas	Significado de los resultados	
		Bajo	Alto
Función física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy severo y extremadamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor
Salud general	5	Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa la salud personal como excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales

Rol emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año

Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja (CVSEP) n=80.

Tabla 2. Tipos de violencia sufrida y ejercida por la pareja

Tipos de violencia	F	%
Violencia psicológica y social	43	57,3%
Violencia económica	10	19%
Violencia sexual	12	15%
Violencia física intimidación y agresión	15	12%
Total	80	100%

Fuente: Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36.

Tabla 3. Tipos de consumos de drogas

Tipo consumo de drogas lícitas	Si Consumen		No Consumen	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bebidas alcohólicas (cerveza, vino o destilados)	24	30	56	70
Tabaco (cigarrillos)	24	30	56	70
Consumo de drogas ilícitas				
Marihuana	2	2,5	78	97,5
Consumo de drogas médicas				
Pastillas para dormir: diazepam, alprazolam etc.	41	51,2	39	48,7
Analgésicos y antiinflamatorios	47	58,7	33	41,2

Fuente: detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) n=80.

Tabla 4. Dimensiones de la CVRS y puntaje del estudio de 80 mujeres de las Unidades de Violencia de Género en la **Región Sur** de Jalisco, México

Dimensiones	Puntaje ideal		DE
Función física	22	14,88	3,75
Rol físico	4	2,29	1,59
Dolor corporal	6	3,70	1,64
Salud general	20	9,26	2,36
Vitalidad	16	6,65	2,27
Función social	2	1,00	0,94
Rol emocional	5	2,35	1,33
Salud mental	20	8,45	4,29
Transición	5	2,58	0,95
Total	100	51,16	19,12

Fuente: Instrumento SF 36 n=80.

Tabla 4. Asociación entre índices de violencia, calidad de vida y enfermedades con factores de adicción mediante la C de Cramér

Indices	Tabaco	Alcohol	Benzodiacepinas	Analgésicos
Violencia	0.21042322 ^{NS}	0,29339851	0,34812518 ^{**}	0,32405424 ^{**}
Calidad de vida	0,143720368	0,19304445	0,19207377	0,15597216
Enfermedades reportadas	0,193362014	0,28448824	0,44731786 ^{**}	0,38365328 ^{**}

*NS=No significativo, *=Significativo con $\alpha=0.05$, **=Significativo con $\alpha=0.01$.*

Discusión

En este estudio se planteó como objetivo determinar la asociación que existe entre la violencia, el consumo de drogas y la calidad de vida relacionada con la salud de la mujer que acude a la unidad de violencia.

Se encontró que la media de edad fue de 30,37 (DE = 5,67) con una edad mínima de 20 años y una máxima de 39 años, el 43% eran casadas, el 36,3% su escolaridad máxima fue de estudios primarios y el 100% tenían hijos, estos datos permiten contextualizar las características de las mujeres que han sufrido violencia y se contrastan con la consulta multidisciplinaria de protección a las mujeres, realizada en Cienfuegos en la costa sur de Cuba, donde se reportó que las mujeres que viven violencia se encuentran en el grupo de edad de 25 a 39 años y son amas de casa 86% (16). También se resaltan los resultados de un estudio de violencia de pareja en mujeres Neoleonesas en el que la media de edad fue de 35,01 años (DE = 10,01), con respecto al estado civil, 45% reportaron estar casadas (17). Estos datos permiten establecer en ambos estudios, que la edad y el estado civil son similares, por lo que el fenómeno conomita con la mujer en esta etapa de vida.

Con respecto a la tipificación de la violencia ENDIREH 2016 (3), señaló que la prevalencia nacional de violencia emocional es de 49%, violencia sexual 41,3%, violencia física 34% y violencia económica 29%, estos datos se contrastan con lo encontrado en el presente estudio, donde se identificó que 57,3% dijeron haber vivido violencia psicológica, este dato llama la atención ya que se encuentra por encima de la media nacional, sin embargo así lo refirieron las mujeres y se contrasta con lo referido por Romero Rodríguez, LdC al afirmar que la violencia psicológica es el tipo de violencia más difícil de objetivar cuantitativamente dado que siempre acompaña a las otras formas de violencia, además una buena parte de la población femenina, la considera como algo "natural o normal" (18, p 127), acorde a la cultura androgénica heredada ancestralmente.

Otra forma de violencia identificada en el presente estudio fue la violencia económica 19%, el tipo de violencia puntúa muy cercano a la prevalencia nacional, es decir, los datos permiten ver un panorama de lo que las mujeres están viviendo, están siendo controladas por su pareja a través del dinero, celos y chantajes, estos datos reafirman la desigualdad económica, donde el hombre tiene el poder adquisitivo y somete a la mujer, dando legitimación del dominio masculino, este punto de vista es coincidente con el estudio que analizó la violencia de género en Yucatán, México (19).

Otro tipo de violencia identificada en el presente estudio fue la violencia sexual 15%, la cifra llama la atención ya que se encuentra muy por encima de la media nacional, sin embargo, se puede deber a la naturaleza de las preguntas, que van dirigidas a violencia psicológica con

énfasis en la sexualidad; las mujeres reciben críticas como amante, las rechazan cuando ellas piden una relación sexual o simplemente no son tomadas en cuenta y las obligan a tener relaciones a pesar de que estén enfermas, estos hechos de violencia vuelven a marcar sumisión en la relación de pareja, así lo indicó un estudio realizado en el estado de Tabasco al reportar que las cuatro formas de violencia coexisten en una misma relación de pareja (20).

Con relación a la violencia física destaca el hecho de que solo el 12% refirió este tipo de violencia, las cifras se encuentran por debajo de la media nacional reportada por ENDIREH 2016, sin embargo, es una nueva manera de que se manifieste la violencia, es decir, el hombre ya no golpea directamente, porque ha encontrado que puede mantener el control y someter a la mujer a través de otros recursos, por ejemplo la violencia psicológica, económica y sexual y estos tipos de violencia llevan a la mujer a presentar problemas en la salud mental 43,8%, como la ansiedad, depresión, ideación suicida y bipolaridad, estos datos se encuentran por encima de lo reportado en el estudio realizado en Perú, en el que el 39,5% de las mujeres que vivieron violencia de pareja presentan depresión, así mismo indican que la afección provoca sufrimiento y constituye una causa de discapacidad (21). Estos datos denotan que cuando las mujeres son maltratadas las secuelas psíquicas, permanecen largo tiempo.

Con relación a los consumos de drogas lícitas en el presente estudio se encontró que el 30% de las mujeres reportaron consumos de alcohol y tabaco, estos datos se encuentran por encima de la media nacional (ENCODAT) 2016-2017, consumo de alcohol 10,3% y 8,7% de tabaco. Este fenómeno se puede deber a que en la muestra de la presente investigación todas las mujeres vivieron violencia de pareja, algunos estudios indican que existe syndemia entre el fenómeno de violencia de pareja y los consumos de drogas (22); es decir, que tienen relación, este término se utiliza para relacionar dos o más afecciones, que interactúan de forma sinérgica.

Es importante recalcar que en el presente estudio se encontró, que el 51% de las mujeres consumen benzodiazepinas y 58,75% consumen analgésicos y antiinflamatorios, es decir más de la mitad de la muestra refiere algún tipo de consumo de drogas, ya sea prescrito o no prescrito, este dato es coincidente, con un estudio que reportó que las mujeres consumen drogas psicotrópicas clase II, como el diazepam en un 71,42%, seguido por alprazolam 14,28%, estos resultados reflejan que la mujer que sufre violencia tiene la necesidad del consumo de estos medicamentos debido a la falta de mecanismos de afrontamiento eficaces (23). Estos datos fueron confirmados al encontrar asociación estadísticamente significativa entre la violencia y el consumo de benzodiazepinas, analgésicos y antiinflamatorios.

La violencia psicológica es el tipo de violencia más difícil de objetivar cuantitativamente dado que siempre acompaña a las otras formas de violencia, además una buena parte de la población femenina, la considera como algo "natural o normal".

Con relación a la CVRS se identificaron cuatro dimensiones con medias más bajas, estas fueron; salud mental 8,45, salud general 9,26, vitalidad con 6,65 y por último la función física 14,88. Estos datos contrastan con otros estudios donde destacan la relación entre el abuso que vive la mujer y las secuelas negativas en su salud mental y la relación con la CV (24) las investigaciones coinciden al determinar que la violencia tiene efectos inmediatos, acumulativos e irreversibles sobre el bienestar y la salud física, mental, sexual y reproductiva de la mujer y repercute en la CV, afecta el desarrollo de quienes la padecen (25), este desgaste que las mujeres experimentan, contribuye en el deterioro celular, afectando la vitalidad que se verá reflejada en el aspecto físico de la mujer (26) y por ende, repercute en

la función física, dejan de realizar actividades, inclusive no hay ánimo para el arreglo personal, de ahí la importancia de atender no solo las causas, sino la base del problema

Sin embargo, las propias expectativas de vida, la naturalización de la violencia, los constructos sociales, sumados a las creencias religiosas, son las que hacen a las mujeres darse valor ante situaciones inciertas.

Conclusiones

Los hallazgos del estudio indican que, existe asociación significativa entre la violencia con el uso de benzodiazepinas, también se encontró asociación entre enfermedades reportadas con el uso de benzodiazepinas, analgésicos y antiinflamatorios.

Llama la atención la etapa en la que la mujer sufre las consecuencias de la violencia que fue entre los 30 a 35 años, edad en la que la mujer es altamente productiva y reproductiva, y además presenta consumos de alcohol al menos una vez a la semana que se exacerba con el paso del tiempo, al mismo tiempo fuma tabaco y/o consume benzodiazepinas u otros fármacos para aliviar los pensamientos intrusivos que la aquejan por la violencia vivida.

A pesar de todos estos concomitantes, la mujer refiere CVRS medianamente aceptable, y no es que en realidad esté bien ya que se observa en los resultados que tienen problemas de salud física y mental y algunas ya están en tratamiento psiquiátrico. Sin embargo, las propias expectativas de vida, la naturalización de la violencia, los constructos sociales, sumados a las creencias religiosas, son las que las hacen darse valor ante situaciones inciertas.

Este fenómeno debe seguir explorando y valorando otras variables confusoras como la presencia de alexitimia; algunos estudios indican que este rasgo de personalidad se caracteriza por dificultades para identificar y expresar sentimientos y puede aparecer como consecuencia o estar agravada por una violencia de pareja intensa y de larga duración.

Ante estos sucesos de concomitancia de violencia y consumo de alcohol y drogas, se recomienda intervenir con las mujeres que sufren violencia de su pareja, para mejorar la CVRS y disminuir el consumo de drogas. Sin embargo, no se trata sólo de intervenir con este aspecto, la intervención debe contemplar aspectos de salud mental, de desarrollo humano y espiritual, para el fortalecimiento y empoderamiento de las mujeres y no sólo en el alivio del dolor y el tratamiento de los síntomas y las enfermedades resultantes del abuso sufrido, se trata de orientarlas para que reconstruyan su vida de manera positiva y mejore su CVRS, es ahí donde se visualiza un área de oportunidad para que el personal de salud se prepare para abordar a este grupo poblacional vulnerable.

Agradecimientos

A la Secretaría de Salud Jalisco por el apoyo otorgado para trabajar en las unidades de atención a víctimas de violencia en la Región Sur VI del estado de Jalisco, a las mujeres que participaron y permitieron conocer su situación de vida.

Financiamiento:

Del Centro Universitario del Sur, de la Universidad de Guadalajara para el desarrollo del presente trabajo

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Noviembre 2017. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/RszX9g>
2. Moral, J, Ramos, S. Ajuste Diádico, Victimización y Perpetración en Mujeres y Hombres Mexicanos. *Psykhé* [Internet]. 2016 [citado 11 marzo de 2018];25(1), 1-18. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.25.1.845>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Resultados de la encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH) [Internet] 2016 [citado 11 enero de 2018]. Boletín de prensa nº 379/17. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/LehXiz>
4. Mujeres para la salud. Informe: Efectos y consecuencias de la violencia y el maltrato doméstico a mujeres. [Internet]. 2012 [citado 2 de marzo 2018]. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2Hcp7uB>
5. Curto Montesó. La depresión en las mujeres: Una aproximación multidisciplinar desde la perspectiva de género: Publicación Universitat Rovira Virgil. [Internet] 2015. [citado 22 de marzo 2018]. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/Rruu5D>
6. Servicio Murciano de Salud. Guía Práctica Clínica; Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. [Internet].; 2011 [citado 22 de marzo 2018] Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2HejmwB>
7. Romero Mendoza M, Saldívar G, Loyola L, Rodríguez E, Galván J. Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras al tratamiento en mujeres en prisión. *Salud Ment* [Internet]. 2010 [citado 16 de abril 2018] ; 33(6): 499-506. Disponible en: <https://goo.gl/DQ5oCr>
8. Secretaría de Salud, Comisión Nacional contra las Adicciones Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT [Internet]. 2016-2017 [citado 17 abril 2018] pág. 190. Recuperado a partir de <https://goo.gl/Mesid8>
9. Herrera Paredes J, Arena Ventura M. Consumo de alcohol y violencia doméstica contra las mujeres: un estudio con estudiantes universitarias de México. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2010 May Jun; 18(64): 557-564. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421939011>

10. Herrera Giraldo SL, Romero Ballen MN. Vivencias e imaginarios femeninos que naturalizan la violencia intrafamiliar. *Index de Enfermería*. 2014 enero; 23(1-2): 26-30. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100006
11. Casique Casique L, Amador Vázquez A, Abonce Zepeda MG. Consumo de drogas psicotrópicas en mujeres que sufren violencia por sus compañeros íntimos. *RIdEC [Internet]*. 2013 [citado 17 abril 2018]; 6 (1): 10-13 Recuperado a partir de <https://goo.gl/5aH5jB>
12. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc enferm. [Internet]*. 2003 dic [citado 16 abril 2018]; 9(2): 9-21. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/hZQkX1>
13. Moral de la Rubia J, Ramos Basurto S. Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja. *Journal of Good Conscience. [Internet]* 2015 [citado 6 de abril de 2018]; 10(2):109-128. Recuperado a partir de <https://bit.ly/2vgKnsX>
14. Tiburcio Sainz M, Rosete-Mohedano MG, Natera Rey G, Martínez Vélez NA, Carreño García S, Pérez Cisneros D. Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones [Internet]*. 2016 [citado 11 de marzo 2018];28(1):19-27. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2uVqKKN>
15. Zúñiga MA, Genny T, Carrillo-Jiménez R, Peter J F, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública Mex. [Internet]*. 2016 [citado 11 de marzo 2018]; 41(2), 110-118. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/WEhqbt>
16. López Angulo L, Muñoz Alcuria A, González Dueñas Y. Resultados de la consulta multidisciplinaria de protección a las mujeres que denuncian la violencia íntima. *Cienfuegos, 2010. Medisur [Internet]* 2013 Dic [citado 15 abril 2018];11(6):602-613. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/zt9GLN>
17. Moral de la Rubia J, Ramos Basurto S. Violencia de Pareja y Alexitimia en Mujeres Neoleonesas. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records [Internet]*. 2015 [citado 15 abril 2018];5(1):1831-1845. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/dcpHvd>
18. Romero Rodríguez LdC. Violencia de Género y Salud Pública. *Horizonte Sanitario [Internet]*. 2014[citado 18 de abril 2018];13(1):127-129. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/NDx8Tz>
19. Paredes-Guerrero LJ, Llanes-Salazar R, Torres-Salas N, España-Paredes, AP. La violencia de género contra las mujeres en Yucatán. *Limina R. Estudios Sociales y Humanísticos [Internet]*. 2016 [citado 19 de abril 2018]; XIV(2):45-56. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/hN8nh1>
20. Romero Rodríguez LdC. Violencia de Género y Salud Pública. *Horizonte Sanitario [Internet]*. 2014[citado 18 de abril 2018];13(1):127-129. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/NDx8Tz>
21. Vásquez Machado A. Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Rev Chil Neuro psiquiatr [Internet]*. 2007 [citado 18 de abril 2018];70(1-4):88-95. Recuperado a partir de: <https://goo.gl/UnrDAA>
22. Prieto Medina MC. Violencia de pareja. Repercusiones en la salud mental de la mujer. *Rev Enferm CyL. [Internet]*. 2014 [citado 11 de marzo 2018]; 6(2), 93-97. Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2Hhq5G1>

23. Valdivia Pérez LG, Casique Casique L, Muñoz Torres TdJ. Consumo de drogas psicotrópicas y capacidades de autocuidado en mujeres de Tepic, Nayarit. *Enfermería Global* [Internet]. 2015 [citado 16 abril 2018];14(1):65-75. Recuperado de: <https://goo.gl/HxD5kk>
24. Aparicio García M, Patró Hernández P. La salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género: una realidad chilena [tesis doctoral en Internet]. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid; 2014 [citado 20 de abril 2018] Recuperado a partir de: <https://goo.gl/SSBxgh>
25. Naciones Unidas. *Las mujeres del mundo 2015: Tendencias y estadísticas*. Nueva York; 2015 [citado 20 de abril 2018] Recuperado a partir de <https://goo.gl/yJJR2e>
26. Parra Domínguez ML. *Violencia conyugal en Durango México. Consejería en enfermería* [tesis doctoral en Internet]. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Trujillo; 2013 [citado 20 de abril 2018] Recuperado a partir de: <https://goo.gl/Ma39tv>

