



Enfermería Comunitaria

SOCIEDAD DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ASTURIAS

Vol.1 nº4, otoño 2013



Colaboraciones

Hablemos de la Eutanasia **19**

Editorial

Sobre la Ley de Dependencia y otros informes de salud **3**

Original

Satisfacción de los profesionales tras la implantación de un protocolo de triaje en un área de Atención Primaria **5**

Actualización de conocimientos

La odisea de emigrar **22**

Experiencias en AP

Casos ético-legales en la práctica de Enfermería Familiar y Comunitaria: "Enfrentarse a la realidad" **28**



sumario

Entidad editora:

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

Directora:

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

Coordinador técnico:

Santiago González Sánchez
Centro de Salud El Llano (Gijón)

ISSN: 2254-8270
Título Clave: Revista (SEAPA. Internet)
Déposito Legal: AS 2340-2002
Periodicidad: Trimestral
EDITA: SEAPA
Dirección: C/ Víctor Sáenz 5, bajo-33012 (Oviedo)
Teléfono: 615 761 501
E-mail: revistaseapa@seapaonline.org
comiteeditorial@seapaonline.org
Web: www.seapaonline.org
Maqueta: Javier González Pisano
María Rodríguez Fernández

Comité Editorial:

Fernanda del Castillo Arévalo
Centro de Salud de Contrueces (Gijón)

Ana González Pisano
Centro de Salud de La Espina (Salas)

Santiago González Sánchez
Centro de Salud El Llano (Gijón)

Berna García Menéndez
Centro de Salud de Sama de Langreo (Sama)

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

Comité de Redacción:

Fernanda del Castillo Arévalo
Centro de Salud de Contrueces (Gijón)

Ana González Pisano
Centro de Salud de La Espina (Salas)

Santiago González Sánchez
Centro de Salud El Llano (Gijón)

Berna García Menéndez
Centro de Salud de Sama de Langreo (Sama)

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

Marta Pisano González
Centro de Salud de Ujo (Figaredo)

Enrique Oltra Rodríguez
Centro de Salud de Llanera (Llanera)

Carmen Teresa Velasco González
Jefa del Sección del Servicio de Calidad de la D.G. de Innovación Sanitaria. Consejería de Salud de Asturias

Rosario Riestra Rodríguez
Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón

Fernando Alonso Pérez
Centro de Salud de Moreda (Aller)

Emilio Velasco Castañón
Centro de Salud Llano Ponte (Avilés)

Dolores Mirón Ortega
Centro de Salud de Mieres Sur (Mieres)

Rubén Martín Payo
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo

Emilia Romero de San Pio
UCI. Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo)

Sofía Osorio Álvarez
Hospital de Cabueñes (Gijón)

Comité Científico:

Belén Fernández Suárez
Servicio de Planificación, Calidad y Aseguramiento. D.G. de Innovación Sanitaria. Consejería de Salud.

M^a Victoria Inchaustegui
Unidad de Cuidados Paliativos a Domicilio. Área IV de Salud Oviedo). SESPA. Asturias

Marta Pisano González
Centro de Salud de Ujo (Figaredo)

Enrique Oltra Rodríguez
Centro de Salud de Llanera (Lugo de Llanera)

Rosario Riestra Rodríguez
Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón

Emilia Romero de San Pio
UCI. Hospital Universitario Central de Asturias

Fernando Alonso Pérez
Centro de Salud de Moreda (Aller)

Carmen Teresa Velasco González
Jefa del Sección del Servicio de Calidad de la D.G. de Calidad e Innovación en los servicios de salud de la Consejería de Salud de Asturias

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

Sofía Osorio Álvarez
Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)

Margarita Fernandez Garcia
UGC de Sotroñdío

Charo G^a-Cañedo Fernández
Centro de Salud Otero (Oviedo)

Sobre la Ley de Dependencia y otros informes de salud



En abril de 2006 se aprobó la, casi hoy eliminada, Ley de Dependencia (*Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia*), esta Ley supuso un importante avance en el desarrollo del Estado del Bienestar al reconocer al Sistema Nacional de la Dependencia como el cuarto pilar y aportar diversos tipos de ayudas sociales a las personas en situación de dependencia, reconociendo como un derecho este tipo de prestaciones.

En su momento, SEAPA manifestó su satisfacción por la aprobación de la Ley, así mismo, mostró su opinión con respecto al papel que deberían ocupar las enfermeras comunitarias en la valoración y gestión de necesidades de cuidados de las personas en situación de dependencia, destacando de forma elocuente que no podía quedar fuera de la llamada Ley del Cuidado al profesional clave del cuidado en Atención Primaria,

<http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Ley%20de%20la%20Dependencia/DOCUMENTO%20SEAPA%20SOBRE%20LA%20LEY%20DE%20AUTONOM%C3%8DA%20PERSONAL%20Y%20DEPEN%E2%80%A6.pdf>

En nuestra Comunidad Autónoma se optó por la formación de equipos de valoración externos al sistema sanitario integrados por diferentes profesionales, trabajadores sociales, enfermeras, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

Para acceder a las ayudas, en nuestra Comunidad Autónoma, los solicitantes deben presentar, entre otros documentos, un Informe de Salud, dicho informe consta de los datos del usuario, antecedentes personales, problemas de salud actuales, tratamientos farmacológicos y cuidados de enfermería.

La inclusión en un informe oficial de los cuidados de enfermería, firmados por la enfermera de familia del paciente, supone un gran avance en el reconocimiento del trabajo de las enfermeras. En este caso no podría ser de otra manera ya que lo que se precisa valorar, no son los problemas médicos del paciente sino las necesidades de cuidados de la persona en situación de dependencia.

Cabe recordar que en el Real Decreto (RD) 1093/2010, se aprueba el conjunto mínimo de datos que deben tener los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud <http://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>, en su anexo VII se definen los datos que deben acompañar el Informe de Cuidados de Enfermería entre los que se encuentran los diagnósticos enfermeros, objetivos e intervenciones según nomenclatura NANDA-NIC-NOC.

La regulación de los datos que deben incluir los informes es un gran avance para la organización sanitaria y la inclusión en el Conjunto Mínimo de Datos del Informe de Cuidados, además de contribuir al avance de la organización, constituye un hito importantísimo para la profesión al incluir los datos de la enfermera responsable del paciente y las citadas taxonomías. El reconocimiento oficial de las taxonomías NANDA-NIC-NOC debiera facilitar el desarrollo de la metodología enfermera como método para mejorar la calidad de la atención a los pacientes, además de facilitar la comunicación entre profesionales mediante un lenguaje universal de comunicación y favorecer la investigación en salud al unificar y normalizar los registros.

A partir de este RD todas las Comunidades Autónomas debieron incorporar, en un plazo de 18 meses, en las historias clínicas de Atención Hospitalaria y Atención Primaria los datos del Informe de Cuidados de Enfermería. En nuestra Comunidad, siguiendo esta normativa, se realiza para AP el Informe de Salud que tenemos incorporado en OMI-AP. Cabe recordar que un Real Decreto es de obligado cumplimiento, por tanto, todas las enfermeras deben conocer y efectuar lo establecido y los Servicios de Salud deben hacer cumplir esta regulación.

Resulta, por todo ello, paradójico y sorprendente que en algunos Centros de Salud las enfermeras no estén cumplimentando el informe de cuidados para los distintos informes de salud, incluido el necesario para tener acceso a cualquier prestación acogiéndose a la Ley de Dependencia; no se comprende la no realización de esta tarea de su competencia. Hemos conocido que en algunos casos los médicos del paciente, por desconocimiento, o por no darle importancia o por un acuerdo con el enfermero/a con quien comparte el cupo, cubren ese apartado del informe o simplemente el informe se entrega al paciente o familiar sin la parte que compete a la enfermera.

Desconcierta esa situación, más aún cuando se da con el beneplácito del enfermero/a. Hacemos un flaco favor a nuestra profesión pensando que son tareas burocráticas sin valor, prescindibles y realizables por otro profesional no competente en la materia; deberíamos considerarlo como una oportunidad de desarrollo profesional y no como una carga más de trabajo.

Sorprende también que esos informes incompletos no sean rechazados en el organismo competente, como lo serían si faltaran otros documentos.

Desde SEAPA queremos hacer un llamamiento a todos los compañeros/as para que esta situación se revierta, a los responsables de enfermería de los Centros para que promuevan con el resto de miembros de los EAP la organización que se precise para poder hacer efectiva la cumplimentación de los informes, a las direcciones de enfermería para que impulsen su obligado desarrollo y establezcan las pautas para dar uniformidad al contenido de los informes y al Servicio de Salud para la vigilancia en el cumplimiento, así como la exigencia a Servicios Sociales para que los informes incompletos no sean admitidos.

Fernanda del Castillo Arévalo
Presidenta de SEAPA

Satisfacción de los profesionales tras la implantación de un protocolo de Triage en un Área de Atención Primaria

Professional satisfaction after implantation of a triage protocol in Primary Health Care

Fernanda del Castillo Arévalo (Enfermera)

Adamina Losada García (Enfermera)

Margarita Salido González (Enfermera)

Mercedes García García (Enfermera)

Teresa Fernández Prieto (Enfermera)

M^a Luz Blanco Gutiérrez (Enfermera)

C.S de Contrueces (Gijón)

Manuscrito recibido: 07-06-2013

Manuscrito aceptado: 31-07-2013

Cómo citar este documento

Del Castillo Arévalo F, Losada García A, Salido González M, García García M, Fernández Prieto T, Blanco Gutiérrez M^a L. Satisfacción de los profesionales tras la implantación de un protocolo de Triage en un área de atención primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Dic; 1 (4): 6-19.

Agradecimientos

Patricio Suarez, técnico de salud del área V de Asturias y a todas las personas que colaboraron en la cumplimentación de la encuesta.

Resumen

Introducción

Para atender el aumento de los pacientes sin cita, se instauró en el Área Sanitaria V un protocolo de Triage, ello ha supuesto cambios organizativos.

Objetivos

- Conocer el grado de satisfacción de los profesionales ante el Triage.
- Evaluar su disposición sobre la resolución de procesos agudos por enfermería.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal mediante aplicación de un cuestionario aplicado a médicos, enfermeras y administrativos

Resultados

- Se enviaron 321 encuestas, respondieron 257 (74%). El 98,1% de médicos y 92,3% de administrativos consideran necesario el Triage frente al 41% de enfermeras.
- El 75,3% cree que antes de la instauración del Triage no se demoraba la atención de una urgencia. El 76,4% cree que las personas atendidas mediante Triage presentan problemas poco o nada urgentes.

- La aceptación inicial de la medida fue positiva o muy positiva para el 76,6% de médicos, 59,4% administrativos y 11,3% enfermeras.
- La aceptación posterior fue positiva o muy positiva para el 43,99% de médicos y 60% administrativos y negativa o muy negativa para el 84,2% de las enfermeras.
- El 87,6% considera necesario ajustes organizativos.
- El 91,7% de médicos y 65,3% de enfermeras cree que las enfermeras podrían resolver procesos agudos.

Conclusión

La aceptación del Triage es muy diferente según categoría profesional. La resolución por enfermería de procesos agudos es más aceptado por médicos que por enfermeras pero según los resultados parece darse las condiciones para su implantación.

Palabras Clave

Triage, Satisfacción en el trabajo, Atención Primaria

Abstract

Introduction

To attend to the patients who were coming without appointment a Triage program was started, it has supposed organizational changes

Objectives

- To know the grade of satisfaction of the professionals with this program.
- To evaluate his disposition to introduce protocols so that the nurses attend to sharp illnesses.

Methods

Descriptive transverse study across the application of a questionnaire to physicians, nurses and administrative.

Results

- Of 321 sent questionnaires 257 answered (74%).
- 98,1 % of the doctors and 92,3 % of the administrative believe necessarily the implantation of the triaje opposite to 41 % of the nurses
- The attention of the urgencies they were not late for 75,3 %.
- 76,4 % believe that the patients do not have urgent problems.
- 76,6 % of doctors, 59,4 % of administrative and 11,3 % of nurses considered this program to be positive or very positive, in this moment 43,9 % of doctors believes it and 60% of administrative. The nurses consider it to be a negative or very negatively in 84,2%
- They are necessary organizational changes for 87,6 %.
- 91.7 % of physicians and 65.3% of nurses believed that nurses could solve acute illnesses.

Conclusion

This program has been differently accepted according to professional category.

The doctors accept better than the nurses that sharp illnesses could be attended by nurses.

Keywords

Triage, Primary health care, job satisfaction.

Introducción

Existe una percepción generalizada del aumento de la demanda asistencial¹; las causas de este aumento son múltiples: las necesidades de salud, la percepción de los individuos de su estado de salud, el funcionamiento y organización del sistema sanitario, el modelo de sociedad, factores socioeconómicos como desempleo, bajo nivel de renta y educativo, etc². A esto hay que sumar la demanda inducida por los profesionales; se ha comprobado que factores de la organización y del profesional explican entre el 55 y 63% de la variabilidad de la utilización de las consultas de Atención Primaria (AP), así por ejemplo un modelo de práctica próximo en su hacer a un internista o médico de urgencias de hospital aumenta el número de pruebas y consultas sobre un estilo más en sintonía con la atención primaria donde se contemplan más los aspectos psicosociales³

Este incremento de la demanda conlleva el aumento de los pacientes que acuden sin cita a su médico por tener la agenda diaria llena. Para paliar este hecho, en el Área Sanitaria V de Asturias se implantó en el año 2011 un sistema de triaje a realizar por las enfermeras. El Área Sanitaria V de Asturias tiene una población asignada de 300.204 tarjetas sanitarias (*TIS en abril 2013, fuente interna del cuaderno de gestión del Área V*), existen 14 Centros de Salud y 3 centros periféricos.

El triaje es un proceso de clasificación de la urgencia, de manera que se priorice la atención de aquellos pacientes más graves. Conforme a lo establecido por el Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos (ATLS) se denomina TRIAGE al método de selección y clasificación de pacientes basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para su atención.

El sistema de Triage está implantado en numerosos servicios de urgencia hospitalarios y desde hace unos años en algunos centros de AP; en la mayoría de los casos es realizado por enfermeras.

Existen cinco modelos de triaje estructurado con gran implantación, pero a nivel del estado español, la MTS (Sistema de Triage Manchester) y el SET (Sistema Español de Triage) son los que han alcanzado mayor difusión, existiendo adaptaciones de los mismos en diversas Autonomías⁴.

En nuestra Área Sanitaria se optó por un sistema de triaje adaptado, consistente en cuatro códigos de color: Rojo: urgencia, Amarillo: sin demora, Verde: puede esperar y Blanco: trámites burocráticos y se instaló un protocolo informático en OMI-AP con ocho problemas supuestamente más frecuentes, acompañados de un algoritmo de decisión.

La organización implantada consiste en que al paciente que acude al Centro de Salud y no tiene cita para su médico, pero quiere ser visto en el día, desde el área administrativa se le asigna una cita con su enfermera (aunque también tenga la agenda llena). La enfermera atiende a este paciente por delante de los demás y tras su valoración le cita con su médico, indicando el código de color y el problema por el que acude. En el proceso descrito no concurre la existencia de protocolos de actuación para la resolución de problemas por las

enfermeras, lo que contribuiría a ampliar sus competencias, evitaría duplicidades en la atención, aumentaría la eficacia y eficiencia, la distribución en las cargas de trabajo en los equipos y con ello se favorecería la sostenibilidad del sistema sanitario^{5,6}. La capacidad de las enfermeras de AP para resolver problemas, para los que los usuarios demandan consulta indelimitada, se ha demostrado que es alta y eficaz y cuando los motivos están protocolizados se alcanzan altas tasas de resolución y de satisfacción de los usuarios^{5,6}

El sistema implantado en nuestra Área Sanitaria ha supuesto cambios organizativos que pueden afectar de distinta manera a la actividad de los profesionales implicados, por ello nos planteamos conocer el grado de satisfacción con esta medida, cómo creen que les afecta en su trabajo y si atañe a las relaciones interprofesionales, así como si estiman conveniente implantar protocolos de atención para determinados problemas a desarrollar por las enfermeras de AP.

Objetivos

- Conocer el grado de satisfacción de los profesionales de los equipos en los que se implantó el Triage con esta actividad.
- Evaluar la disposición de los médicos y enfermeras sobre la resolución de procesos agudos por enfermería.

Desarrollo

1. Material y Método

Estudio descriptivo transversal, realizado mediante una encuesta autoaplicada (Anexo 1), efectuada en noviembre de 2012, en el Área Sanitaria V (Gijón),

Población a estudio: todos los médicos, enfermeras y administrativos de los centros de salud donde se instauró el triaje en el año 2011 para la atención de pacientes sin cita.

Criterios de exclusión: aquellos profesionales pertenecientes a los CS del Área Sanitaria en los que no se implantó el triaje y a los que pertenecen a un centro de salud que llevaba varios años desarrollando esta actividad con unas características y organización diferentes.

Previo al envío de la encuesta se contactó telefónicamente con coordinadores o personas clave de los equipos para que contribuyeran a su difusión.

Las variables independientes son: edad, sexo y profesión.

La encuesta se divide en dos partes, la primera dirigida a conocer el grado de satisfacción con el triaje para los tres grupos profesionales citados y la segunda dirigida a conocer la disposición para iniciar protocolos de resolución de procesos agudos por las enfermeras, que se envía solo a médicos y enfermeras.

La pertinencia de elaborar protocolos para determinados problemas se establece con una escala Likert de 1 a 5, siendo 1 muy poco pertinente y 5 muy pertinente.

Análisis estadístico: En el análisis univariante, las variables se expresaron como números absolutos y porcentajes. En el análisis bivalente, la comparación entre variables cualitativas se realizó mediante la prueba de χ^2 , y la t de Student para la comparación de medias en las variables cuantitativas.

2. Resultados

Se enviaron 321 encuestas, se han recibido 257 lo que supone un 74%. De ellas el 42,5% corresponden a médicos, el 15,4% a administrativos y el 42,1% a enfermeras.

La tasa de respuestas por grupo profesional es: médicos de un total de 122 responden 108 (88,5%), administrativos de 67 responden 39 (58,2%) y enfermeras de 132 responden 107 (81%). Siendo la profesión la variable que más influencia tiene en el estudio con una $p < 0,000$ para la mayoría de las preguntas, se desglosará cada una de ellas atendiendo a esta variable.

El 23,3% son hombres y el 65,8% mujeres, 10,9% no contestan esta pregunta. El 65% de los que responden son mayores de 50 años. No hay diferencias a lo largo del estudio con relación al sexo, la edad solo se relaciona de forma significativa en las dos últimas preguntas.

En la **Tabla 1** se presenta un resumen de los resultados globales.

Tabla 1: Resumen de los resultados globales

	SI	NO	TOTAL (N)
Estiman necesario un sistema de triaje	73,6	26,4	257
Creen que existe incremento de demanda	82,9	17,1	257
Sin triaje la atención se demoraba	24,7	75,3	257
Conocen el protocolo escrito de triaje del Área	44,0	56,0	257
Se precisan cambios organizativos en el desarrollo del triaje	87,6	12,4	257
Las enfermeras están capacitadas para triar	95,6	4,4	205
Algunos problemas pueden ser resueltos por enfermeras	81,2	16,8	207
Consideran adecuado establecer protocolos para resolución de problemas por enfermeras	77,8	22,2	207

Consideran necesario la existencia de algún sistema de Triaje el 73,6%. Según grupo profesional: El 98,1% de los médicos, el 92,3 de los administrativos y el 41% de enfermeras.

El 75,3% cree que antes de la implantación del Triaje no se demoraba la atención de una urgencia más que en la actualidad. Por grupo profesional: El 54,7% de los médicos creen que no se demoraba la atención, el 67,6 de administrativos y el 98,1% de las enfermeras.

El 76,4% cree que las personas atendidas mediante Triaje presentan problemas poco o nada urgentes, el 21,6% de regular urgencia, un 2% urgentes o muy urgentes

El grado de aceptación de la implantación del Triaje en una escala Likert de 5 puntos, (**Figura 1**) fue muy negativo o negativo en el 30,4%, regular para un 22,9% y para el 46,6% positivo o muy positivo. Fue positivo o muy positivo para el 76,6% de los médicos, el 59,4% de los administrativos y el 11,3% de las enfermeras.

En el momento de distribución de la encuesta, 18 meses después, es muy negativo o negativo para el 44,8% de los que respondieron, regular para un 27% y positivo o muy positivo para el 28,2%. Es negativo o muy negativo para el 84,2% de las enfermeras y positivo o muy positivo para el 41,1% de los médicos y el 60% de los administrativos.

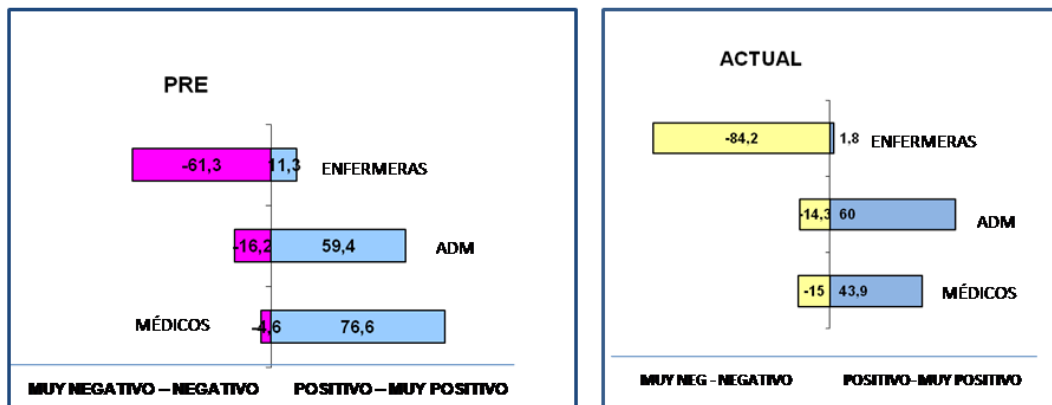


Figura 1: Satisfacción de los profesionales antes y ahora

El 87,6% cree que es necesario hacer ajustes organizativos

El 39,7% cree que afecta de forma positiva a su trabajo, el 38,4% de forma negativa y el 21,9% que no lo modifica. Por grupo profesional: Para el 72,8% de los médicos y el 51,6% de los administrativos les afecta de forma positiva, y al 75,2% de las enfermeras les afecta de forma negativa (**Figura 2**):

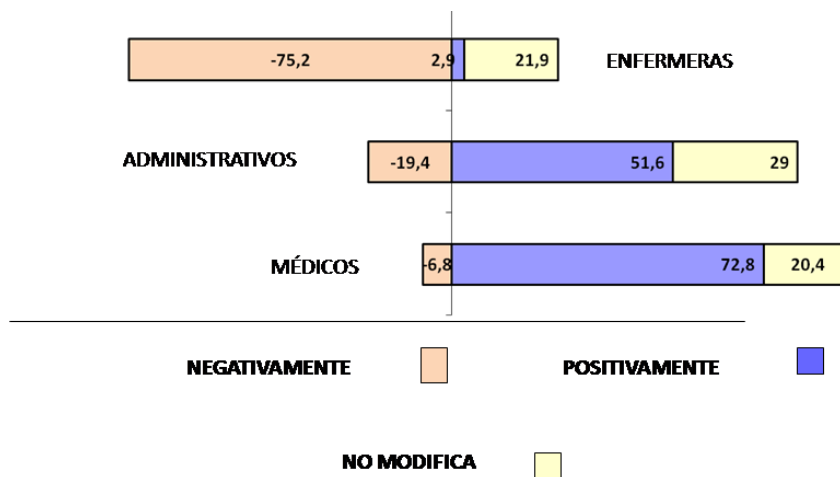


Figura 2: En qué forma afecta al trabajo

El 18,6% cree que afecta positivamente a las relaciones interprofesionales, el 37,6% de forma negativa y el 43,9% que no las modifica. Por grupo profesional: Afecta de forma negativa al 13,9% de los médicos, al 53,1% de administrativos y al 55,4% de enfermeras y de forma positiva al 36,6% de los médicos, 15,6% de los administrativos y 2% de las enfermeras.

En la segunda parte de la encuesta, dirigida solo a médicos y enfermeras, los resultados encontrados fueron (**Figura 3**).

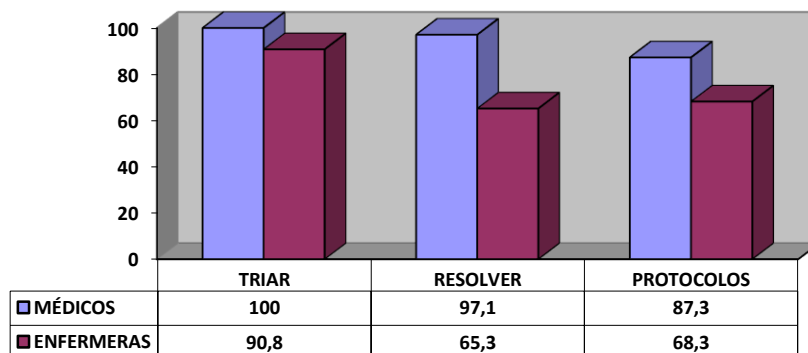


Figura 3: Resolución de problemas por enfermeras

El 95,6% cree que las enfermeras están capacitadas para triar. El 100% de médicos y el 90,8% de enfermeras.

El 81,2% cree que algunos problemas pueden ser resueltos por enfermeras, el 97,1% de médicos y el 65,3% de enfermeras.

El 77,8% ve adecuado establecer protocolos de resolución, el 87,3% de médicos y el 68,3% de enfermeras.

En cuanto a los problemas susceptibles de protocolizar valorados entre 4 y 5, es decir como pertinente o muy pertinente es de un 68,2% para la disuria, 78,6% para la diarrea, 92,9% para las heridas, 91,0% para las quemaduras, 52,8% para las infecciones respiratorias agudas (IRAs), 79,5% para la anticoncepción de emergencia, 50,3% para la odinofagia, 41,6% para el ojo rojo y 46,9% para las lumbalgias.

3. Discusión

Destacamos la alta tasa de respuesta entre médicos y enfermeras, siendo algo menor entre los administrativos, por lo que pensamos que está bien representada la población a estudio. El hecho de contactar con personas "clave" de los equipos para que contribuyeran a su difusión posiblemente ha influido en la alta tasa de respuesta, así como el interés de los profesionales por mostrar su opinión sobre el tema.

Un dato interesante es la edad de los participantes ya que un 65% es mayor de 50 años, nos sugiere un sistema envejecido con poco recambio intergeneracional que debe preocupar. Esta realidad coincide con la manifestada por el Consejo General de Enfermería⁷ que cifra en 40.000 los enfermeros que se jubilarán en 2020. Esta preocupación se extiende al Parlamento Europeo, que identifica como una de las principales amenazas de los sistemas nacionales de salud, el envejecimiento de los profesionales sanitarios, al respecto se dice "*El envejecimiento de los profesionales sanitarios es una bomba de relojería, ya que muchos de estos profesionales se están jubilando precisamente en el momento en que se está produciendo el envejecimiento general de la población, lo que, por ende, implica un aumento de las demandas de asistencia sanitaria y de asistencia de larga duración*"⁸.

La mala recepción que tuvo el triaje entre las enfermeras en el momento de su implantación, debido a que no se contara con ellas en la planificación ni organización, creemos que podría explicar en parte la diferencia en la estimación sobre la necesidad de algún sistema de triaje entre los tres grupos profesionales.

Llama la atención que el 73,6% considere necesario la existencia de algún sistema de Triage pero que el 75,3% crea que antes de su implantación no se demoraba la atención y que el 76,4% piensan que las personas atendidas mediante triaje presentan problemas poco o nada urgentes, lo que puede indicar que responde a necesidades de tipo organizativo pero no de necesidades poblacionales en cuanto atención a la urgencia.

Destaca que un 87,6% crean necesario hacer ajustes organizativos, esto puede explicar la diferencia en la satisfacción del sistema de Triage al comienzo y en el momento actual.

Nuestros resultados sobre la satisfacción con este sistema y cómo afecta al trabajo propio y a las relaciones interprofesionales, son muy llamativos, resultando inversos entre grupos profesionales, lo que para unos es muy positivo para otro grupo es muy negativo.

Contrasta con otros estudios⁹ en los que la satisfacción de las enfermeras es positiva, pensamos que puede ser debido a la forma en cómo se implantó la medida, sin buscar consenso ni participación en la organización, respondiendo a intereses corporativos; en lugar de analizar las causas del aumento de pacientes sin cita y tratar, en base a ello, de buscar soluciones, se volcó a un grupo profesional lo que a otros molestaba.

Se ha visto en algunos trabajos que una buena parte de la actividad de las consultas médicas de AP corresponde a actividades burocráticas, llegando en algunos casos al 65% de los motivos de consulta, seguido de la actividad generada por los propios profesionales que alcanza en ocasiones un 55%^{10,11}, lo que sugiere que hay un gran margen para introducir mejoras; no conocemos los datos de nuestra Área, luego no sería extrapolable, pero es presumible que no difiera en su conjunto del resto del Estado.

La necesidad de consensos y de participación de los profesionales en el desarrollo de los cambios organizativos, es fundamental para su aceptación y satisfactoria implementación, siendo las políticas de "todos ganan" las más adecuadas para conseguir buenos y duraderos resultados. El Proyecto de Mejora de la Organización del proceso asistencial en AP del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, es un buen ejemplo de ello (al menos sobre el papel), un proyecto, según dicen, ampliamente consensuado que persigue la calidad integral de la AP con una mejora de la satisfacción de profesionales y ciudadanos, en los que el primer pilotaje encuentran una alta satisfacción y aceptación del cambio de modelo asistencial por todos los profesionales implicados¹².

Existen numerosos estudios sobre la satisfacción laboral de los profesionales sanitarios, en ellos se manifiesta que la satisfacción repercute en la motivación y en la calidad global de los servicios ofertados, igualándolo a la preparación científica del profesional y constituyendo uno de los mayores protectores frente al estrés laboral y burnout^{13,14,15}.

"El La necesidad de consensos y de participación de los profesionales en el desarrollo de los cambios organizativos, es fundamental para su aceptación y satisfactoria implementación, siendo las políticas de "todos ganan" las más adecuadas para conseguir buenos y duraderos resultados."

Además, una buena relación interpersonal aumenta el grado de satisfacción e ilusión por el trabajo, por contra, una mala relación en los equipos de AP se considera un factor de riesgo de desgaste¹⁶.

Supone un grave desconocimiento de la dinámica de los equipos imponer aspectos organizativos que puedan interpretarse como primar los intereses de un grupo profesional a costa de otros. Se ha visto que problemas que tienen que ver con deficiencias organizativas y funcionales se trasladan a las relaciones interprofesionales y que la solución de estas deficiencias, contribuiría a reducir el desencuentro que, en ocasiones, parece existir entre unos y otros profesionales¹⁷. Resulta sorprendente que en este caso se hagan justo las medidas contrarias, en lugar de aminorar ese desencuentro, se fomente.

Se ha destacado, así mismo, en la bibliografía, que los conflictos que deterioran la dinámica de trabajo en los equipos de AP, suelen surgir alrededor de la estructura de poder tradicional, incidiendo en que para conseguir un buen clima emocional se precisa un modelo asistencial de colaboración entre los distintos miembros del equipo¹⁸.

Por otro lado, se ha visto que el equipo funciona mejor cuando existe respeto profesional, hay una buena comunicación, contacto y colaboración entre los distintos miembros y se abandona el modelo jerárquico¹⁹. Pensamos que todos estos elementos deberían ser tenidos en cuenta por los equipos directivos.

Es sorprendente que un 97% de médicos frente a un 65% de enfermeras creen que hay problemas que pueden ser resueltos por enfermeras y un porcentaje similar vea pertinente el establecimiento de protocolos para determinados procesos. Para analizar las razones de estos resultados y contextualizar los resultados, habría que realizar otro tipo de estudio basado en técnicas cualitativas. Podríamos aventurar que una parte de la respuesta negativa de las enfermeras pueda ser un efecto rebote de la mala acogida que tuvo el Triage, pero no es suficiente.

Estas dos preguntas, eran las únicas en las que existía una relación estadísticamente significativa de la edad con el resultado, así las personas con más edad tienden más a responder que NO, siendo el valor *de* Ji al cuadrado de 12.43 y $p = 0.014$ en la pregunta de si hay problemas que puedan ser resueltos por las enfermeras y de Ji al cuadrado es 9.20 y $p = 0.056$ para la de si estiman pertinente el establecimiento de protocolos.

Hay un sector de enfermeras de Atención Primaria instalado en el rol de ATS y con pocas ganas de asumir nuevas tareas, pero también hay un importante sector que considera que antes de asumir tareas que no son propias, se debe reforzar la realización de las que sí lo son.

Algunas autoras consideran que la asunción de determinadas actividades, hasta ahora propias de los médicos, empobrece el papel de la enfermera, no aportan valor y no contribuyen al cuidado, en el término clásico de ayuda al enfermo²⁰. Otras autoras²¹ consideran que se debe valorar la asunción de determinadas tareas de forma que no impidan el propio desarrollo profesional y que para potenciar éste, se debe funcionar desde "sólidas bases disciplinares" y situarnos en "la parcela enfermera" en lugar de ocupar parcelas ajenas. Rosa M^a Alberdi define el trabajo excelente como *aquel que cumple dos condiciones: soluciona problemas de los clientes y hace evidente la contribución profesional al bienestar individual y social*. Propone ante situaciones similares, hacernos dos preguntas: si la realización de esa determinada actividad ayuda a solucionar problemas y si contribuye a que se haga evidente la aportación de la enfermera²²

Otros autores²³ abogan por que las consultas de enfermería sean otra puerta de entrada al sistema y den respuesta a la demanda habitual de gran número de pacientes para la solución de episodios agudos o procesos menores; consideran un requisito que estas consultas sean

resolutivas para evitar duplicidades y que para que estas consultas, realizadas por enfermeras, sean eficientes debe propiciarse una máxima colaboración interprofesional.

Existen ya numerosos trabajos que concluyen que las enfermeras pueden ser igual de resolutivas que los médicos^{24,25}; la Biblioteca Cochrane Plus en una reciente revisión²⁶ concluye que *“una mayor disponibilidad de enfermeras atendiendo a los pacientes en su primer contacto con el sistema, en las consultas de atención primaria, conduciría probablemente a mayores niveles de satisfacción de los pacientes y calidad de los cuidados, sin comprometer la resolución de sus procesos”*.

En cuanto a los problemas susceptibles de protocolizar, vemos que se considera pertinente o muy pertinente en un 92,9% y un 91% para heridas y quemaduras, estos dos procesos se consideran propios de la actividad de las enfermeras y habitualmente llegan directamente a nuestras consultas desde el servicio de administración; para el resto de problemas, la respuesta es variada, siendo la anticoncepción de emergencia el siguiente proceso que se considera pertinente a protocolizar, lo que parece lógico ya que en el momento actual es de venta libre en farmacia.

Son varias las voces^{27,28,29} que hablan de la necesidad de redistribución de competencias y reorganización de servicios de cara a dotar de mayor eficiencia al sistema sanitario; se propugna abandonar las tradicionales fronteras profesionales²⁵ dado que existen tareas intercambiables que pueden realizar unos y otros, poniendo el foco de atención en la mejora del sistema y de atención a los ciudadanos.

Conclusiones

La aceptación del Triage en AP por los distintos profesionales de nuestra Área Sanitaria es muy diferente según categoría profesional, siendo muy positiva para los médicos, positiva para administrativos y muy negativa para las enfermeras.

Existe unanimidad en la demanda de cambios organizativos en la realización de esta actividad; los equipos directivos deberían recoger esta petición e instaurar medidas consensuadas que supongan mejoras organizativas globales bajo el espíritu de *“todos ganan”*.

La resolución por profesionales de enfermería de procesos agudos es más aceptado por médicos que por enfermeras, pero parecen darse las condiciones para su implantación.

Bibliografía

1. Bellón Saameño JA. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras. Consultado 15 de marzo de 2013. Disponible en http://www.ics.gencat.net/forum/plahivern/documents_suport/3_gestion.pdf
2. García Pérez MA, Martín Moreno V, Ramírez Puerta D, González Martínez Y, Hidalgo Vicario I, Escribano Ceruelo E et al . Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2013 Abr 27] ; 21(3): 219-226. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000300008&lng=es.
3. Bellón Saameño, JA. Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. Aten Primaria. 2006;38:293-8. - vol.38 núm 05
4. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. [citado 2013 Abr 27]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272010000200008>

5. Pascual M. Evaluación de la eficacia de enfermería en la resolución de las consultas urgentes en atención primaria. *Emergencias* 2012; 24: 196-202
6. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Martí Aguasca L y Flores Mateo G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. *Aten Primaria*. 2008;40(8):387-91
7. Consideraciones de la Organización Enfermera Colegial en relación con los acuerdos adoptados por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de fecha 18 de marzo de 2010. Consultado 27 de abril de 2013. Disponible en <http://www.coib.org/uploadsBO/Generica/Documents/LLEVADORES.PDF>
8. INFORME sobre la modernización de la protección social y el desarrollo de una asistencia sanitaria de calidad. (2004/2189(INI)) Comisión de Empleo y Asuntos Sociales. Ponente: Milan Cabrnach. Parlamento Europeo. Documento de sesión. A6-0085/2005. Consultado 27 de abril 2013. Disponible en <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2005-0085+0+DOC+XML+V0//ES>
9. RafolsCrestani A, Sieira Ribot MA, De Ciurana Gay M, Franco Comet P, Font Roura P, Torrent Gon S. Gestión de la demanda de urgencias: ¡Quiero que el médico me vea ahora! ¿Cómo lo hacemos?. *Semergen*.2010;36(10):562-565.
10. Millas Ros J. Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico?. *Aten Primaria*. 2011;43(10):516-523
11. Pedrera Carbonell V, Gil Guillen V, Orozco Beltran D, Prieto Erades I, Schwarz Chavarri G, Moya Garcia MI. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*. 2005; 35: 82-8.
12. Proyecto de mejora de la organización del proceso asistencial en atención primaria. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud. Dirección de Atención Primaria. 2009. Consultado 27 de abril de 2013. Disponible en <https://www.google.es/search?q=Proyecto+de+mejora+de+la+organizaci%C3%B3n+del+proceso+asistencial+en+atenci%C3%B3n+primaria.+Gobierno+de+Navarra%2C+Departamento+de+Salud.+Direcci%C3%B3n+de+Atenci%C3%B3n+Primaria.+&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a>
13. Fernández Canti G. Satisfacción laboral y salud psíquica en el mundo sanitario ¿un lujo? *Todo Hosp* 1995; 118: 29-36.
14. Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999;24:352-9.
15. García S, González JA. Factores de motivación de los profesionales de la salud en Aten Primaria. *FMC* 1995;2:1.).
16. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2003;31(4):227-33
17. Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L, Magariño MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2000;25:34-47.

18. March Cerdá JC, Oviedo-Joekes E, Romero Vallecillos M, Prieto Rodríguez MA y Danet A. Mapa emocional de equipos de atención primaria en Andalucía. *Aten Primaria*. 2009;41(2):69-75
19. Garcia Romera I, Danet Danet A, March Cerdá JC. El clima emocional en los equipos de atención primaria. Una aproximación cualitativa. *Rev Calidad Asistencial*. 2010;25:200-6.
20. Ferrer Arnedo C. El abordaje de la cronicidad: la enfermería comunitaria ante una estrategia asentada en el cuidado. *EFC*, Vol 1, nº 1, febrero 2013
21. Cuxart i Ainaud N. La prescripción enfermera: una situación indispensable para la mejora del sistema de salud. Consultado 5 de mayo 2013. Disponible en http://www.coib.cat/uploadsBO/Article/Documents/CONF%20NCUXART%206-06%20CAST_MAQUETAT.PDF
22. Alberdi Castell R. "Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el poder de las enfermeras. *Revista ROL de Enfermería*, 1998; 239-240 (27-31).
23. Martín Santos F, Morilla Herrera JC, Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras en Atención Primaria. *Enferm Comun* 2005, 1(1):35-42
24. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Consultada 1 de junio 2013. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
25. Tapia Valero C, Montero Morales C, Rodríguez Herrera M, Duarte Climents G, Sánchez Gómez MB, Vargas Álvarez C et al. La enfermera: primer contacto de los Pacientes en atención primaria. Revisión Sistemática. Banco de Evidencias en Cuidados. Portal de Salud Castilla y León. Consultado 16 de mayo de 2013. <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/invesalud/banco-evidencias-cuidados>
26. La Biblioteca Cochrane Plus. Nurse practitioners frente a médicos en atención primaria: igual efectividad y pacientes más satisfechos. 2013 Número 3 ISSN 1745-9990. Consultado 27 de abril de 2013. Disponible en <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20797081&DocumentID=GCS15-2>
27. Morales Asencio JM. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. *Metas de Enferm* 2012; 15(6): 26-32
28. Ortún V. La enfermería en el mundo que viene. *Enfer Clin*. 2013; 23 (2): 45-47
29. Hernández Yañez JF. La enfermería frente al espejo: mitos y realidades. Fundación Alternativas. Consultado 30 de mayo 2013. Disponible en <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-enfermeria-frente-al-espejo-mitos-y-realidades>

SI (1) NO (2)

12. ¿Piensas que sería necesario algún tipo de ajuste organizativo?

SI (1) NO (2)

13. Consideras que el triaje afecta a tu trabajo diario de forma:

Positiva (1) Negativa (2) No se ha modificado (3)

14. Consideras que el triaje afecta la relación interprofesional del EAP de forma:

Positiva (1) Negativa (2) No se ha modificado (3)

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON A CONTESTAR SOLO POR
PROFESIONALES SANITARIOS**

15. ¿Opinas que las enfermeras están capacitadas para realizar el triaje?

SI (1) NO (2)

16. ¿Consideras que algunos motivos de triaje podrían ser resueltos por enfermería sin necesidad de una consulta médica posterior?

SI (1) NO (2)

17. ¿Te parecería adecuada la incorporación de protocolos de actuación, en patología menor, para que las enfermeras puedan llevar a cabo la valoración, diagnóstico y tratamiento sin necesidad de consulta médica posterior?

SI (1) NO (2)

En el caso de que hayas contestado que SI:

18. De las siguientes patologías, valora de 1 (muy poco) a 5 (mucho) la pertinencia de elaborar alguno de estos protocolos.

18.1 Disuria	1	2	3	4	5
18.2 Diarrea	1	2	3	4	5
18.3 Heridas	1	2	3	4	5
18.4 Quemaduras	1	2	3	4	5
18.5 Sintomatología respiratoria de vías altas	1	2	3	4	5
18.6 Anticoncepción de emergencia	1	2	3	4	5
18.7 Odinofagia	1	2	3	4	5
18.8 Ojo rojo	1	2	3	4	5
18.9 Dolor mecánico lumbar	1	2	3	4	5

Otros: Especificar

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Hablemos de la eutanasia

Fernando Pedrós

Asociación Derecho a Morir Dignamente

Aunque parece ser que la palabra eutanasia suena mal en muchos oídos, no significa sino 'buena muerte', esa muerte que corresponde decidir a la persona autónoma que ha ejercido su libertad en momentos importantes de su vida y que intenta también morir en paz y actuando con su derecho a decidir el cómo y el cuándo de su muerte sobre todo en trágicas circunstancias.

En estos momentos hay dos países –Francia y la provincia de Quebec (Canadá)- en el área de nuestra cultura occidental que están trabajando por el respeto a la persona que reclama una muerte digna y la posibilidad de decidir en su vida. Quebec va a empezar a debatir en el parlamento el proyecto de ley de ayuda médica al final de la vida. En el art. 26 del proyecto se dice que "la persona debe de manera libre y lúcida formular por si misma la solicitud de ayuda médica para morir", es decir, la ley quiere respetar el derecho del paciente en determinadas situaciones a decidir y disponer de su vida y recibir ayuda médica para morir.

Reconociendo el derecho a decidir

En España la eutanasia y el suicidio asistido están penados por el art. 143 del Código Penal, pero hay que ver que Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Oregón (EE UU), Colombia,... han legalizado el derecho a disponer de la propia vida y sin duda dentro de unos meses también serán legales en Quebec. A muchos nos parece de sentido común que la ley reconozca la autonomía del paciente para decidir acerca de su vida y de su muerte pues no se entiende cómo el Estado con una norma legal secuestra la libre voluntad del ciudadano en un momento tan crítico como el proceso de morir. El profesor Narbona explica esta incomprensible contradicción con estas palabras: "la intromisión del Estado en algo tan íntimo y tan privado como el derecho a decidir sobre la propia vida solo puede interpretarse como una resistencia patológica a reconocer la mayoría de edad de la sociedad. Tutelar la vida de los otros cuando estos han entrado en la edad adulta no es menos enfermizo que extender los cuidados que se prodigan a un recién nacido hasta su madurez. Este déficit de libertad solo es congruente en un régimen autoritario, pero resulta inaceptable en una sociedad abierta y plural. Si lo que define a la democracia es el respeto por la autonomía individual, esa no tiene por qué desaparecer en el momento donde comienza ese último quehacer que es el morir".

No se puede separar la vida y la muerte pues esta es el límite extremo de la vida y no algo fuera de ella. De esta separación algo de culpa tienen los profesionales sanitarios que piensan que al proceso de vivir pertenece la lucha contra la enfermedad, pero cuando se entra en una fase irreversible que acaba en la muerte, el médico a veces se desentiende diciendo que su tarea es curar, recuperar la vida y el bienestar cuando su tarea también es cuidar al paciente y acompañarle en el proceso de morir que es también parte de la vida.

Vida digna y muerte digna

La Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el Proceso de la muerte, promulgada el 8 de abril de 2010, que es conocida como ley andaluza de muerte digna, dice claramente que "el imperativo de la vida digna alcanza también a la muerte. Una vida digna requiere una muerte digna. El derecho a una vida humana digna no se puede truncar con una muerte indigna. El ordenamiento jurídico está, por tanto, llamado también a concretar y proteger este ideal de la muerte digna".

Muerte digna es morir en paz, con serenidad, sin dolor y sufrimiento, pudiendo despedirse de sus allegados y también, a poder ser, morir en casa. Otros que se acercan a la muerte hospitalizados querrán tener una muerte digna siendo atendidos profesionalmente, con un trato humano, tener cuidados paliativos, que los médicos no alarguen la vida innecesariamente y se evite todo encarnizamiento terapéutico, etc.

Pero, sin negar estos aspectos que hay que tener en cuenta por respeto al paciente, también muchas personas deseamos que en esa fase tan decisiva de la persona se respete la autonomía y "el libre desarrollo de la personalidad", tal como dice el artículo 10 de la Constitución. La verdadera muerte digna es la que no excluye la eutanasia en su sentido fuerte, la que se adecúa como anillo al dedo a la autonomía de la persona, a su libertad de decidir. Hay muchos enfermos que piden a los médicos morir mediante eutanasia (unos lo logran de manera clandestina y la mayoría no).

Miedo y sobre todo tabú

En España es tal el tabú que pesa sobre la muerte y más sobre la eutanasia que no se quiere hablar de ella. Pero no hay que olvidar que en el programa electoral de 2004 el PSOE prometía una ley general de eutanasia, pero por miedo a las reacciones de la jerarquía eclesiástica y a la beligerancia del PP se echó atrás. Sin embargo, el ministro socialista de Sanidad Bernat Soria en 2009 encargó al Centro de Investigaciones Sociológicas, dependiente de Presidencia del gobierno, una encuesta sobre la eutanasia que dio los siguientes resultados: cada persona es dueña de su propia vida y de elegir cuándo y cómo quiere morir (77,3%); que todos tenemos derecho a la asistencia sanitaria para morir sin dolor (96,5 %), aunque con ello se acelere la muerte (82,6 %); que debiera permitirse el suicidio médicamente asistido en pacientes con cáncer terminal o con enfermedades degenerativas que incapacitaran física o mentalmente en el futuro (69,9 y 59,9%, respectivamente); que una ley debiera permitir que un médico pusiera fin a la vida y a los padecimientos de un enfermo en fase terminal, con grandes sufrimientos que solicite libremente morir (80,5 %). El estudio nos habla, pues, claramente que existe una demanda social que reclama la legalización de las conductas eutanásicas (eutanasia y suicidio asistido), exigidas por la autonomía y dignidad de la persona.

La Asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD), con miles de socios repartidos por la geografía española, es consciente de que en la sociedad hay cientos de miles de personas que mueren cada año deseando una muerte en libertad y autonomía y que se producen eutanasias clandestinas y lucha, como dice el art. 2 de sus estatutos, por "promover el derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, y a elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla." Pero esta lucha por que se consiga una ley general de eutanasia no quita para que se ayude a pacientes que desean morir lo más dignamente posible. Por ello, también se esfuerza DMD por "defender, de modo

"El imperativo de la vida digna alcanza también a la muerte. Una vida digna requiere una muerte digna"

especial, el derecho de los enfermos terminales a, llegado el momento, morir pacíficamente y sin sufrimientos, si este es su deseo expreso.”

A veces el paternalismo médico no respeta al paciente y no le deja morir en paz. El afán ciego de luchar contra la enfermedad hace olvidar realidades como la futilidad del tratamiento, la obstinación terapéutica, el deber de limitación del esfuerzo terapéutico (LET), el derecho del paciente a rechazar el tratamiento, las voluntades anticipadas por el paciente, etc. y estas incoherencias médicas derivan en situaciones de tortura física o moral o como mínimo de desprecio de la voluntad libre del paciente. El enfermo tiene derecho a que se le retiren soportes vitales que le hacen vivir una vida en pena y sufrimientos continuados, tiene derecho a rechazar tratamientos que solo le llevan a continuar en un sufrimiento indigno, a tener cuidados paliativos, a conseguir una sedación. Como se sabe, la sedación es una actuación terapéutica dirigida a controlar síntomas somáticos o psicológicos que se muestran refractarios a otros tratamientos. El objetivo de la sedación es, pues, rebajar el nivel de conciencia para así liberar al enfermo del malestar que sufre al final de la vida. Siempre que sea posible esta actuación de sedación ha de ser hablada con el enfermo o con sus familiares para ser aceptada. La sedación por lo general es transitoria y coyuntural mientras duren los síntomas, pero en situaciones terminales y de agonía que requieran sedación, ésta será irreversible.

Nota del comité de redacción:

Si alguna persona está interesado en conocer algo más sobre la asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD) puede acceder a su web en el siguiente link <http://www.eutanasia.ws/>. La dirección mail de DMD en Asturias es dmdasturias@yahoo.es

La odisea de emigrar. "Síndrome de Ulises".

The odyssey of emigrating. "Ulysses syndrome"

Rosa Díaz Ruiz (EIR 2 Familia y Comunitaria. Enfermera Especialista en Salud Mental)

C.S Sabugo

Manuscrito recibido: 08-08-2013

Manuscrito aceptado: 09-10-2013

Cómo citar este documento

Díaz Ruiz R, .La odisea de emigrar. "Síndrome de Ulises. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Dic; 1(4)

Resumen

En la actualidad la inmigración en España, es un fenómeno social muy relevante y está demostrado que el hecho de ser inmigrante aumenta el factor de riesgo a desarrollar el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico o "Síndrome de Ulises", el cual se caracteriza por un estado de estrés crónico con síntomas tales como tristeza, llanto, culpa, ansiedad, insomnio, cefalea, falta de memoria, desorientación.

La necesidad de conocer y aplicar el término de enfermería transcultural surge, debido a los importantes movimientos migratorios que actualmente se viven en cada parte del mundo. Como describía la enfermera Madeleine Leininger en su Teoría de la Diversidad y Universalidad, cada persona tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones y no es posible pretender homogeneizar los cuidados y pensar que los de una cultura sean válidos para las demás.

Palabras clave

Inmigración, síndrome, enfermería transcultural.

Abstract:

Today immigration in Spain, is a very important social phenomenon and is proven to the fact that immigrant increases the risk factor to develop Immigrant Syndrome with Chronic Stress or "Ulysses Syndrome", which is characterized by a state of chronic stress with symptoms such as sadness, crying, guilt, anxiety, insomnia, headache, memory loss, disorientation.

The need to know and apply the transcultural nursing term arises due to the significant migratory movements each day live in every part of the world. As described Madeleine Leininger nurse in his Theory of Diversity and Universality, each person has their own practices, beliefs, values and traditions and you can not pretend to standardize care and think of a culture that are valid for the other.

Keywords

Immigration, syndrome, transcultural nursing.

Objetivos

- Proporcionar conocimientos sobre el “Síndrome de Ulises” al personal de enfermería.
- Fomentar desde la consulta de atención primaria la detección del conjunto síntomas de dicho síndrome en la comunidad inmigrante, para su posterior abordaje.

Introducción ^{1,2,3}

A continuación explicaré el origen del Síndrome de Ulises, describiré la patología para así dar a conocer un conjunto de síntomas que me llamaron la atención en mi paso por un Centro de Salud Mental hace años y del que creo que existe gran desconocimiento a pesar de lo habitual que es, en la población inmigrante.

Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Estas personas que emigran deben adaptarse rápidamente a los múltiples cambios que se producen en la familia y los amigos, el idioma, la cultura, la situación social, el contacto con otros grupos y el riesgo físico que a veces implica, al mismo tiempo que deben buscar la manera de sobrevivir. Por todo esto la emigración, supone la vivencia de un duelo por lo que se deja atrás y dos definiciones se hacen necesarias:

1. **Estrés:** reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante
2. **Duelo:** proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para el individuo.

Por lo tanto, si relacionamos estos dos conceptos tendríamos que “el duelo es un estrés prolongado e intenso, muy relacionados estos términos con el síndrome que damos a conocer, el Síndrome de Ulises.

4. Definición y origen ¿Qué es el Síndrome de Ulises?^{3,4,5,6,7}

El síndrome lleva este nombre debido a Ulises un héroe mitológico, que pasó 20 años lejos de su tierra natal, Ítaca. Cuando partió dejó atrás a su familia y pasó por miles de peripecias. Por esta razón, los procesos psicológicos que sufren los inmigrantes se conocen como el síndrome de Ulises.

Joseba Achotegui psiquiatra y profesor titular de la universidad de Barcelona, describió este síndrome en los años 80 y con sus múltiples estudios, postula que existe una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven estos inmigrantes y la aparición de sus síntomas psicopatológicos.

El trastorno se caracteriza por un estrés superior a las capacidades de adaptación y una situación de estrés límite, asociado al hecho de ser inmigrante, con cuatro factores vinculantes: **soledad**, al no poder traer a su familia; sentimiento interno de **fracaso**, al no tener posibilidad de acceder al mercado laboral; sentimiento de **miedo**, por estar muchas veces vinculados a mafias; y sentimiento de **lucha** por sobrevivir.

Este síndrome acelera y/o ayuda a desarrollar ciertas patologías psicológicas latentes y predispone a desarrollar otras tales como brotes psicóticos, de ahí la importancia de detectarlo lo antes posible.

5. Clínica del síndrome de Ulises

Los síntomas presentes en Síndrome de Ulises son:

- **Sentimiento permanente de tristeza y llanto.** Este sentimiento es generado por todo aquello que fue dejado en el país natal y por las dificultades encontradas en el nuevo país.
- **Ansiedad.** Las personas que padecen Síndrome de Ulises se encuentran permanentemente en un estado de tensión que provoca muchas veces insomnio, falta de apetito, entre otros síntomas.
- **Cambios en el estado de humor.** Suelen oscilar entre estados de tristeza y de euforia. Irritabilidad es un estado bastante frecuente en estos casos.
- **Deterioro físico.** Debido a los sentimientos de tristeza y tensión, las personas que padecen del Síndrome de Ulises suelen sufrir un deterioro de su aspecto físico que se caracteriza por un aparente envejecimiento.
- **Problemas somáticos.** Fatiga que viene acompañado de cefaleas.
- **Síntomas confusionales.** Fallos de memoria, desorientación temporal.

Este trastorno afecta en España a una cifra según Achotegui, lo suficientemente importante como para que los profesionales sanitarios conozcamos dicho síndrome para así, tratarlos y llevar a cabo los cuidados enfermeros más óptimos en este tipo de pacientes inmigrantes y derivarlos en caso necesario a los diferentes recursos de los que disponemos.

El abordaje desde la consulta de enfermería de atención primaria a estos pacientes se basaría en:

- Técnicas de relajación y respiración a diario, para disminuir niveles de estrés.
- Higiene del sueño, dando consejos y reeducación del paciente.
- Ejercicio físico, ayudando así al cuerpo a liberar tensión física y mental.
- Hábitos alimenticios saludables. Asesoramiento nutricional.
- Pensamiento positivo, dar claves para ser optimista. Escucha activa. Fomento de la comunicación. Apoyo emocional.
- Derivación si fuera necesario.

6. Síndrome de Ulises y enfermería transcultural ^{6,7,8,9,10}

Los profesionales de enfermería tenemos cada día mayor variedad cultural de pacientes y por tanto diferentes cuidados que ofrecer, no se trata ya tanto del paciente tradicional, sino que son personas que llegan de muy diversos lugares y procedentes de culturas diferentes a la nuestra. De ahí la necesidad de conocer los condicionantes del paciente contextualizándolo en su propia cultura, comprenderlos desde su perspectiva, de entender qué es la salud y la enfermedad para estos individuos de cara a optimizar la relación persona a persona con ellos.

Es necesario aplicar los conocimientos en enfermería transcultural y que los profesionales conozcan la existencia de patologías frecuentes en población inmigrante. En los años 50 aparece el término de enfermería transcultural, introducido por Madeleine Leininger, basándose en proporcionar cuidados de enfermería culturalmente congruentes, sensibles y competentes a las personas de las diferentes culturas.

Aunque Asturias no sea de las comunidades donde mayor es el número de inmigración, alrededor del 4,5% frente a tasas del 16% en Cataluña, no por esto debemos mostrarnos indiferentes y debemos conocer, comprender e intervenir sobre la población inmigrante y conocer trastornos como el descrito, para llevar a cabo el abordaje que corresponda en cada caso.

A continuación presento algunos diagnósticos de enfermería con sus correspondientes **NIC** (*Nursing Interventions Classification*) y **NOC** (*Nursing Outcomes Classification*) habituales en pacientes con dicho síndrome de Ulises.^{11,12,13}

Metodología utilizada: se basa en el proceso enfermero aplicando valoración de patrones según Gordon NANDA, NIC Y NOC.

00066-Sufrimiento espiritual relacionado con (r/c) separación de los vínculos culturales manifestado por (m/p) verbalización de conflictos internos sobre las creencias.

NIC:

- Apoyo emocional.

NOC:

- Bienestar espiritual
- Calidad de vida: satisfacción con el estado de salud
- Adaptación psicosocial: adaptación psicosocial de un individuo a un cambio de vida.

00146-Ansiedad r/c cambio del entorno y cultura m/p nerviosismo.

NIC:

- Ayudar a la identificación de síntomas y signos de ansiedad.
- Enseñar técnicas de relajación teniendo en cuenta limitaciones culturales.
- Animar para que realice actividades según grado de ansiedad.
- Controlar grado de ansiedad: estado de alerta.

NOC:

- Aumentar la capacidad de control de la propia ansiedad.
- Demostrar una reducción en el grado de ansiedad.

00120-Baja autoestima situacional r/c condición de ser emigrante m/p verbalización del problema.

NIC:

- Fomento del desarrollo: cultural
- Apoyo emocional
- Escucha activa
- Potenciación de roles

NOC:

- Adaptación psicosocial: cambio de estilos de vida.
- Autoestima

- Potenciación de la socialización.

00051-Deterioro de la comunicación verbal r/c barreras lingüísticas m/p carencia de la capacidad para recibir y procesar información.

NIC:

- Intermediación cultural
- Fomento de la comunicación
- Escucha activa
- Disminuir niveles de ansiedad.

NOC:

- Capacidad de comunicación.

00002-Desequilibrio nutricional por defecto r/c hábitos dietéticos propios de su cultura m/p negativa de ingerir ciertos alimentos.

NIC:

- Asesoramiento nutricional: informar sobre riesgos a los que se expone ante la negativa de comer determinados alimentos

NOC:

- Estado nutricional: optima ingestión de alimentos/nutrientes.

00114-Síndrome del estrés del traslado r/c cambio ambiental m/p verbalización del problema.

NIC:

- Escucha activa.
- Aumentar el afrontamiento: ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambio o amenazas perceptibles que interfieren en la vida cotidiana.
- Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
- Fomento de la implicación familiar.

NOC:

- Calidad de vida: expresara satisfacción sobre sus condiciones actuales de vida.
- Superación de problemas: realizara las acciones para controlar los factores estresantes.

Conclusiones

La globalización de la que formamos parte actualmente, nos obliga a los sanitarios a adquirir competencias culturales para comprender cómo repercute sobre la salud y la vida de las personas, las diferentes culturas de las que proceden.

Leininger considera la "ceguera cultural" y el "choque cultural", como las barreras fundamentales para el conocimiento de las cultura por lo que, es preciso conocer las diferencias, pero en la misma medida aproximarse a las semejanzas transculturales de los pacientes que día a día atendemos en la consulta.

El conocimiento de patologías propias de la población inmigrante, tales como la descrita en el artículo, nos hará prevenir y/o detectar de forma precoz desde la consulta, problemas muy vinculados al choque cultural propio de todo inmigrante y así cuanto antes tratar o derivar a estos pacientes para minimizar los efectos derivados de dichas patologías.

Como reflexión personal: cerremos los ojos...imaginémonos a cientos de kilómetros de nuestra tierra, sin nuestra familia, ni amigos, dejando atrás nuestro hogar, cultura y en busca de trabajo añadiendo a esto las barreras lingüísticas y escasos recursos... ¿Quién no tendría dificultades para adaptarse?

Considero que algunos inmigrantes viven una de las peores pesadillas, estar sólo sin saber cómo resolver los problemas, sin recursos, encontrarse mal, pedir ayuda y que no te entiendan ni sepan ayudarte...

Ulises ha dejado de ser un poema épico griego, para convertirse en la triste realidad, la historia y la tragedia de millones de inmigrantes que lo sufren cada día.

*"Mi nombre es Nadie y Nadie me
llaman..." (Odisea Canto IX)*

Bibliografía:

1. Campayo J, Alda M. Psiquiatría e Inmigración. Proyecto de formación continuada para especialistas en Psiquiatría. Badalona: Euromedice;2010.
2. Achotegui J. Migrate, Grief and pain. El viejo topo. 1995; 90:31-38
3. Abe, Y. *Ulysses syndrome in immigrants in Japan* Symposium Stress and migration, Prague, Congress of World Psychiatric Association. (2008).
4. Campayo J, Martincano J. Los problemas de Salud mental en el paciente inmigrante. Madrid: IM&C 2004.
5. Achotegui J. Immigrant syndrome and multiple chronic stress. Advances in relational mental health.2008;7:2-6.
6. Tizón J. Migration as a risk factor for Health .Gaceta sanitaria de Barcelona.1986.29:182-187
7. Martinez M, Martinez A. Migration and psychiatric diseases. 2006; 29
8. Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. En: Marriner-Tomey. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid: Mosby Doyma; 1994.
9. Preciado M. Nurse/inmigrant patient relation. Index Enferm. 2005;14(50):25
10. Tarrés Chamorro S. El cuidado del "otro". Diversidad cultural y enfermería transcultural. Gaceta de antropología 2001 (17): 15.
11. Nanda International(2010).Diagnosticos enfermeros:Definiciones y Clasificación.2009-2011.Madrid: Elsevier.
12. Moorhead S,Johnson M, Maas M, Swanson E. (2009). Clasificación de resultados (NOC).4ªedición.Madrid:Mosby.
13. Bulechek G.M, Butcher H.K, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Barcelona. Elsevier España, 2009.

Casos Ético-Legales en la Práctica de la Enfermería Familiar y Comunitaria: “*Enfrentarse a la realidad*”

Ethical and legal cases in nursing practice family and community

Emilia Romero de San Pío

*Diplomada en Enfermería. Especialista en cuidados intensivos (Universidad de Oviedo).
Experta en Enfermería legal y forense. Licenciada en Geografía e Historia, especialidad:
Historia. Experta en ética sanitaria.*

*Máster en gestión y participación en comités de ética de la investigación y ética sanitaria
(Univ. Complutense de Madrid).*

La autora declara que el presente trabajo es original y no publicado.

Manuscrito recibido: 21-04-2013

Manuscrito aceptado: 31-07-2013

Cómo citar este documento

Romero de San Pío, E. Casos Éticos-Legales en la Práctica de la Enfermería Familiar y Comunitaria: "Enfrentarse a la realidad". RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Dic; 1(4)

Resumen

La formación de Enfermería en el campo de la Bioética es en la actualidad algo muy necesario. Ante casos reales, planteamos dudas éticas que podemos resolver con un proceso deliberativo basado en las leyes existentes y en el respeto por los cuatro principios de la Bioética.

Para ilustrar el conocimiento de dicho proceso deliberativo se plantean cuatro casos reales.

En los cuatro casos expuestos se delibera sobre el derecho a la información clínica, la confidencialidad en sanidad y la intimidad.

Nuestro objetivo final es la corrección en nuestro trabajo y elegir la mejor opción para respetar la ley y los principios éticos.

Palabras clave

Enfermería, Bioética, Obligaciones Morales, Jurisprudencia

Summary

The Nursing Training in the field of bioethics is now very necessary. In real cases that pose ethical questions can be solved with a deliberative process based on existing laws and respect for the four principles of bioethics.

To illustrate the knowledge of the deliberative process we propose four real cases.

In the four cases presented deliberates on the right to medical information, confidentiality and privacy in healthcare.

Our ultimate goal is the correction in our work and make the best choice to respect the law and ethical principles.

Keywords

Nursing, Bioethics, Moral Obligations, Jurisprudence.

Introducción

La formación de Enfermería en Bioética es actualmente algo muy necesario debido a los grandes avances científicos que han determinado la aparición de innumerables dilemas en la práctica clínica como nunca se habían producido hasta ahora. La duda moral, la duda ética de lo que debemos o no debemos realizar nos lleva a la conocida y primera pregunta que nos debemos plantear: ¿qué debo hacer? Nos encontramos de lleno dentro del campo del principialismo ético o también denominado "ética aplicada", pues lo que realizamos es una aplicación de principios éticos a nuestro campo específico del cuidado como profesionales enfermeros.

La relación profesional-paciente es compleja en sus formas y contenidos, las decisiones que se tomen durante ésta necesaria relación se han de basar obligatoriamente en los principios bioéticos, que nos ayudarán en la toma de decisiones a través de un proceso deliberativo junto con el paciente y familia. El objetivo de la deliberación ética es la búsqueda de la solución óptima que no ponga en conflicto los valores éticos y la legislación o norma jurídica vigente^{1,2,3}.

Para acercarnos a algunos de los dilemas morales en los que debemos de poner en la balanza todo lo definido como correcto, todo lo conforme a criterios ético-legales establecidos, vamos a exponer varios ejemplos basados en casos reales.

Objetivos

- Aplicar de forma sistemática y objetiva los conocimientos adquiridos en el campo de la Bioética y del derecho sanitario.
- Desarrollar de una forma eficaz el proceso deliberativo en la toma de decisiones en ética sanitaria.
- Ampliar los conocimientos en el campo ético y legal en Enfermería a través del planteamiento de casos reales para su reflexión.

Desarrollo

1. Primer Caso

El primer caso presentado nos hace reflexionar sobre el derecho reconocido de autonomía de la persona sobre las decisiones que le competen personalmente en materia de salud y también nos hace ser conscientes de nuestra todavía actual tendencia paternalista, como profesionales de la salud, hacia nuestros enfermos.

El caso es el siguiente:

Una señora de 87 años viene a la consulta de Enfermería con sus dos hijas. La señora tiene muchos problemas de salud crónicos: es diabética, hipertensa y hace poco ha sufrido un ictus, tras el cual está desmejorada y desanimada, pero con plenas facultades de raciocinio. Sus hijas comentan que se niega a comer desde hace dos días. Una de las hijas plantea la posibilidad de ponerle una sonda nasogástrica o una PEG para alimentarla. La profesional de Enfermería que atendía a la señora se puso en contacto con su centro hospitalario de referencia donde se indicó que la sonda PEG estaba contraindicada en casos (como era el

presente) de una esperanza de vida estimada inferior a tres meses, pero planteaban la colocación de una sonda convencional de alimentación. El dilema ético planteado es si a la luz de las circunstancias planteadas y de la decisión de la enferma, sería conveniente poner dicha sonda.

En primer lugar, debemos hablar con la propia enferma, pues la señora está consciente, con plenas capacidades mentales y autónoma en sus decisiones. En ésta situación, el obligar a la colocación de una sonda de alimentación por imposición unilateral de los profesionales de Enfermería es considerada desde el punto de vista ético-legal inadmisibles, es una medida extraordinaria y no se debe de plantear en contra de la voluntad consciente de la persona afecta; sería una actitud maleficente .

Enfermería ante el dilema planteado debe aconsejar dicha charla-conversación detenida con la enferma para recabar los motivos de su decisión de no comer, los cuáles pueden ser múltiples, desde la situación de desánimo y depresión por la que está pasando, hasta por la razón de querer morir por verse como una carga para su familia u otra causa que no quiera referir. Otro planteamiento debe de darse si la persona afecta no está en condiciones mentales de decidir por sí misma, entonces la decisión será tomada tras una necesaria reflexión de los pros y de los contras entre los profesionales que la atienden y sus familiares responsables. Éste procedimiento de toma de decisiones se realiza tras un análisis reflexivo y cuidadoso de las diferentes opciones^{3,4,5} , pues en ello consiste el proceso deliberativo con sus dos vertientes, la clínica, donde se ponderan las principales opciones que desde éste punto de vista se tienen para el manejo adecuado de un paciente y la deliberación ética cuando existen situaciones de dilema desde el punto de vista ético, donde se deben de ponderar diferentes aspectos ³ que se exponen a continuación :

- Identificación de los problemas éticos presentes.
- Identificación de los valores en conflicto.
- Identificar actuaciones o acciones que pueden ir en contra de la legislación vigente.
- Reflexión detenida para encontrar posibilidades intermedias de actuación que no pongan en conflicto los anteriores puntos.

El caso planteado es un caso típico donde está comprometido el respeto por la autonomía individual de cada persona en sus decisiones sobre su propia salud (siempre que no afecten a terceros o en situación de peligro para la salud pública) y el respeto activo hacia las opciones legítimas de los enfermos bajo nuestra responsabilidad profesional. Tanto la ley general de sanidad como la importantísima ley 41/2002 de autonomía del paciente son claras en la defensa de las decisiones maduras y no coaccionadas del paciente y como profesionales de la salud debemos tener la obligación de que las decisiones tomadas por éste sean fruto de la información detallada y ajustada a la verdad del profesional. Es importante detenernos a especificar qué es una acción autónoma, para tenerla en cuenta y aceptarla como tal. Pues bien, una acción autónoma es aquella que se realiza de forma intencionada, con comprensión de la acción y sus consecuencias y sin influencias coaccionadoras externas, la cual la realiza libremente el paciente tras información objetiva, clara y veraz del profesional. Como profesionales enfermeros tenemos la obligación ético-legal de respetar dichas acciones autónomas.



Actualmente, las decisiones autónomas en sanidad cobran protagonismo central; la persona que se pone en contacto con la organización sanitaria por un problema de salud es a quién, hoy en día, se le hace partícipe y protagonista de las decisiones que competen a su propia salud. Pero, en ocasiones nos podemos topar con el conflicto moral que se pueden plantear algunos profesionales de la sanidad en el sentido de que si toda decisión individual amparada por el derecho puede vincular a otros que no la comparten. Es decir, ¿es la libertad individual, el derecho autónomo legítimo de un enfermo el valor absoluto que se debe de respetar en todo momento y situación, aun yendo en contra de los principios morales de los profesionales que le atienden? En ésta disyuntiva, algunos estudios del tema indican que sí, que la decisión autónoma de la persona enferma es el valor absoluto a tener en cuenta siempre bajo cualquier circunstancia pues indican que esa autonomía decisoria entraría dentro de la denominada "ética de mínimos" de obligado cumplimiento^{3,4,5}. Sin embargo, en la actualidad, no se ha llegado a una concienciación radical en éste sentido y será necesaria una evolución a múltiples niveles para posicionarla en primera línea de cumplimiento. La defensa de las decisiones maduras y autónomas de una persona sobre su salud y su proceso de enfermedad, es algo a lo que en la actualidad no estamos acostumbrados e incluso, en muchos casos (como el caso presentado) puede entrar dentro del campo de la objeción de conciencia, opción, por otra parte, legítima en el profesional directamente implicado en la actuación. El tema de la objeción de conciencia ha sido profundamente tratado por numerosos autores y que lleva siglos de evolución, las denominadas "razones de conciencia" impulsan a los hombres en general y a los profesionales de Enfermería en particular a la acción y a realizar o no una acción en uno u otro sentido^{6,7,8,9}. El profesional de Enfermería puede indicar razones de conciencia para abstenerse, en éste caso, debido a que no poner una sonda de alimentación puede conducir en un plazo más o menos breve a la muerte de la persona. También, en otro aspecto, los profesionales sanitarios directamente responsables de la enferma pueden caer en un ya trasnochado paternalismo profesional^{8,9} que nos hace pensar que el paciente se está equivocando en una decisión y que sólo nosotros sabemos reconocer lo mejor para cada uno de nuestros enfermos. Muchas veces la toma de decisiones en materia de su propia salud por parte de los pacientes encubre el paternalismo médico y/o el paternalismo enfermero que en éstas décadas de desarrollo de la actividad asistencial debería estar ya perfectamente eliminado; en el paternalismo, el profesional "ofrece" al

usuario la opción que él considera más oportuna en sus circunstancias sin tener en cuenta otras opciones también legítimas. Pero ésta acción muchas veces es algo que surge de forma automática e inocente en el profesional sanitario, todavía con “restos” de una mentalidad sanitaria anterior en la que era el médico o el profesional sanitario, el que decidía la mejor opción para el paciente en la idea de que es el profesional, con sus conocimientos el que mejor determinará lo que le convenía al enfermo en cada momento en materia de salud.

Las decisiones centradas en el paciente y decididas por éste son una de las más novedosas de las últimas décadas y que más han avanzado^{10,11,12}. Debemos de tener en cuenta y no olvidar nunca que el depositario de las informaciones sobre su salud es el propio paciente y que él decide en última instancia en cuestiones que atañen a su propia salud única y exclusivamente. El respeto a las decisiones del paciente debe de ser, por tanto, central en nuestro trabajo como profesionales y debemos de velar por que ello se cumpla en cualquier circunstancia y situación. Sólo de ésta manera contribuiremos al desarrollo sanitario eficiente y ético y es nuestra responsabilidad incuestionable e inalienable. Además no sólo desde el punto de vista de la ética estaríamos cometiendo una grave violación de nuestro código deontológico, sino también desde el punto de vista de la legalidad vigente que apoya y defiende la decisión autónoma e informada del paciente sobre cuestiones que competen a su propia salud y siempre que no ponga en peligro a terceras personas por sus decisiones. Éste derecho de autonomía del paciente es, en resumen, uno de los cuatro principios de la Bioética y el que incorpora cuestiones más actuales a la práctica clínica.^{13,14}

2. Segundo Caso

El segundo caso planteado es el siguiente: viene a consulta el padre de un enfermo nuestro que es esquizofrénico para preguntarnos si se ha puesto cierta medicación indispensable para el control de su afección. El enfermo es plenamente consciente de su enfermedad y con un correcto seguimiento. Nuestro dilema como profesionales de Enfermería es si debemos dar esa información o no a terceras personas sin el consentimiento directo de nuestro paciente aunque esa persona sea un familiar directo del mismo.

En éste caso nos cuestionamos quién es en última instancia el titular de la información clínica y quién debe de recibir la información sobre la salud en concreto. Este es un caso clásico de estudio y de definición fehacientemente de quién es el destinatario legítimo de la información en materia de sanidad y de si dicha información puede divulgarse sin consentimiento expreso de un enfermo o paciente.

Numerosas leyes se han extendido en la matización de dicho derecho sobre información clínica y su eventual divulgación, es el caso de la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre sobre protección de datos de carácter personal. Dicha ley califica a los datos relativos a la salud de las personas como de especial protección y custodia. Todo paciente tiene el derecho de saber ante cualquier situación de enfermedad o proceso de salud, toda la información disponible por parte de los profesionales que lo atienden, salvando los supuestos que exceptúa la legalidad vigente. Nuestro deber es proporcionarle la información sobre su proceso de la forma más comprensible posible para que la persona tome decisiones, pues el titular de la información es el propio paciente o las personas que por razones de familia o de hecho están relacionadas, pero siempre que el paciente lo permita ya sea de una forma expresa o tácita. La salvedad a éste derecho es si el paciente no tiene la capacidad de comprender la información que le proporciona el profesional, ya sea por razones de índole física o psíquica o exista un grave problema de salud pública. En el caso que se nos presenta no existe esa salvedad, pues su enfermedad psíquica no lo incapacita para la comprensión y la toma de decisiones maduras y conscientes y no existe un eventual peligro para terceras personas por el correcto seguimiento del tratamiento por parte del paciente. Entonces vemos como a la luz de la legalidad vigente, el titular de la información es siempre el enfermo u

otra persona expresamente indicada por el paciente para recibirla^{15,16} y que existen otras razones para que una tercera persona reciba información de un enfermo o paciente como puede ser: minoría de edad, incapacidad, urgencia vital o razones de salud pública. No existe la razón de incapacidad en éste caso, pues la afección psíquica de nuestro enfermo no le afecta a sus capacidades decisorias, con lo cual, para no violar éste principio de confidencialidad, no se debe de dar dicha información al padre sin conocer la decisión de nuestro enfermo a éste respecto. El profesional de Enfermería si puede romper su obligación deontológica y legal de guardar el secreto profesional sobre datos clínicos de un enfermo bajo su responsabilidad si mediase peligro para la salud o integridad física de terceras personas. Esta importantísima premisa debe de tenerla en cuenta el profesional y en su defecto indicarle al familiar la necesaria comunicación personal entre ambos. Pero, parece ser que en éste caso dicho peligro no está presente por las características concretas de su afección psíquica y el correcto control de la enfermedad por parte del paciente.

Como profesionales sanitarios debemos de guardar en todo momento la confidencialidad de los datos clínicos de nuestros enfermos y pacientes, a ello nos obliga la ley. Desconocemos si existe por parte de la persona enferma una indicación expresa de no información a familiares, éste dato es necesario saberlo pues en dicho caso no se debe de informar salvo al enfermo y a las personas que el indique como autorizadas para recibir dicha información personal. El tener un parentesco directo con el enfermo no asegura legalmente que se pueda depositar en él dicha información confidencial si la persona afecta no lo desease así.

Como resumen final de aspectos a tener en cuenta en éste caso , quisiera destacar las siguientes ideas: el profesional de Enfermería tiene en sus manos la responsabilidad de la información – seguimiento correcto del tratamiento de sus pacientes y tiene la responsabilidad de informar de forma oportuna al equipo multidisciplinar responsable de cualquier irregularidad en el seguimiento del tratamiento que pudiese poner en peligro la propia salud de nuestro paciente o la de terceros, pero también debe velar por la confidencialidad de dicha información .

3. Tercer Caso

En este tercer caso se nos plantea la situación de un paciente de 45 años que vive con su madre. A nuestro paciente le diagnostican un cáncer y muere a los pocos meses de dicho diagnóstico. La madre no fue informada por expreso deseo del hijo y se enteró de la enfermedad cuando su hijo falleció. Ante éste caso nos asaltan una serie de preguntas como profesionales de Enfermería:

- ¿Se debería de haber informado a la madre a pesar del expreso deseo del hijo de no hacerlo?
- ¿Es desde el punto de vista ético correcto el no informar a una madre sobre la gravedad de una enfermedad que afecta a su propio hijo?
- ¿Por qué en muchos casos, se informa siempre de una enfermedad en fase terminal a la familia y no al propio enfermo?

En éste caso estamos también dilucidando a quién se debe de informar de un proceso patológico y a quién no. Bien, ya sabemos que el destinatario último de la información que compete a procesos u procedimientos en materia de salud-enfermedad es la propia persona afecta si en ella se dan los condicionantes de madurez etaria, y psicológica (con una serie de matizaciones, en las que no entro, en el caso de ser una persona menor de edad o incapacitada). Pero como profesionales de la salud debemos de saber que el derecho a ésta información^{17,18,19} no excluye casos en los que el paciente “no quiere saber” diversos aspectos más o menos amplios de su enfermedad o la gravedad de la misma. Y debemos de aceptarlo e informar en la medida de lo que nuestro enfermo “quiera saber”, pues muchas

veces, en el afán actual de informar (precisamente por ese derecho reconocido y reconocible a nivel ético y legal) nos “empecinamos” en informar a toda costa a nuestros enfermos, cuando ellos prefieren “delegar” esa información en sus familiares y se debe de respetar dicha opción por parte de los profesionales enfermeros.

En el caso que nos ocupa, nuestro paciente no quiere que se informe a un familiar suyo (su madre) posiblemente (se debería de indagar las causas) para no preocuparla, disgustarla, por temor si su madre tuviese alguna enfermedad grave que se pudiese agravar si conociese el proceso patológico de su hijo, edad avanzada de la madre, etc.

A la primera pregunta planteada, en principio se debe de respetar los deseos del enfermo, pero sería conveniente también indagar las causas de no querer informarla. Siempre emprender un proceso deliberativo para encontrar la mejor opción que respete (como ya indiqué anteriormente) en última instancia, la ley, los principios de la Bioética y las opiniones legítimas de nuestros enfermos y familiares.

En cuanto a las siguientes preguntas, la razón de que en la mayoría de las veces se informe a la familia del verdadero alcance de la gravedad de una enfermedad y no al propio sujeto afecto, entra de lleno en algo que ya habíamos expuesto con respecto al primer caso estudiado: el “ trasnochado” paternalismo profesional que nos hace pensar como prácticamente hasta hace unas décadas, que el enfermo “cuánto menos sepa, mejor”, en la idea de que el conocimiento de su proceso patológico grave podía influir en: menos seguimiento del tratamiento, entrar en procesos depresivos, de desánimo, etc. En la actualidad, como profesionales enfermeros, somos conscientes del derecho que tiene el enfermo de saber sobre su propia enfermedad si así lo decide el propio enfermo, es legítimo que conozca su proceso patológico lo cual le ayudará a replantearse su vida, relaciones o incluso “terminar” cosas pendientes. Es, desde el punto de vista ético legítimo que una madre sepa sobre la enfermedad de un hijo, pero es también legítima la opción del hijo de no informarla. Se debe de plantear una charla entre el equipo multidisciplinar y el enfermo para dilucidar éste aspecto que entra de lleno dentro del campo ético del “deber moral”.

4. Cuarto Caso

El cuarto y último caso planteado es el de una señora con un carcinoma de pulmón que fallece a menos de un mes del diagnóstico. El proceso patológico sólo lo conocía la hija, ésta no se lo contó ni al marido de la mujer ni a su propio marido ni a su hija que le reprochó que la dejara ir a Madrid de fiesta estando muriéndose su abuela.

Éste es un caso muy interesante pues nos plantea una serie de dilemas éticos al final de la vida sobre los que debemos reflexionar detenidamente. La propia paciente no conoce su procedimiento patológico y no tenemos datos de cuál es la razón, la cuál puede ser muy legítima y decidida por la propia persona afecta (como veíamos en el caso anterior), en cuyo caso se debe de respetar el que la enferma no quiera saber y “delegue” la información en algún familiar. Puede ser éste desconocimiento debido a una actitud paternalista(ya vista también) en que de forma unilateral(por parte de los profesionales) o bilateral(por parte de los familiares y de los profesionales) hayan decidido, por la razón que sea, que no se informe a la enferma. Esta actitud, en principio está deslegitimizada tanto desde el punto de vista ético^{20,21} como legal. La paciente tiene el derecho legítimo a conocer todos los aspectos de su enfermedad y las opciones terapéuticas, para poder decidir de una forma consciente sobre su propio futuro. El respeto por la autonomía decisoria del paciente en materia de su propia salud es algo que se encuentra actualmente perfectamente normalizado desde el punto de vista ético y jurídico^{20,21,22} y como tal aceptado por los profesionales que lo ponen en práctica todos los días. Ante una situación como la planteada, se debe de informar primero a la paciente, verdadera y legítima depositaria de la información, indagar sus

miedos, preocupaciones, informar en la medida que nos lo demande e informar a la familia si la enferma está de acuerdo.

Aquí nos encontramos con el valor en conflicto de la obligación de dar al paciente una información veraz sobre su propio proceso patológico y el evitarle un sufrimiento desde el punto de vista de la familia innecesario si se comenta el verdadero alcance de la enfermedad a la paciente. La paciente tiene el derecho de ser informada, en el proceso deliberativo que debe emprender el profesional enfermero, la familia y el equipo asistencial se debe indagar el por qué no quiere la familia que se informe a la propia enferma (carácter de la paciente, negación del familiar). Se debe de informar a la paciente en el tiempo que nos demande y hasta lo que quiera saber, sin insistir en otros aspectos si la paciente no lo requiere, darle la información que ella nos demande ni más ni menos.

Conclusión

El conocer los aspectos ético-legales en conflicto, el tener formación en Bioética no nos exime de una sensación de incertidumbre y de dudas cuando nos enfrentamos a casos reales donde existen dilemas éticos en juego. Muchas veces es complicado determinar los valores en conflicto en cada caso para realizar un adecuado proceso deliberativo. El respetar los cuatro principios de la Bioética y los aspectos ético-legales implicados en cada caso es siempre la acción válida y correcta^{23,24,25}, pero no por eso las decisiones y el manejo de los dilemas éticos se nos hacen fáciles, aunque sí nos ayuda a tener la seguridad ético –legal de actuar correctamente. Pero no debemos desfallecer en el camino hacia la solución de los diferentes conflictos éticos con los que nos debemos de enfrentar. Como profesionales sanitarios debemos de seguir formándonos en todos estos aspectos concretos para dar a nuestros pacientes la mejor atención no solamente desde el punto de vista clínico.

Nuestra responsabilidad es enorme pues nuestras acciones se basan en el cuidado y la concepción holística de la persona^{26,27}, el fin tradicional que tenía la Medicina y la Enfermería hasta hace unas décadas se ha superado, se ha enriquecido con numerosos aspectos. La corrección profesional nos viene desde la Deontología, en las profesiones sanitarias, se nos remite a la excelencia, la "areté" griega o la "virtus" latina y tiene su relación con las acciones, modos de vida, hábitos y actitudes que nos acercan a un ideal de perfección muy relacionada en la actualidad con la ética de máximos y radica en la personalización de cada caso y no en la aplicación automática de unas normas, también radica en la actitud ética y prudente de todos y cada uno de los profesionales sanitarios.^{28,29,30}



Nuestras principales armas son la formación y la preparación específicas, pero podemos siempre contar con los comités de ética locales que nos pueden asesorar ante cualquier duda en estos aspectos.

Se necesitan múltiples prismas de acercamiento a un problema ético pero siempre desde el prisma Bioético y del respeto a la legalidad y a los valores más importantes puestos en entredicho en cada caso particular.

"Como profesionales sanitarios debemos de seguir formándonos en todos estos aspectos concretos para dar a nuestros pacientes la mejor atención no solamente desde el punto de vista clínico"

Bibliografía

1. Casado A. Bioética para legos. Una introducción a la ética asistencial. Plaza y Valdés, Madrid, 2008; 2(1):100-220.
2. Simón P. Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad. Triacastela, Madrid, 2005;1(1):50-100.
3. Ortega Galán AM (coord.) .Manual de Bioética para los cuidados de Enfermería. ASANEC (asociación andaluza de Enfermería comunitaria), 2010;(5):85-92.
4. Ciurana JC. La sociedad ética. Indicadores para evaluar éticamente una sociedad. Proteus, Barcelona, 2010; 200-330.
5. Aguilar O. El ejercicio profesional del médico. Rev. Medicina y Sociedad. 1997, vol 73,73-9.
6. De Lora P; Marina Gascón M. Bioética, principios, desafíos, debates, Ed Alianza, 2008;(1):80-120.
7. Sánchez-Caro J, Abellán F. Derechos del médico en la relación clínica. Ed. Comares, 2006;(1):209-240.
8. Sieira Mucientes S. La objeción de conciencia sanitaria desde la perspectiva constitucional. VI Congreso nacional de derecho sanitario, 2000.
9. Alarcos Martínez FJ Objeción de conciencia y sanidad. Ed Comares, Madrid 201; 33-100.
10. C.D.: de Mingo, A., García, V., y Junquera, R., Bioética y Bioderecho, Madrid, Moralia, 2006.
11. Junquera de Estèfani, R., Bioética y Bioderecho, Granada, Comares, 2008, 60-150
12. Marcos del Cano, A. M., Bioética, Filosofía y Derecho, Melilla, UNED, 2004.
13. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin 2001; 117(1): 18-23. Disponible en: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j62.pdf>
14. Gracia, D. El qué y el porqué de la bioética, Cuadernos del Programa Regional de Bioética, 1995; (1): 37-53.
15. Cabré L, Abizanda R, Baigorri F, Blanch L, Campos JM, Iri-barren S, et al, y grupo de trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Código ético de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Med Intensiva. 2006;30:68-73.

16. Solsona JF, Cabré L, Abizanda R, Campos JM, Sainz A, Martín MC, Sánchez JM, Bouza C, Quintana M, Saralegui I, Monzón JL. Recomendaciones del grupo de bioética de la SEMICYUC sobre el consentimiento informado en UCI (2002). *Med Intensiva* 2002; 26: 253-254.
17. Mainetti J. Fundación Mainetti. Bioética. Ed Temas y Perspectivas.; 1997.
18. El portal de la ética aplicada. Disponible: <http://revista.dilemata.net/index.php/dilemata>. Dilemata www.dilemata.net.
19. Cortina A. Ética sin moral. Ed. Tecnos; 1990.
20. Gracia D. Fundamentos de Bioética. Eudema universidad; 1989.
21. Cortina A, Martínez E. Ética .Ed. AKAL; 1996.
22. Vidal M Bioética, estudios de bioética racional. Ed. Tecnos; 1989.
23. Feito L, Gracia D, Sánchez M. Bioética: el estado de la cuestión. Ed Triacastela, Madrid, 2011; 43-56.
24. Vilva J. Ética profesional de la Enfermería. Desclée de Broker. Bilbao, 2002; 79-100,191-203.
25. Código Deontológico de la Enfermería española, Acta 1988, publ .1989; rs nº 32/89 Consejo internacional de Enfermería. Disponible en: www.rs8.es/cast/Docs/CDEE.htm.
26. Gálvez Toro A. Ética de los Cuidados, una revista necesaria. *Rev Ética de los Cuidados*, 2008. Martínez Ques, Angel Alfredo; Vázquez Campo, Miriam. El cuidado y la seguridad del paciente. Algunas consideraciones éticas y legales. *Etica de los Cuidados*. 2008 ene-jun; 1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6760.php>.
27. Cortina A. Ética pública y sociedad. Madrid: Taurus; 1998, (2): 100-138.
28. Camps V. La excelencia de las profesiones sanitarias. *Humanitas*. Humanidades Médicas, Tema del mes on-line-nº 21, Noviembre 2007.
29. Gracia D. Como Arqueros al blanco. *Estudios de bioética*. Triacastela. Madrid, 2004; 270-278.
30. Feito Grande L. Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enfermería Clínica*. 2005; 15(3):167-74.

Lecturas recomendadas

1. Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina: Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. 1997 abril.
2. Junquera de Estéfani R. El paciente y su capacidad de decidir en el ordenamiento jurídico español". *Bioética y Bioderecho*. Reflexiones jurídicas ante los retos bioéticos, Granada, Comares. 2008; 129-154.
3. A. Castro, F. J. Contreras, F. H. Llano, J. M. Panea (coords.) "De Kant a Jonas: el principio de responsabilidad, Biotecnología y Derecho", en A propósito de kant. Estudios conmemorativos en el bicentenario de su muerte. Sevilla, Innovación Editorial Lagares; 2003 (1): 211-227.
4. Ley 41/ 2002 del 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente. BOE-A-2002-22188;nº 274,2002,nov.2002:40126-40132

Cursos de Actualización Farmacológica y de Iniciación a la Fitoterapia

Bienvenid@s

Tras la extraordinaria experiencia de la primera edición, la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias, [SEAPA](#) convoca esta segunda edición del "Curso de actualización farmacológica para enfermeras de Atención Primaria".

El curso, que se realizará entre el 13 de Enero y el 14 de Abril de 2014 se impartirá **on-line** mediante la plataforma digital de [FAECAP](#) estando además **acreditado por la Comisión de Acreditación de Formación Continua de Profesiones Sanitarias del Principado de Asturias con 15.4 créditos y 100 horas lectivas.**

Una vez finalizado este **Curso de Actualización**, SEAPA invita a participar, de forma gratuita, en el curso de Iniciación a la Fitoterapia basada en la evidencia y aspectos de seguridad del uso terapéutico de las plantas

Inscripción

El curso comenzará el **13 de enero de 2014** y finalizará el **11 de abril de 2014**, cerrándose el plazo de inscripción a las **14:00 horas del día 31 de diciembre de 2013**, sin perjuicio de que en caso de haberse cubierto con anterioridad las plazas del curso, podría cerrarse con anterioridad, circunstancia que sería anunciada en esta página.

La información sobre costes y proceso de inscripción al curso se realiza descargando el siguiente formulario de inscripción y siguiendo los pasos que en el mismo están descritos.
[DESCARGA FORMULARIO](#)

Ante cualquier duda, por favor no duden en contactar con la Secretaría del Curso a través del email secretariaformacion@seapaonline.org



