

REVISTA CONAMED

Volumen 22, Número 4, Octubre - Diciembre, 2017
Órgano Oficial de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Editorial
**LA DIGNIDAD COMO EJE DE
LOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Artículo Original
**COHERENCIA DIAGNÓSTICO/
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN
LA HOJA DE REGISTROS CLÍNICOS Y
USO DE LENGUAJE ESTANDARIZADO**

**AUSENCIA DE PERCEPCIÓN
DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA
EN MUJERES INDÍGENAS DEL
CENTRO NORTE DE MÉXICO**

**CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA
SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN
CENTROS DE PRIMER Y SEGUNDO
NIVEL DE ATENCIÓN PARA LA SALUD**

**VIVENCIAS DE EMBARAZADAS
DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO
DEL HOSPITAL SAN
JUAN DE DIOS, EN CHILE**

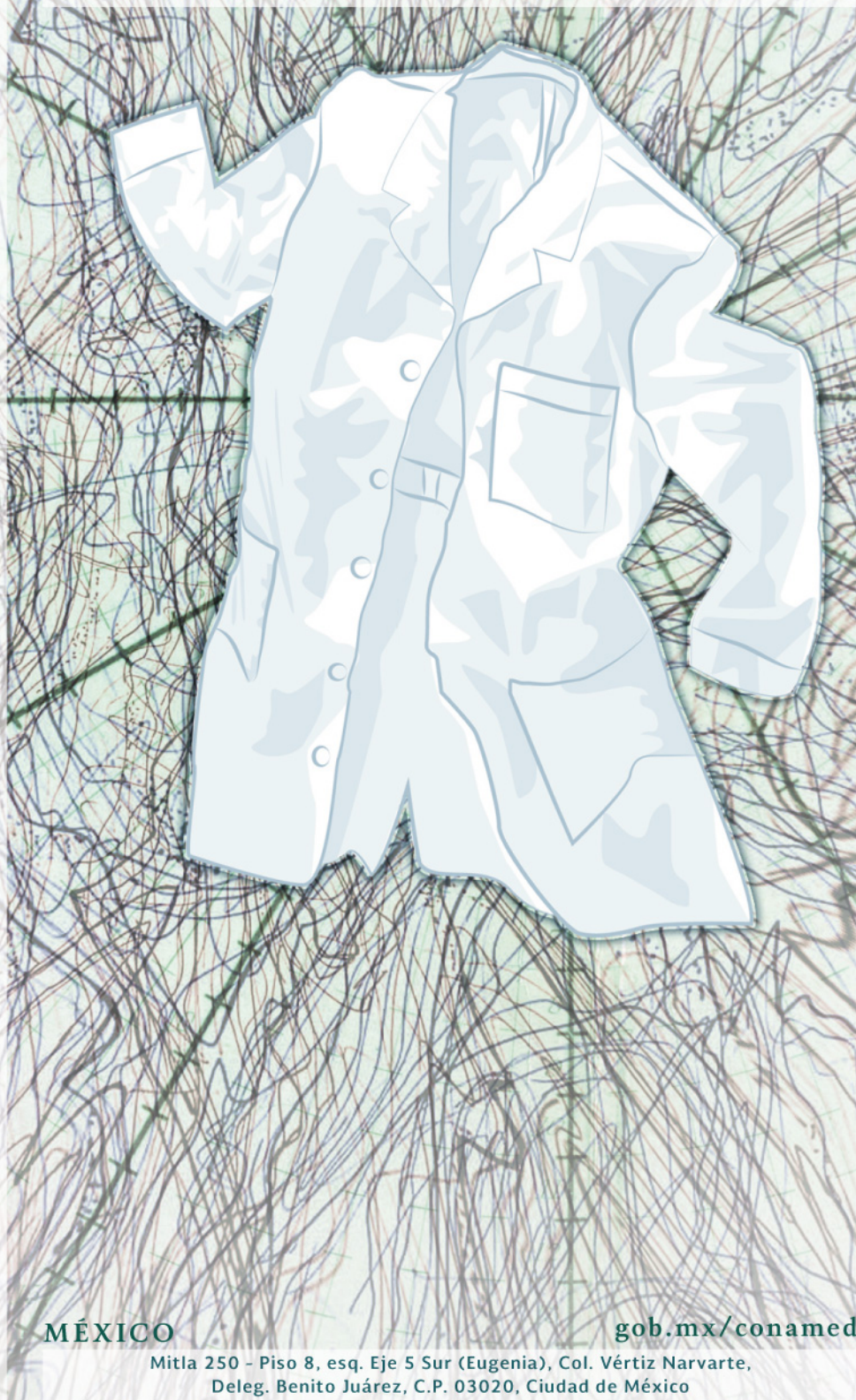
**CONOCIMIENTO DE CUIDADOS
PALIATIVOS PEDIÁTRICOS DEL
PERSONAL DE SALUD DE UN
HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

**DURACIÓN DEL PROCESO
ARBITRAL EN LA QUEJA MÉDICA**

Artículo de Opinión
BIOÉTICA NARRATIVA

Desde la Cochrane México
**CUIDADOS PALIATIVOS
TEMPRANOS PARA ADULTOS
CON CÁNCER AVANZADO**

Artículo Especial
**DISCURSOS DEL CUERPO;
ANTICONCEPTIVOS Y CONTROL
NATAL. MÉXICO AL COMENZAR
LA DÉCADA DE LOS SETENTA**
**'TIMBRES ROJOS' Y EL COMITÉ
NACIONAL DE LUCHA CONTRA
LA TUBERCULOSIS, CIUDAD
DE MÉXICO, 1939-1950**



MÉXICO

gob.mx/conamed

Mitla 250 - Piso 8, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte,
Deleg. Benito Juárez, C.P. 03020, Ciudad de México

Derechos de los Pacientes

MÉXICO
SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

LAJUNEB YICH'EL TA MUK' BUCH'UTIK TSA' SPOXILIK

- 1.- Oy a vich'el ta muk' sventa a tuk'üanel ta poxtael
- 2.- Oy a vich'el ta muk' sventa lekuk no'ox xa vich' albel xch'uk k'anbiot ta lek
- 3.- Oy a vich'el ta muk' sventa xa vich' choibei lek smelolal, ta stuk'äl, ta yutsälal xch'uk lek tusanbi
- 4.- Oy a vich'el ta muk' sventa xa nop lek k'usba xu' xa vich' tuk'üanel
- 5.- Oy a vich'el ta muk' sventa yalel ti k'usi lek o muyuk lek cha vä'ie
- 6.- Oy a vich'el ta muk' sventa a vilel ta lekälal
- 7.- Oy a vich'el ta muk' sventa xa jak'be smelolal xch'uk yan [poxtavane]
- 8.- Oy a vich'el ta muk' ti me anil no'ox cha k'an poxtael
- 9.- Oy a vich'el ta muk' sventa oy lek sjunal a vu'un ta sanil poxtael
- 10.- Oy a vich'el ta muk' sventa a tuk'üanel ti me oy la a valbe smelolal ti muyuk lek la a vich' ch'ameie

Ti ta CONAMED ta jk'anikutik ti lekuk a vich'el ta muk' jech k'ucha'al jsa' poxiote. K'opojan xch'uk jo'onkutik

Traductora: Virginia Pérez Núñez

CONAMED
INALIJ

Uno de los propósitos que persigue la CONAMED es el empoderamiento de derechos a la salud de los ciudadanos a través de la promoción, difusión y la educación en materia de derechos de los pacientes, en este sentido te invitamos a conocer las traducciones de los derechos de los pacientes en 11 lenguas.

www.gob.mx/conamed

	Editorial	
La dignidad como eje de los cuidados paliativos	159-160	
<i>Dignity as the axis of palliative care</i>		
Horacio Márquez-González		
	Artículo Original	
Coherencia diagnóstico/intervención de enfermería en la hoja de registros clínicos y uso de lenguaje estandarizado	161-165	
<i>Consistency diagnosis/nursing intervention in sheet clinical records and use of standardized language</i>		
Lina Aidee Ruíz-Cano, Jonathan Neftalí Gómez-Trujillo, Leticia Cuevas-Guajardo, Ana Laura Martínez-Vega		
Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México	166-169	
<i>Absence of perception of obstetric violence in indigenous women from the north center of Mexico</i>		
Yesica Yolanda Rangel-Flores, Alexia Guadalupe Martínez-Ledezma		
Conocimiento de enfermería sobre cuidados paliativos en centros de primer y segundo nivel de atención para la salud	170-173	
<i>Nursing knowledge about palliative care in first and second level health care centers</i>		
Milton Carlos Guevara-Valtier, Jesús Melchor Santos-Flores, Izamara Santos-Flores, Francisca Julieta Valdez-Ramírez, Iris Yazmany Garza-Dimas, María de los Ángeles Paz-Morales, Juana Mercedes Gutiérrez-Valverde		
Vivencias de embarazadas de alto riesgo Obstétrico del Hospital San Juan De Dios, en Chile	174-178	
<i>Experiences of pregnant women of high risk Obstetric Hospital of San Juan De Dios, Chile</i>		
Romina Stephany Iturra-Zamorano, Mariana Cristina Badilla-Otero, Andrea Alejandra Velásquez-Muñoz		
Conocimiento de cuidados paliativos pediátricos del personal de salud de un hospital de tercer nivel	179-184	
<i>Knowledge of pediatric palliative care of health personnel at a third level hospital</i>		
Felipe Rolando Mota y Hernández, Miguel Ángel Paredes-Téllez, Rodolfo Rivas-Ruiz, Dina Villanueva-García		
Duración del proceso arbitral en la queja médica	185-190	
<i>Duration of the arbitration process in the medical complaint</i>		
Sonia B. Fernández-Cantón, Miguel Ángel Lezana-Fernández		
	Artículo de Opinión	
Bioética narrativa	191-194	
<i>Narrative Bioethics</i>		
Constantino González-Quintana		
	Desde la Cochrane	
Cuidados paliativos tempranos para adultos con cáncer avanzado	195-196	
<i>Early palliative care for adults with advanced cancer</i>		
Jessie Zurita-Cruz		
	Artículo Especial	
Discursos del cuerpo; anticonceptivos y control natal. México al comenzar la década de los setenta	197-198	
<i>Discourses of the body; contraceptives and birth control. Mexico at the beginning of the decade of the seventies</i>		
Oliva Solís-Hernández, José Alfredo Silva-Acosta		
‘Timbres rojos’ y el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, Ciudad de México, 1939-1950	199-201	
<i>“Red Stamps” and the National Committee Against Tuberculosis, Mexico City, 1939-1950</i>		
Claudia Agostoni		



Director General
Onofre Muñoz Hernández
Director Asociado
Miguel Ángel Lezana Fernández
Editora
Jessie Nallely Zurita Cruz
Editor Asociado
David Gabriel Luna Pérez

Comité Editorial

Marco Antonio de Stefano Sahagún
Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez
Carina Xóchitl Gómez Fröde
Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Miguel Angel Villasis Keever
Rafael Arias Flores
*Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI,
Instituto Mexicano del Seguro Social, México*

Jesús Reyna Figueroa
Hospital Central de Sur de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos, México

Fortino Solorzano Santos
Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Luis Alberto Villanueva Egan
Hospital General Cd. Obregón, México

Paola de Castro
Institute Superiore di Sanità, European Association of Scientific Editors, Italia

María del Carmen Ruíz Alcocer
World Association Medical Editor, United States of America

Diana Talía Álvarez Ruiz
Manchester University. United Kingdom

Lucía del Carmen Vázquez Rocha
Nottingham University. United Kingdom

José Gabino Gerardo Aviles
University of Bristol. United Kingdom

Elysse Bautista González
University College London. United Kingdom

José Antonio Supo Condori
Sociedad Peruana de Bioestadística, Perú

Consejo Editorial
Juan Garduño Espinosa
Red Cochrane, México

Bremen De Mucio
Centro Latinoamericano de Perinatología. Uruguay

Edita Falco de Torres
Institute for Healthcare Improvement Open School, Capítulo Uruguay

Constantino González Quintana
Consultor externo en Universidades y Centros de Educación Superior. España

Guillermo Fajardo Ortíz
Facultad de Medicina. UNAM. México

Alicia Milan-Flanigan
University of Illinois. United States of America

Francisco Navarro Reynoso
Academia Mexicana de Cirugía. México

José Juan Sánchez González
*Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública
Instituto Nacional de Administración Pública, México*

Pedro Saturno Hernández
Universidad de Murcia. España

Nabinhah Kara
*Ariadne Labs, Harvard T.H. Chan School of Public Health.
United States of America*

Gabriela Calderón Velázquez
Johns Hopkins University School of Medicine. United States of America

Leslie Molina Ramírez
Manchester University School of Medicine. United Kingdom



La REVISTA CONAMED está registrada en los siguientes índices:



MedicLatina
Acceso via EBSCOhost



Impresa en Papel Libre de Ácido
(Printed on Acid Free Paper)

REVISTA CONAMED, Año 22, No. 4, octubre-diciembre 2017, es una publicación trimestral editada por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Lieja No. 7, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, Tel. 52 (55) 5062-1600, www.salud.gob.mx. Editor responsable: Dr. Onofre Muñoz Hernández, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2014-040110340300-203, ISSN: 2007-932X, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Dirección General de Difusión e Investigación CONAMED, Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, calle Mitla, No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Delegación Benito Juárez, C.P. 03020. Tels. 52 (55) 5420-7043, www.conamed.gob.mx, revista@conamed.gob.mx, fecha de última modificación, 1 de diciembre de 2017.

Los artículos firmados son responsabilidad del autor. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. REVISTA CONAMED se publica bajo la política de Acceso Abierto (Open Access) y está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional, por lo que se permite compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra y hacer derivadas, citando la fuente.

La dignidad como eje de los cuidados paliativos

Dignity as the axis of palliative care

Horacio Márquez-González¹

1 Dirección de Investigación, Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Los avances de la medicina han permitido que la esperanza de vida aumente considerablemente en relación a los últimos siglos, se estima que en 2025, un tercio de la población tendrá más de 65 años.¹ El ejercicio de la profesión del personal de salud, en acuerdo con los enfermos, ha tomado una ruta que tiene como objetivo la permanencia física, incluso a costa de la sensación básica de bienestar del sujeto mismo. En consecuencia, enfermedades graves que pueden condicionar muerte, como es el caso del cáncer, o crónicas como aquellas que cursan con una historia natural con degeneración progresiva de las funciones básicas, se acompañen de un largo y agónico camino que desgasta al enfermo y a sus familiares.

Durante la segunda mitad del siglo pasado, la enfermera Cicely Mary Saunders, quien asistió a enfermos con padecimientos terminales, determinó la necesidad de una atención integral a lo que llamó el “dolor total” y que incluía el alivio a las necesidades psíquicas, sociales, emocionales y espirituales. Idea que gestó los cimientos de los cuidados paliativos.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los cuidados paliativos como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Desde el punto de vista más antropológico, los cuidados paliativos representan una estrategia en la defensa de la dignidad del enfermo, durante su vivencia subjetiva en el acercamiento a la muerte y bajo un estado físico incapacitante. Esta situación requiere de la participación de otras personas (familiares, personal de salud) que adquieran una actitud de respeto a la dignidad del otro, manifiesta a través del acompañamiento activo o cuidado.

Nunca debe confundirse el término de cuidados paliativos como una forma para **causar o retrasar** la muerte, y tampoco como una acción para dignificarla, ya que digna no es la muerte, sino el ser humano, quién merece todos los esfuerzos necesarios para su calidad de persona permanezca hasta el final de sus días.

No es infrecuente que se asocie a los cuidados paliativos como una antesala a la muerte, error de concepto que ocasiona un retraso en la derivación las clínicas correspondientes en los hospitales y es preciso que se tengan claras las circunstancias que la ameritan como³:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con la presencia de muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Como se ha mencionado, el ejercicio de los cuidados paliativos requiere de un esfuerzo conjunto de un triduo conformado por el enfermo, la familia y el personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales)

El modelo básico de los cuidados paliativos (Imagen 1) esquematiza que las acciones deben ser simultáneas a la atención médica estandarizada y que de forma gradual (de acuerdo a la evolución y al pronóstico de la enfermedad) aumentan las necesidades y sus tareas que son⁴:

- ▶ **Cuidado en el Hogar:** esfuerzos dirigidos el manejo de los síntomas en casa en los pacientes que tienen posibilidad de sobrevivida de semanas o meses y la
- ▶ **Supervivencia:** que se refiere a una fase distinta a la evolución de la enfermedad donde hay un cese en los esfuerzos para curar y se realizan estrategias para mejorar la calidad de vida.

En 2014 la World Health Assembly Resolution on Palliative Care hizo un llamado a participar a todos los países, sin embargo, los esfuerzos están aún muy distantes de ser aplicados, las principales causas son: desconocimiento, ignorancia sobre el concepto, renuencia del personal médico y familiares, referencia tardía (padecimientos inminentes de muerte).⁵

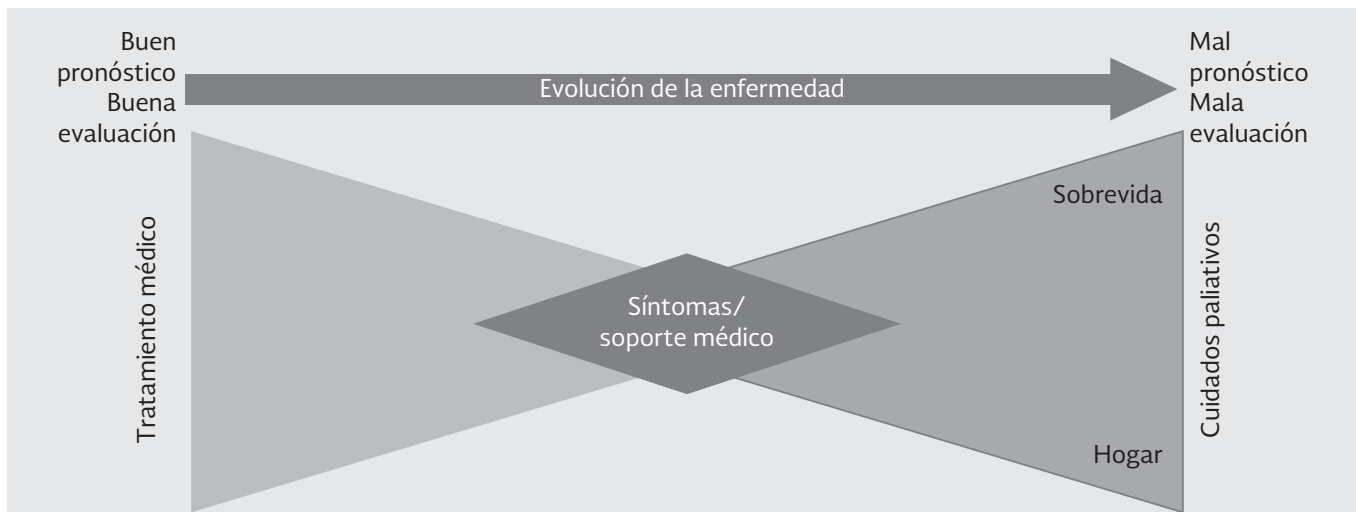
Se requiere de una estructura sólida adecuada a los sistemas de salud al interior de cada uno de los países para que mediante programas que organicen y concreten estos esfuerzos, difundan desde las etapas más tempranas de formación del personal

* **Correspondencia:** HMG, horaciomarquez84@hotmail.com

Conflicto de intereses: El autor declara que no tiene.

Citar como: Márquez-González H. La dignidad como eje de los cuidados paliativos Rev CONAMED 2017; 22(4): 159-160.

[*Dignity as the axis of palliative care*]



En relación a la evolución de enfermedad, los cuidados paliativos caminan de la mano con el tratamiento habitual en el alivio de los síntomas de la enfermedad, de tal forma que progresivamente incrementan sus actividades y sus tareas para mantener la calidad de vida.

Figura 1: Modelo básico de cuidados paliativos.

médico una cultura que promueva esta consciencia en defensa de la dignidad.

En México, la realidad es que los esfuerzos son aislados y débiles mediante la integración de clínicas de cuidados paliativo al interior de los hospitales de tercer nivel. El gobierno de la Ciudad de México en su red de los hospitales integra algunas clínicas que incluyen asistencia domiciliaria, que aunque con resultados favorables, resulta un ejercicio insuficiente y modesto comparado con la realidad del resto del país.⁶

En conclusión, la defensa de la idea básica del concepto de los cuidados paliativos requiere una gran labor de difusión desde las etapas más primarias de la formación del personal de salud, para que sean sembrados dentro de la mente de los médicos y enfermeras los conceptos sobre persona, dignidad, justicia y beneficencia, y se obtenga como fruto una actitud empática en beneficio a la sociedad basado en la esencia de la medicina, como ciencia hecha por el hombre para el hombre: “primero no dañar”.

REFERENCIAS

1. CENETEC. Guías de cuidados paliativos 2010. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/445_GPC_Cuidados_paliativos/GER_Cuidados_Paliativos1x.pdf.
2. Courtright KR, Cassel JB, Halpern SD. A Research Agenda for High-Value Palliative Care. *Annals of internal medicine*. 2017.
3. Lindsay E, Renyi R, Wilkie P, Valle F, White W, Maida V, et al. Patient-centred care: a call to action for wound management. *Journal of wound care*. 2017;26(11):662-77.
4. Furman M, Harild L, Anderson M, Irish J, Nguyen K, Wright F. The development of practice guidelines for a palliative care multidisciplinary case conference. *Journal of pain and symptom management*. 2017.
5. Ziegler L, Bennett MI, Mulvey M, Hamilton T, Blenkinsopp A. Characterising the growth in palliative care prescribing 2011-2015: Analysis of national medical and non-medical activity. *Palliative medicine*. 2017;269216317739805.
6. México SdSdGdlCd. Cuidados paliativos 2017. Available from: <http://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/cuidados-paliativos>.

Coherencia diagnóstico/intervención de enfermería en la hoja de registros clínicos y uso de lenguaje estandarizado

Consistency diagnosis/nursing intervention in sheet clinical records and use of standardized language

Lina Aidee Ruíz-Cano^{1*}, Jonathan Neftalí Gómez-Trujillo¹, Leticia Cuevas-Guajardo¹, Ana Laura Martínez-Vega²

1 Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. México. 2 Dirección Académica de ciencias de la salud, Universidad Tecnológica de México, Campus Sur. México.

RESUMEN

Introducción: El proceso enfermero se ha descrito como el método mediante el cual se fundamenta científicamente la práctica profesional de enfermería, razón por la cual es esencial que todos los profesionales lo conozcan y tengan las competencias para llevarlo a cabo. Todo este cuidado debe ser plasmado en la hoja de registro clínico, la cual es evidencia del impacto de las intervenciones de enfermería en la salud del paciente. **Objetivo:** Identificar si existe coherencia entre las intervenciones con el diagnóstico enfermero, así como el uso de lenguaje estandarizado. **Metodología:** Estudio documental, exploratorio, descriptivo, retrospectivo y transversal, en el que se revisaron los diagnósticos e intervenciones de enfermería documentadas en 51 hojas de registro clínico. **Resultados:** Falta de coherencia de las intervenciones con el diagnóstico enfermero en 45% de las intervenciones independientes y 51% en las dependientes. Uso de lenguaje estandarizado de 78% en etiquetas diagnósticas, 25% en factor relacionado, 16% en características definitorias y 22% en intervenciones independientes. **Conclusiones:** Hay poca coherencia de las intervenciones con el diagnóstico enfermero en los registros de enfermería, diagnósticos mal elaborados e incompletos, lo cual refleja incompetencia del personal de enfermería para el manejo del proceso enfermero y por ende falta de razonamiento crítico en la muestra estudiada. Debido a que el uso del lenguaje estandarizado es casi nulo, es imperiosa su promoción para un uso generalizado, se debe enseñar su funcionalidad e importancia.

Palabras clave: proceso enfermero, diagnóstico de enfermería, intervenciones enfermería.

ABSTRACT

Introduction: The nursing process has been described as the method by which nursing professional practice is scientifically based, which is why it is essential that all professionals know about it and have the skills to carry it out. All this care must be reflected in the clinical record sheet, which is evidence of the impact of nursing interventions on the patient's health. **Objective:** To identify if there is coherence between the interventions with the nursing diagnosis, as well as the use of standardized language. **Methodology:** Documental, exploratory, descriptive, retrospective and cross-sectional study in which nursing diagnoses and interventions documented in 51 clinical record sheets were reviewed. **Results:** Lack of consistency of interventions with nursing diagnosis in 45% of independent interventions and 51% in dependent. Using of standardized language: 78% in diagnostic labels, related factor 25%, 16% in defining characteristics and 22% in independent interventions. **Conclusions:** There is little consistency of interventions with nursing diagnosis in nursing records, poorly developed and incomplete diagnoses, reflecting incompetence of nurses for management of the nursing process and therefore lack of critical thinking in the study sample. Because the use of standardized language is almost zero, it is imperative promotion for widespread use, its functionality and importance should be taught.

Key words: Nursing, nursing process, nursing diagnosis, nursing records.

* **Correspondencia:** LARC, lina_aidee@hotmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Ruíz-Cano LA, Gómez-Trujillo JN, Cuevas-Guajardo L, Martínez-Vega AL. Coherencia diagnóstico/intervención de enfermería en la hoja de registros clínicos y uso de lenguaje estandarizado Rev CONAMED 2017; 22(4): 161-165.

[*Consistency diagnosis/nursing intervention in sheet clinical records and use of standardized language*]

INTRODUCCIÓN

El cuidado de enfermería ha tenido un gran avance en las últimas décadas, esto debido a la integración del Proceso de Enfermería (PE) al perfil del enfermero. Aunque la documentación del PE se ha limitado a ser utilizado en el ámbito educativo, es de gran importancia su desarrollo en el contexto hospitalario, puesto que es la esencia de enfermería como ciencia, y sin este no se podría adquirir absolutamente la profesionalización.

El PE es una teoría sobre cómo las enfermeras organizan los cuidados de las personas, las familias y las comunidades.¹ También se ha descrito como el método mediante el cual se fundamenta científicamente la práctica profesional de enfermería², razón por la cual es esencial que todos los profesionales de esta área lo conozcan y tengan las competencias para llevarlo a cabo. Además, éste se ha implementado en todas las instituciones de salud pública por normatividad.

La utilización del PE permite brindar un cuidado integral y con un fundamento científico al paciente, dando la oportunidad de incluir el conocimiento en todo momento, permitiendo formar un juicio clínico basado en la estandarización de cuidados y diagnósticos. El PE permite, mediante el lenguaje estandarizado, estructurar los datos de cada paciente de modo que puedan ser intervenidos de igual manera en cualquier lugar.

Todo el cuidado debe ser plasmado en la hoja de registro clínico, la cual es evidencia del impacto de las intervenciones de enfermería en la salud del paciente con el uso del proceso científico, por esta razón es preciso documentar de forma correcta el PE. De igual forma el uso del lenguaje estandarizado permite impulsar un lenguaje propio de enfermería y alcanzar calidad en la realización del PE, razón por la cual su uso debe reflejarse en los registros.

Por lo anterior, la ejecución del PE se considera reflejo del pensamiento crítico y la existencia de esta habilidad permite el desarrollo del cuidado, así como la valoración y creación del diagnóstico. Lo anterior facilita el llevar a cabo intervenciones correctas y pertinentes. Esta situación debería verse reflejada en los registros de enfermería hospitalarios, inicialmente en las fases de diagnóstico y ejecución, mismas a las que se les da mayor énfasis en la hoja de registros de enfermería. No obstante, es posible también detectar inconsistencias en los registros, lo que indica un PE indebido.

Proceso enfermero

Alfaro³ define el proceso enfermero como “el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico con el fin de asegurar que una persona o un grupo de personas reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería.” El proceso enfermero cuenta con 5 pasos: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Es una metodología que permite demostrar el carácter científico de la enfermería.

La valoración es el primer paso en el proceso enfermero, que se puede ver como la analogía del método científico en el cuidado que se brinda a las personas. Al principio, el proceso enfermero solo constaba de valoración, planificación, ejecución y evaluación.⁴ Tiempo después se dieron cuenta de que antes de planear, ejecutar y evaluar los datos obtenidos en la valoración

tenían que analizarse e interpretarse, por lo que se incluyó la etapa de diagnóstico, lo que se puede traducir como que el diagnóstico de enfermería es el análisis e interpretación de los datos obtenidos en la valoración.

Las intervenciones son toda actividad que realiza enfermería, en el marco de sus competencias profesionales, con conocimientos y fundamento científico para buscar el mayor bienestar de las personas. La NIC⁵ define una intervención como “cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente”. Estas intervenciones están dirigidas a modificar los factores etiológicos o factores de riesgo del diagnóstico de enfermería.

Tipos de intervención⁶

Son de tres tipos:

- ▶ Independientes: Actividades para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación académica y experiencia profesional. No requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud.
- ▶ Dependientes: Actividades que realiza el personal de enfermería por prescripción de otro profesional de la salud, de acuerdo al ámbito de competencia de cada integrante del personal de enfermería.
- ▶ Interdependientes: Son las actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.

Lenguaje estandarizado

En cualquier profesión, el lenguaje que se emplea y sus sistemas de clasificación son fundamentales porque la caracterizan y, en cierta forma, establecen el alcance de la misma. En este sentido, la profesión de enfermería ha logrado avanzar en forma considerable al iniciar la codificación de la praxis de la disciplina, logrando de esta manera universalidad en un lenguaje común.⁷

Entre las principales ventajas se encuentra la de asegurar la comunicación entre los profesionales, permitir la utilización de los registros para la investigación, favorecer la formación de nuevos profesionales y conocer la repercusión de los tratamientos enfermeros en el estado de salud del usuario. Pero la estandarización del lenguaje requiere su ejecución en todas sus fases y no solo de la etiqueta diagnóstica para que pueda aportar todas las ventajas en su aplicación en la práctica profesional de enfermería.⁹

El objetivo de este trabajo fue determinar la existencia de coherencia entre el diagnóstico y las intervenciones de enfermería documentados en la hoja de registros clínicos de los expedientes de queja médica, a fin de conocer la competencia mostrada por el personal de enfermería ante el proceso enfermero y el uso del Sistema Estandarizado de Lenguaje de Enfermería.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio documental, exploratorio, descriptivo, retrospectivo y transversal, en los meses de enero a mayo 2016, en el que se revisaron los diagnósticos e intervenciones de enfermería documentadas en las hojas de registro clínico.

El universo de estudio fueron las hojas de registro de enfermería elaboradas a partir del año 2012, turno matutino y vespertino, contenidas en los expedientes de queja médica. La población contenía 36 expedientes de queja médica a los que se tuvo acceso, la muestra fue de 21 expedientes seleccionados de forma no probabilística, por conveniencia, en los cuales se revisaron 51 hojas de enfermería. Se excluyeron los expedientes con hojas de registros que no contaran con diagnóstico enfermero y se eliminaron las hojas de registro de enfermería ilegibles.

La revisión de las hojas de registro de enfermería para determinar la existencia de coherencia entre el diagnóstico y las intervenciones registradas, además del uso del lenguaje estandarizado, se realizó por medio de un instrumento politómico sometido a validez de contenido por expertos, dicho instrumento se divide en dos secciones: la sección uno se enfoca en la variable de diagnóstico, que constó de 6 ítems, y la sección dos en la variable de intervención, que consta de 9 ítems.

Posterior a la recolección de datos se realizó una base de datos y se aplicó estadística descriptiva con el programa IBM SPSS Statistics v. 22.

RESULTADOS

Se obtuvieron datos de 51 hojas de enfermería de diferentes dependencias: IMSS 47%, Pemex 15%, Privado 12%, Secretaría Estatal de Salud 14% y Secretaría de Salud 12%, correspondientes a los años 2013 en 24%, 2014 en 37%, 2015 en 29% y 2016 en 10%. Estas hojas fueron elaboradas en el turno matutino en 67% y en el turno vespertino en 33%. Los diagnósticos encontrados se componen por diagnósticos reales en 57%, de riesgo en 41% y de salud en 2%.

Se encontró falta de coherencia en el 45% de las hojas en las intervenciones independientes y en el 51% en intervenciones dependientes con el diagnóstico enfermero, dato que hace cuestionar la comprensión del proceso de enfermería y competencia del personal para implementarlo. También se observó la falta de registro de intervenciones (Figura 1).

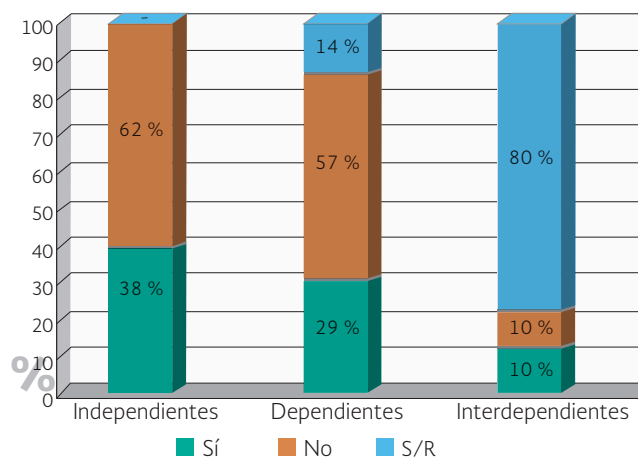


Figura 1. Porcentaje de hojas de registros clínicos con intervenciones registradas coherentes con el diagnóstico elaborado por enfermería. S/R=sin registro, n=51. Fuente: Instrumento aplicado a los expedientes de queja médica. Marzo-mayo 2016.

En los diagnósticos se observaron deficiencias considerables en cada criterio evaluado, que consistían en la estructura correcta considerando el tipo de diagnóstico: real, de riesgo y de salud, la evidencia de registro de los elementos del diagnóstico en la valoración y la lógica del diagnóstico en cuanto a sus elementos. También se observó la ausencia de elementos en los diagnósticos (Figura 2). En el lenguaje estandarizado de los diagnósticos se observa un uso del 78% de las etiquetas diagnósticas de la NANDA y se apreció el reducido uso del lenguaje estandarizado en los otros elementos del diagnóstico (Figura 3). Respecto a las intervenciones se encontró un uso deficiente general del lenguaje estandarizado de la NIC, el mayor porcentaje de uso fue de 22% en intervenciones independientes (Figura 4). Lo que las intervenciones registradas en las hojas reflejan en su mayoría es el cumplimiento de indicaciones médicas, restándole importancia a las independientes (Figura 5).

Se encontró el registro de cambios clínicos en el 53% de las hojas y registro de cambios conductuales en el 18%. No se encontraron registros de incidentes relacionados a la atención médica.

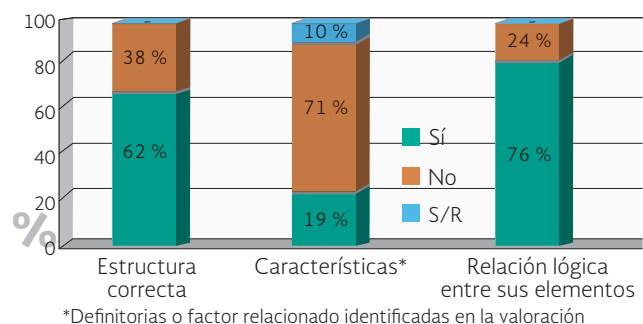


Figura 2. Porcentaje de hojas de registro clínico que cumplieron con los elementos revisados. El no aplica (N/A) se debe a que el diagnóstico no contaba con elementos suficientes para valorar su relación. S/R=sin registro, n=51. Fuente: Instrumento aplicado a los expedientes de queja médica. Marzo-mayo 2016.

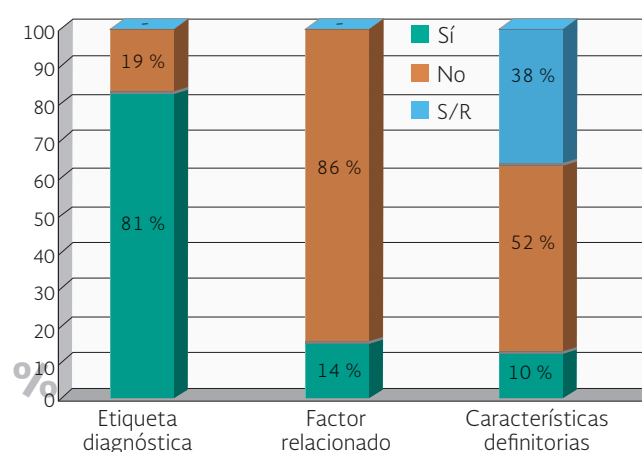


Figura 3. Porcentaje de las hojas de registro clínico que cumplieron con el registro de cada elemento. El no aplica (N/A) se debe a que ese porcentaje lo forman diagnósticos que en su estructura no contienen ese elemento. S/R=sin registro, n=51. Fuente: Instrumento aplicado a los expedientes de queja médica. Marzo-mayo 2016.

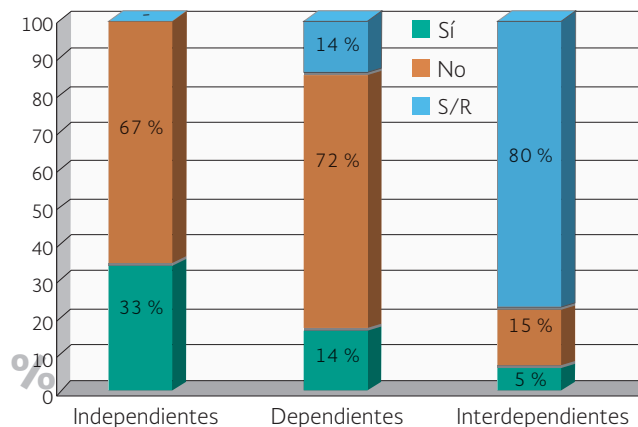


Figura 4. Porcentaje de las hojas de registro clínico que cumplieron con el registro del uso de lenguaje estandarizado. S/R=sin registro, n=51.

Fuente: Instrumento aplicado a los expedientes de queja médica. Marzo-mayo 2016.

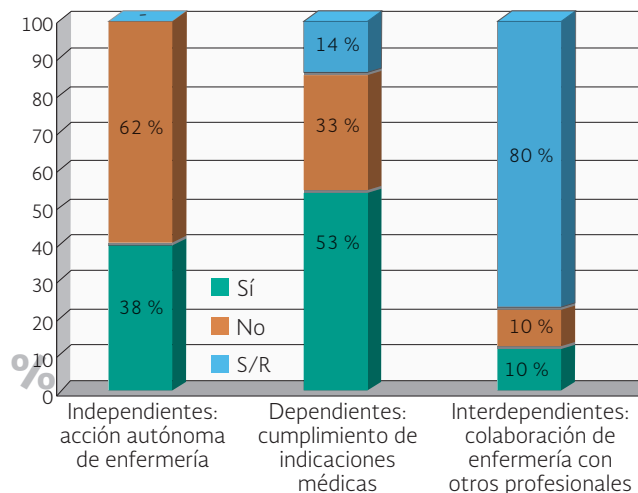


Figura 5. Porcentaje de hojas de registro clínico que cumplieron con cada criterio de acuerdo a los registros que contenían. S/R=sin registro, n=51.

Fuente: Instrumento aplicado a los expedientes de queja médica. Marzo-mayo 2016.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran grandes deficiencias en el registro e implementación del proceso de enfermería, esto concuerda con la investigación de Meljem-Moctezuma y colaboradores¹⁰ donde los estándares que revisaron, relacionados con los cuidados independientes de enfermería, se incumplieron en más de la mitad de los casos para todos los estándares. El incumplimiento del estándar que revisaron, respecto de la congruencia de las intervenciones de enfermería realizadas al paciente con la finalidad de satisfacer sus necesidades de salud, es comparable con el resultado de esta investigación. Respecto de la coherencia de las intervenciones de enfermería con el diagnóstico, que se incumplió en casi la mitad de los casos para las intervenciones independientes. Ésta es una situación que cuestiona el juicio crítico que posee el personal de enfermería, el

conocimiento del fundamento de sus intervenciones y la importancia que le asignan a sus cuidados y al paciente. Tal situación podría comprenderse dado que una mínima cantidad del personal de enfermería, hasta hace poco, poseía formación universitaria, sin embargo esto no es justificación para que el personal, sea cual sea su formación, no continúe actualizándose dado que su labor le confiere responsabilidades que afectan vidas de terceros.

En cuanto a las intervenciones dependientes, hay un porcentaje importante de los casos que no reflejan el cumplimiento de indicaciones médicas en las hojas de enfermería, situación similar a lo reportado por Meljem-Moctezuma y colaboradores y por Molina y colaboradores.¹¹ En nuestros resultados se encontró un porcentaje menor de incumplimiento que en las otras investigaciones, lo cual se puede atribuir a que nuestro ítem no fue tan estricto. Esto se tomó así debido al reducido espacio con el que se cuenta en las hojas de enfermería para realizar las anotaciones. No obstante, el hecho de que exista falta de evidencia del cumplimiento de intervenciones dependientes es alarmante ya que implicaría una mala práctica de enfermería y esa situación no debe ignorarse ya que afecta al paciente y al gremio. Podríamos tener en cuenta que las intervenciones se realicen sin registrarse, sin embargo, por razones prácticas y legales, no debe considerarse esa posibilidad.

El mayor porcentaje de incumplimiento en la investigación de Meljem-Moctezuma y colaboradores, en el apartado de cuidados independientes de enfermería, se obtuvo en el estándar de respuesta y evolución. De igual modo en la presente investigación se encontró que solo se reportaron cambios conductuales y clínicos en la salud del paciente en un número reducido de casos, este es un dato relevante ya que el registro de la respuesta de los pacientes a los cuidados de enfermería es fundamental para poder evaluar el impacto de las intervenciones y para verificar su efectividad o necesidad de cambio, aun así la única respuesta y evolución que se reporta se limita a informar el estado actual del paciente. Es necesario mencionar que las hojas de registro de enfermería no están diseñadas para registrar el proceso enfermero de forma correcta, sin embargo no justifica el hecho de que se refleje un mal manejo de la metodología del proceso enfermero.

La existencia de tantas deficiencias en el registro del diagnóstico, intervenciones de enfermería y en la coherencia entre ambos, cuestiona el hecho de que el personal de enfermería tenga el conocimiento de la metodología del PE, situación que Aguilar-Serrano y colaboradores¹² evidenciaron en su investigación en la cual menos de la mitad del personal de enfermería identificaban “suficientemente bien” el concepto y sus etapas. De igual forma Pérez-Rodríguez y colaboradores¹³ encontraron una correlación positiva significativa entre el conocimiento y aplicación del PE. Todo esto nos alerta de la gran necesidad de capacitación del personal de enfermería en cuanto al uso del PE, que ya se ha implementado de manera oficial desde hace varios años, sin dejar de lado que la hoja de enfermería también debe ser adecuada para el registro de la metodología. Para que los registros del PE sean correctos el personal de enfermería debe ser competente en cuanto a su uso, situación que no se ve reflejada.

En cuanto al lenguaje estandarizado los resultados muestran que, aunque las etiquetas diagnósticas de la NANDA fueron

usadas en más de la mitad de los casos, el uso del resto de las taxonomías NANDA y NIC es casi nulo, situación que también se encuentra en el trabajo de Caballero y colaboradores¹⁴ en la que más de la mitad de la muestra declaró no usar ningún tipo de clasificación en el proceso enfermero a pesar de conocerlas. Esto puede tener muchas razones de fondo, las más relevantes fueron reportadas por Caballero y colaboradores: falta de un sistema de registro estandarizado, sobrecarga de trabajo, falta de tiempo y falta de interés de los directivos de la institución. La falta de tiempo es consecuencia de la sobrecarga de trabajo, la falta de un sistema de registro estandarizado también es consecuencia de la falta de interés de las autoridades. El uso del lenguaje estandarizado debe ser generalizado ya que es una herramienta para que enfermería siga avanzando como profesión, por los múltiples beneficios que conlleva.

CONCLUSIONES

Hay poca coherencia de las intervenciones con el diagnóstico enfermero en los registros de enfermería, diagnósticos mal elaborados e incompletos, lo cual refleja incompetencia del personal de enfermería para el manejo del proceso enfermero y por ende falta de razonamiento crítico en la muestra estudiada.

Los profesionales de enfermería deben estar conscientes de la necesidad de implementar un lenguaje propio. Debido a que el uso del lenguaje estandarizado es casi nulo, es imperiosa su promoción para un uso generalizado, se debe enseñar su funcionalidad e importancia desde la formación y así fomentarlo. En los hospitales es necesario capacitar al personal que no obtuvo este conocimiento en su formación y realizar actualizaciones que aseguren las competencias en todo el personal de enfermería, tanto en la metodología del proceso enfermero como en el uso del lenguaje estandarizado.

Se debe exigir la implementación y registro del proceso enfermero en los hospitales, ya que desde el 2008 se ha buscado implementar la metodología y el lenguaje estandarizado como estrategia de calidad, sin embargo se encontraron expedientes de diferentes hospitales, en su mayoría privados, que aún no piden registros del proceso de enfermería.

El instrumento aplicado en esta investigación es limitado por registros incompletos del proceso de enfermería, además del hecho de que la mayoría de las hojas de enfermería no son adecuadas para el registro del proceso, le restan importancia y no cuentan con espacio suficiente para los pocos elementos que se piden, por lo que la escritura usada en algunos casos llega a ser ilegible. Es preciso concientizar al personal de enfermería sobre

la importancia de registros correctos, ya que evidencian la buena práctica, reflejan conocimiento, protegen legalmente y, sobre todo, son una herramienta indispensable para la salud del paciente. Aunado a esto se recomienda elaborar una hoja de registros clínicos que contemple el proceso de enfermería como parte de los registros diarios para brindar cuidado, espaciado con un formato que facilite su uso, así como capacitar al personal para su correcto uso.

REFERENCIAS

1. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2010-2012. Barcelona: Elsevier; 2011.
2. Andrade CRMG, López EJT. Proceso de atención de enfermería. Guía interactiva para la enseñanza. México: Trillas; 2012.
3. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona: Elsevier-Doyma; 2007.
4. Kérouac S. El pensamiento enfermero. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
5. McCloskey DJ, Bulechek GM. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 4ª Edición. Madrid: Elsevier- Mosby; 2005.
6. Norma Oficial Mexicana. NOM-019-SSA3-2013. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. México: Diario Oficial de la Federación; 02-09-2013.
7. Téllez OSE, García FM. Modelos de cuidados en enfermería. NANDA, NIC y NOC. México: McGraw Hill; 2012.
8. Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería. 11º ed. España: McGraw Hill; 2007.
9. Arribas CAA, Amezcua SA, Santamaría GJM, Robledo MJ, Blasco HT, Gómez GJL. Diagnósticos estandarizados de enfermería: Clasificación de los valores determinantes. 2ª ed. Madrid: FUDEN; 2011.
10. Meljem-Moctezuma J, Pérez-Castro y Vázquez J, Soto-Arreola MO. Identificación de la mala práctica de enfermería a partir de la queja médica. Rev. CONAMED. 2013; 18(1):S6-S16.
11. Molina GFJ, Pérez CJA, Agama SA, Soto AM. Eficacia de las intervenciones de enfermería dependientes en expedientes de queja médica de la CONAMED. Rev. CONAMED. 2015; 20(1):S21-S26.
12. Aguilar-Serrano L, López-Valdez M, Bernal-Becerril ML, Ponce-Gómez G, Rivas-Espinosa JG. Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. 2008; 16(1):3-6.
13. Pérez-Rodríguez MT, Sánchez-Piña S, Franco-Orozco M, Ibarra A. Aplicación del proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones del Distrito Federal. Rev Enferm. IMSS. 2006; 14(1): 47-50.
14. Caballero E, Aguilar N, Alegría M, Díaz I, Chacón C, Hernández A, Rienzo A. Nivel de uso del lenguaje estandarizado en el proceso de enfermería. Rev Enfermería: Cuidados Humanizados. 2015; 4 (1): 39-45.

Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México

Absence of perception of obstetric violence in indigenous women from the north center of Mexico

Yesica Yolanda Rangel-Flores^{1,2}, Alexia Guadalupe Martínez-Ledezma¹,

1 Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. 2. Integrante del Cuerpo Académico en Consolidación: Salud Poblacional, políticas y prácticas en grupos vulnerables.

RESUMEN

Introducción: Las mujeres indígenas en San Luis Potosí son quienes menos quejas presentan ante las instituciones de arbitraje médico y defensa de derechos humanos. **Objetivo:** Conocer en mujeres indígenas los hechos percibidos como actos de violencia obstétrica en la atención de sus partos. **Metodología:** Estudio de tipo cualitativo-etnográfico en el que se condujeron entrevistas grupales y se aplicó análisis crítico del discurso. **Resultados:** Las mujeres sólo identifican como violencia el maltrato verbal, en tanto, los procesos de medicalización excesiva son contemplados como necesarios, inevitables e incluso deseables, con excepción del tacto vaginal. Se narraron experiencias de abuso de poder, omisión y negligencia que las mujeres toleran porque las naturalizan propias de la relación médico-paciente. **Conclusiones:** Es necesario capacitar a las mujeres para que identifiquen las acciones violentas y sensibilizarlas para que se asuman sujetas de derechos para la atención. Se requiere impulsar cambios en los procesos de formación de recursos humanos en salud, transversalizar la perspectiva de género, interculturalidad y derechos humanos.

Palabras clave: Violencia obstétrica, parto, indígenas, investigación cualitativa.

ABSTRACT

Introduction: Indigenous women are the population that least complains in the institutions of medical arbitration and human rights defense. **Objective:** To know in indigenous women the facts perceived as acts of obstetric violence in the attention of their births. **Methodology:** A qualitative-ethnographic study was carried. Group interviews were conducted and critical analysis of discourse was applied. **Results:** Women only identify verbal abuse as violence, excessive medicalization processes are considered necessary, inevitable and even desirable, with the exception of vaginal tact. Women reported experiences of abuse of power, omission and neglect that women tolerate because they are naturalized by the doctor-patient relationship. **Conclusions:** It is necessary to enable women to identify violent actions and sensitize them to assume the rights to care. It is also necessary to promote changes in the processes of training human resources in health, to mainstream gender perspective, interculturality and human rights.

Keywords: Obstetric violence, childbirth, indigenous, qualitative research.

INTRODUCCIÓN

Aun cuando diversos autores señalan que la violencia obstétrica se presenta tanto en los servicios públicos como en los privados, con independencia de las condiciones sociales de las mujeres¹, otros investigadores han señalado la existencia de algunos determinantes sociales incrementan la vulnerabilidad de las mujeres para vivir esta experiencia. Algunos de éstos son el habitar un lugar con difícil acceso a los servicios de salud, hablar lengua indígena o dialecto, ser menor de edad, vivir en contexto de pobreza y poseer bajos o nulos niveles educativos.²

La violencia obstétrica puede ser difícil de identificar, no sólo para las usuarias de la atención, sino también para los prestadores de la atención de la salud. Las mujeres, particularmente las indígenas, se han desarrollado en contextos en los que de manera cotidiana son objeto de discriminación y maltrato, situación que puede condicionar que no identifiquen las acciones

* **Correspondencia:** YYRF, yesica.rangel@uaslp.mx

Conflicto de intereses: Las autoras declaran que no tienen.

Citar como: Rangel-Flores YY, Martínez-Ledezma AG. Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México Rev CONAMED 2017; 22(4): 166-169. [Absence of perception of obstetric violence]

que infringen sus derechos humanos y sexuales-reproductivos. Por otra parte, en el imaginario que prevalece en torno a los servicios de salud, resulta difícil aceptar ser vulnerable dentro de un espacio diseñado para garantizar el bienestar, o frente a actores institucionales que se formaron para garantizarlo.³ En este contexto, el objetivo de esta investigación fue conocer en mujeres indígenas los hechos percibidos como actos de violencia obstétrica en la atención de sus partos.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo cualitativo a fin de entender cómo se configuran las percepciones que estas mujeres tienen respecto al parto, las vulnerabilidades que asumen y las que no, así como las fuentes de información a las que acceden para construir las representaciones que tienen en torno al parto y la atención del mismo.⁴

El trabajo de campo se realizó de mayo a noviembre del 2016 en seis municipios que conforman la microrregión Huasteca Centro. Se decidió realizar el estudio en esta región dada la lejanía con los servicios de salud, el predominio de población indígena, su preferencia por la atención de las parteras, los bajos niveles educativos, la pobreza y en general el alto índice de rezago social, todas ellas, variables que se han asociado con una mayor vulneración de los derechos humanos en general y en específico de los derechos sexuales y reproductivos.⁵

Para la selección de las informantes se realizó muestreo por conveniencia.⁶ Los criterios que se procuraron en las informantes es que hubiesen tenido un parto en los últimos 12 meses, independientemente del estado del recién nacido, su edad cronológica y sus antecedentes de paridad.

Para la recolección de información se diseñó una guía de preguntas detonantes sobre las experiencias que viven las mujeres de la región durante la atención del parto, las maniobras de intervención y el trato por parte de personal profesional. Esta guía tuvo una estructura inicial que posterior a las entrevistas se fue modificando de acuerdo a las experiencias que fueron narradas. Las entrevistas se desarrollaron mediante la estrategia de grupos focales.^{7,8} Para la conformación de los grupos se procuró que se integraran por mujeres de distintas localidades. Cada grupo se integró por 6 a 12 mujeres, por su edad la mayor parte de las informantes hablaban español aparte de su lengua originaria, por ello no se requirió traductor. Cada entrevista tuvo una duración de 60 a 90 minutos y se audiograbaron previo consentimiento informado y garantizando el anonimato en apego a los criterios de la declaración de Helsinki, la Ley General de Salud en México y el Código de Ética.

Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad y se aplicó análisis crítico del discurso desde la perspectiva feminista propuesta por Lazar⁹, lo que permitió centrar la discusión teórica en las situaciones de abuso del poder, de vulneración a los derechos humanos y de desigualdad de género en el contexto del trabajo de parto.¹⁰ Para el análisis se realizó primero una lectura completa de las transcripciones, después se fragmentó el texto con énfasis en las prácticas de omisión, negligencia e iatrogenia, percibidas y narradas por las mujeres.

El protocolo de investigación fue aprobado y supervisado en su implementación por el Comité Académico y de Ética de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad

autónoma de San Luis Potosí (UASLP), donde se le otorgó el registro CEIFE-2015-139.

RESULTADOS

Caracterización sociodemográfica

Del total de las mujeres (n= 57), el promedio de edad fue de 28.7, con máxima de 44 y mínima de 14. El 96.4% se dedicaba a las labores del hogar y solo el 3.5% ejercía una profesión. En lo que respecta a la escolaridad, 47.8% había cursado hasta la secundaria, 26.1% concluyó el bachillerato, 19% la primaria, 5.2% terminó una licenciatura y 1.7% eran analfabetas. La mayoría de las participantes eran casadas (39.5%) o en unión libre (45.4%), 11.6% eran madres jefas de familia y 3.5% eran separadas y/o viudas.

Análisis de las narrativas

Se acotó en las categorías que enumera el concepto de violencia obstétrica que incorpora la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) en San Luis Potosí.

Manejo del dolor, violencia verbal y psicológica

Se identificó que las mujeres de esta región no son sujetas de recibir anestesia epidural cuando sus partos son eutócicos, este recurso sólo se brinda cuando se realiza cesárea. Sin embargo, la anestesia epidural no figuró en los discursos como una necesidad sentida. También expresaron que perciben violento el hecho de que el personal de salud les ordene callar las emociones que se producen durante el trabajo de parto y parto, el impacto del abuso verbal es aún más grave cuando el personal de salud "les convence" de que por su falta de voluntad para avanzar de manera satisfactoria en el trabajo de parto, sus hijos corren riesgos importantes.

Aislamiento

Ninguno de los hospitales que brindan el servicio a las mujeres de la región posibilita el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto, situación que identifican como una condición que les vulnera psicológicamente y en relación a los riesgos que deben enfrentar, internadas dentro de servicios en los que la escasez del personal y la sobredemanda ha desencadenado accidentes.

Participante: "La dejaron solita porque no dejaban que entrara un familiar, entonces esta muchacha quiso ir al baño... nada más donde se quiso parar se cayó, la levanté y apenas la levanté llegaron los guardias y me regañaron y me dicen "Es que tú no tienes por qué andarle levantando" y les digo "Es que se cayó y toda se vació" había un charco de sangre".

Acción u omisión intencional: Violencia por omisión e intención por parte del personal de salud.

Se documentaron formas de violencia mediante el uso de tecnología, vulnerando la privacidad y dignidad de la mujer dentro del medio hospitalario.

Participante: "Como a mí me hicieron cesárea y yo no sé si sea válido que estén grabando con sus celulares, no sé si sea válido... ahí en el quirófano estaban arriba, yo no dije nada, ¿Qué podía decir? Ni sabía para que estaban grabando"

Tacto vaginal

El único procedimiento médico que se percibe como violento por las mujeres que participaron, fue el tacto vaginal, que narran como doloroso e incómodo, particularmente, porque lo realizan una multiplicidad de actores

Participante: “Me acababa de hacer el tacto una enfermera y después llego el médico y me dice “Te voy hacer el tacto” y le dije “pero me lo acaban de hacer la enfermera” tenía como menos de 5 minutos, me dice “No pero es que ahora yo te lo voy hacer...”

Episiotomía

La mayor parte de las mujeres en su último parto, vivió la experiencia de una episiotomía, mencionan que en la mayoría de las veces se les practica sin su consentimiento y se dan cuenta de esta intervención hasta que están en sus casas.

Maniobra de Kristeller y administración de oxitocina

Estas prácticas fueron narradas, sin embargo, no las perciben violentas y tampoco les asocian riesgos, por el contrario, agradecen al personal que les hayan ayudado “para que sus hijos nacieran más pronto”

Participante: “Con el grande sí, con las manos, me ayudaron empujándolo para abajo/ me dijeron que me iban ayudar para que él bebe se bajara y si dolió mucho, pero ya tocaba, porque hay bebés que a veces se suben para arriba en lugar de bajar (sic)...”

Separación prematura del binomio

Las mujeres narran que continúan siendo separadas de manera prematura, lo cual constituye una acción violenta contra la madre y el menor.

Participante: “A mí me lo recogió y lo llevó a la báscula mientras me limpiaban y todo, y ya me sacaron de la camilla y lo estaban pesando y midiendo, no sé qué cosas le estaban haciendo y ya después me lo trajeron, pero pasó un rato”

Ayunos prolongados

La mayoría de las mujeres refieren que se les negó la ingesta tanto de líquidos como de alimentos sólidos durante el trabajo de parto, lo cual se constituye como violencia, pues se les niega el acceso a la satisfacción de necesidades básicas. Otras mujeres narran como tuvieron que esperar más de 8 horas para volver a tomar un alimento.

Prescripción y forzamiento a uso de métodos anticonceptivos

Las mujeres narran como son forzadas por parte del personal de salud en materia de anticoncepción y planificación familiar, y es sus estrategias adoptadas se incluyen las amenazas de suspender apoyos sociales, como Prospera y Seguro Popular.

Participante 1: “Ahí está una doctora, exige que se lo ponga, a mí me anduvo exige y exige y yo le decía que no y cada rato me iba a ver y donde me encontraba me decía/ Participante 2: A mí me

hicieron poner la inyección para poder salir del hospital, si no, me decían que no iba a salir / Participante 3: Ahhh sí, si no, no quieren dar de alta / Participante 4: A mí me dijeron que me quitaban lo del Seguro Popular”.

DISCUSIÓN

Los actos clasificados como violencia obstétrica están reconfigurándose, si bien antes se hablaba de esta problemática circunscribiéndole a las acciones de maltrato verbal por parte del personal de salud, actualmente la existencia de Normas Oficiales¹¹ y Guías de Práctica Clínica¹², obligan a dar cuenta de la existencia de una serie de procedimientos que generan riesgos adicionales e innecesarios para la diada. Sin embargo, la medicalización y los procedimientos que implican riesgos adicionales no son contemplados como violentos por las propias usuarias.

Castro y otros autores han reconocido que las mujeres tiene dificultad para identificar algunas modalidades de violencia obstétrica, en función de que la gran mayoría de ellas no han sido informadas sobre sus derechos en el parto, tampoco sobre las prácticas seguras e inseguras que suelen realizarse en la atención.¹³ En este estudio se identificó que las mujeres contemplan como altamente satisfactorio el hecho de que les pongan suero y les administren medicamentos para inducir o reforzar las contracciones o los “dolores de parto”, aun cuando el uso rutinario de éstos, se desaconseje desde la NOM-007-SSA2-2016, por constituir un riesgo potencial y un abuso en la medicalización.¹¹

La intolerancia del personal de salud frente a la expresión del dolor de parto, refleja la ausencia de perspectiva de intercultural con la que están siendo formados, y en la que no alcanzan a dimensionar que el dolor se suscita dentro de un contexto social y cultural que dicta los mecanismos de afrontamiento que las mujeres tienen en este episodio particular de su vida. Esta intolerancia cobra relevancia, si se considera que el hecho de que se disponga de un entorno de amigable, respetuoso de los imaginarios locales y los derechos humanos impacta favorablemente en la respuesta fisiológica de la mujer y su hijo al parto, y en la calidad del vínculo que se establecerá entre ellos.¹⁴

El acompañamiento durante el trabajo de parto y parto figuró como una necesidad real, sin embargo, lo plantean como algo “que desean” y no como un derecho reconocido. Países como Chile han instaurado una ley específica sobre acompañamiento durante el trabajo de parto y parto.¹⁵ La razón para favorecer la compañía en esta etapa de vida se sostiene en la evidencia demostrada de que la presencia de un acompañante reduce la necesidad de medicación para el dolor, la cesárea y el nacimiento por fórceps, incide también en trabajos de parto menos prolongados¹⁶, además, ha sido señalado como una estrategia que transversaliza la perspectiva de género y promueve la equidad en los procesos de crianza.¹⁷

El hecho de que el tacto se perciba como un procedimiento violento, encuentra coincidencia con lo que han documentado otros estudios respecto a que se trata de una las prácticas que genera más dolor, estrés, vergüenza y sensación de invasión de la intimidad en las mujeres; algunos autores, incluso afirman que la práctica de este procedimiento en un contexto de falta de información y una actitud poco empática por parte del personal,

puede desencadenar estrés postraumático similar al de una violación.¹⁸ Para las mujeres resultó particularmente incómodo el que sean numerosos los actores que realizan este procedimiento en sus cuerpos, situación que se contrapone con lo que ya se ha documentado, respecto a que para que este procedimiento tenga validez como estrategia de monitorización, debe ser realizado todas las veces por la misma persona.¹⁹

La episiotomía es una de las prácticas realizadas de manera más indiscriminada, en esta investigación se identificó que fue realizada en la mayor parte de las mujeres, lo que coincide con lo que se ha reportado respecto a que alcanza un 80% en la atención de mujeres en América Latina²⁰, aun cuando la OMS recomienda que estos no rebasen el 30%.²¹

Respecto a los periodos prolongados de ayuno, si se considera que durante el embarazo las cifras de glucosa en ayuno son 20% menores que las de una mujer no embarazada, en condiciones de ayuno prolongado, -mayor de 12 horas-, se implican riesgos graves de hipoglucemia para la madre y particularmente para el bebé. Resultó común escuchar relatos de mujeres que tuvieron esperar hasta más de 8 horas de ayuno posterior a un parto natural, medida que es totalmente innecesaria, toda vez que se ha documentado que incluso tras la práctica de una cesárea, es recomendable que el ayuno postquirúrgico no exceda de las dos horas.²²

En cuanto a la negación de la autonomía, esto ha sido señalado también por otros investigadores, quienes afirman que el acceso a los servicios de planificación familiar se da dentro de un marco más de disciplina y sometimiento, donde tiene cabida la amenaza y el castigo, infantilizando a las mujeres, sin considerarlas sujetas de derechos sexuales y reproductivos.²³

CONCLUSIONES

Este estudio evidencia como la violencia obstétrica tiene para las mujeres indígenas una connotación distinta de la que establece la LGAMVLV. En este sentido es que se hace presente la necesidad de informar a las mujeres sobre lo que es adecuado y no en la atención del parto; solo con esta información, podrán identificar modalidades de violencia que se vuelven invisibles cuando se encuentran en contextos específicos. Por otra parte, la continuidad de la realización de estas prácticas debe reflexionarse en los programas de formación de recursos humanos en salud, toda vez que la medicalización excesiva contraviene los principios de bioética y expone a la diada a daños innecesarios.

REFERENCIAS

1. Belli L. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO* 2013;1(7):25-34.
2. Arguedas G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe* 2014;11(1): 145-169
3. Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte B, Ruelas-González M, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam Salud Pública*. 2014; 35(4), 284-90.
4. March-Cerdá JC, Prieto-Rodríguez MA, Hernán-García M, Solas-

Gaspar O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit*. 1999; 13(4), 312-319

5. Grupo de Información en Reproducción Elegida. Niñas y mujeres sin justicia: Derechos reproductivos en México. 2015
6. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): 613-619.
7. Hamui-Sutton A., Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. Elsevier. 2013
8. Korman H. The Focus Group Sign. Dept. Of Sociology, SUNY at Stony Brook. New York. 1986
9. Lazar M. Feminist Critical Discourse Analysis. Gender, Power and Ideology in Discourse. New York: Palgrave Macmillan. 2007
10. Bellon-Sánchez S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista. *Dilemata*. 2015;18: 93-111
11. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios. DOF 07-04-2016.
12. Guía de práctica clínica. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaria de Salud. 2014.
13. Castro-Pérez R., Erviti, J. Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción forzada y derechos reproductivos. México: Universidad Autónoma de México. 2015
14. Goodman P, Mackey M, Tavakoli A. Factors related to child-birth satisfaction: issues and innovations in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2014; 46(2), 212-219
15. Corrêa-Do Reis C, De Oliveira Mendoca-De Souza D, Márcia-Progianti J, Muniz-Da Costa Vargeins O. As práticas utilizadas nos partos hospitalares assistidos por enfermeiras obstétricas. *Enfermagem Obstétrica* 2014;1(1):7-11.
16. Bittencourt-Leite de Carvalho J, Santana-De Brito R, Pinheiro-Fernández Araujo AC, Lima-De Souza N. Sentimiento vivenciado pelo pai diante do nascimento do filho. *Rev. Rene. Fortaleza* 2009; 10(3):125-31
17. Assunção-Moreira AP, Nunes IM, Silva-Almeida M, Da Cruz-Santos A. Preparo paterno para serem acompanhantes no trabalho de parto. *Enfermagem Obstétrica* 2015; 2(1):3-8.
18. Menage J. Post-traumatic stress disorder following obstetric/gynaecological procedures. *British Journal of Midwifery*.1996; 4, 532-3.
19. Ballesteros-Messenger C, López-Pay M, Martínez-Román C. La exploración vaginal durante la asistencia al parto. *Revista científica de Enfermería*. 2012; 4, 1-14.
20. Cárdenas-Herrera O, Quito-Riera B, Flores-Durán C, Salinas-Pozo MV. Estudio comparativo de las lesiones del canal blando del parto con episiotomía y sin ella en el Hospital Vicente Corral Moscoso, de la ciudad de Cuenca (Ecuador) y elaboración de las normas de atención del parto sin episiotomía. *Revista Colombiana Salud Libre*. 2008; 3(2):145-156
21. Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. *Prog Obstet ginecol*. 2004; 47(9) 414-22.
22. Carrillo-Esper R, Espinoza de los Monteros-Estrada I, Soto-Reyna U. Ayuno perioperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2015; 38(1) 27-34
23. Castro-Pérez R, Erviti, J. Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción forzada y derechos reproductivos. México: Universidad Autónoma de México. 2015

Conocimiento de enfermería sobre cuidados paliativos en centros de primer y segundo nivel de atención para la salud

Nursing knowledge about palliative care in first and second level health care centers

Milton Carlos Guevara-Valtier¹, Jesús Melchor Santos-Flores¹, Izamara Santos-Flores¹, Francisca Julieta Valdez-Ramírez², Iris Yazmany Garza-Dimas², María de los Ángeles Paz-Morales¹ Juana Mercedes Gutiérrez-Valverde¹

1. Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. 2. Hospital General Sabinas Hidalgo, N.L.; SSA. "Virginia Ayala de Garza"

RESUMEN

Introducción: Los factores que influyen en la práctica de los Cuidados Paliativos determinan la presentación de los procedimientos y su comportamiento durante la evaluación y el tratamiento de los pacientes, se reconoce que los profesionales de la salud pueden mejorar estos factores. **Métodos:** Diseño descriptivo con una población de 92 enfermeros(as) del municipio de Sabinas Hidalgo N.L. Se seleccionó un muestreo aleatorio simple con una muestra final de 77 enfermeros(as). Se utilizó la versión en español del test Palliative Care Knowledge Test para evaluar el conocimiento de los cuidados paliativos. Los datos se analizaron con el uso del SPSS versión 23. **Resultados:** El porcentaje medio de respuestas correctas identificado sobre conocimiento de cuidados paliativos en la muestra total fue de 35% (DE=15), **Conclusión:** El resultado identificado es considerado bajo.

Palabras Clave: Cuidados Paliativos, Conocimiento, Enfermeros.

ABSTRACT

Introduction. The factors that influence in the practice of palliative care, determine the presentation of the procedures and it's behavior during the evaluation and the treatment of the patients, and it is recognized that the health care professionals could improve these factors. **Methods:** Descriptive design with a population of 92 nurses from Sabinas Hidalgo, N.L. We used a simple aleatory sample of 77 nurses. Ran it with Microsoft Excel 2010, fort the measurement of the knowledge we used the Spanish version of the Palliative Care Knowledge Test, and analyzed them with the SPSS version 23. **Results:** The mean percentage of correct answers identified about knowledge of palliative care and the total sample was 35% (SD=15), **Conclusion:** The result identified is considered low.

Key words: Palliative Care, Knowledge, Nurses

INTRODUCCIÓN

El personal de enfermería juega un papel importante en el equipo de prestación de Cuidados Paliativos (CP), dirigen intervenciones centradas en la integridad de la persona considera aspectos de las dimensiones física, funcional, social y espiritual, reto que demanda de conocimiento acorde a las necesidades del cuidado del paciente en estado terminal con diversas condiciones crónico degenerativas para tomar decisiones del manejo integral.^{1,2}

Se ha documentado que el personal de enfermería y otros profesionales de la salud no se encuentran totalmente preparados para la ejecución de CP, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone establecer un entrenamiento básico y educación continua en CP a todo el personal de salud.³ Particularmente, la deficiencia educativa y la ausencia de contenido curricular, evidencia documentada sobre el personal de enfermería^{3,4} relacionado con los CP se ha visto relacionado con deficiencias en la atención médica de este tipo de pacientes³, por lo que es esencial su estudio y comprensión ya que definen los conocimientos y habilidades necesarias para el desarrollo adecuado de los CP.

Las intervenciones en estos pacientes pueden ser tan complejas que para brindar una calidad de atención adecuada se debe

* **Correspondencia:** JMSF, santos_meme_10@hotmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Guevara-Valtier MC, Santos-Flores JM, Santos-Flores I, Valdez-Ramírez FJ, Garza-Dimas IY, Paz-Morales MA, Gutiérrez-Valverde JM. Conocimiento de enfermería sobre cuidados paliativos en centros de primer y segundo nivel de atención para la salud. Rev CONAMED 2017; 22(4): 170-173.

[*Nursing knowledge about palliative care in first and second level health care centers*]

profundizar en los CP de los pacientes, especialmente cuando la enfermedad es persistente. Para el desarrollo de esta práctica clínica se requiere conocimiento en tecnología sanitaria, compromiso, relaciones interpersonales, trabajo colaborativo multi e interdisciplinario.⁵

El interés del cuidado enfermero en CP se centra en todas las dimensiones del enfermo como persona con necesidades individuales, concretas y específicas, en continuo cambio y evolución.⁶ Los cuidados de enfermería en CP han sido concebidos en el doble sentido: los cuidados como aplicación de un tratamiento técnico y especializado, y los cuidados a través de la percepción por la persona, y sus necesidades como enfoque global interno y externo.⁶

La participación de enfermería en CP exige que las intervenciones consideradas en el plan de intervención se consideren desde un enfoque individual, continuo, flexible, accesible, polivalente y que además se conciba el apoyo multidisciplinario, su preparación cognitiva y de habilidades deben proveerle de elementos para atender las complicaciones evolutivas de la enfermedad como el control de los síntomas, ayudar en la consecución de las necesidades básicas, colaborar en la planificación de la vida cotidiana, facilitar los procesos de adaptación y el apoyo emocional básico, contribuir a la comunicación paciente-familia-equipo, respetar valores, creencias y formas de vida, instruir a la familia en aspectos específicos del cuidado y colaborar con los recursos potencialmente relacionados con el estado de salud de la persona y situaciones contextuales.^{6,7}

Los resultados de diversas evidencias indican que en distintas muestras estudiadas para identificar el CP presentan una tendencia al conocimiento erróneo sobre prácticas de CP.^{8,9} Nakazawa y col, desarrollaron y validaron la prueba de conocimiento de cuidados paliativos Palliative Care Knowledge Test (PCKT) para evaluar el conocimiento sobre CP entre profesionales de la salud.^{10,11}

Sin embargo, no se encontraron estudios que evalúen el conocimiento del personal de enfermería con PCKT en contextos similares en el que se llevó a cabo el presente trabajo de investigación. El objetivo del estudio fue identificar el conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre CP en centros de atención médica de primer y segundo nivel de atención para la salud en México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio, población, muestreo y muestra

El diseño del estudio fue descriptivo. Se recurrió a un muestreo aleatorio simple a partir de un marco muestral conformado por las listas de personal de enfermería de las unidades de salud seleccionadas para realizar las entrevistas, este proceso se ejecutó haciendo uso de la tabla de números aleatorios para la selección de cada elemento de la muestra. La muestra fue de 92 profesionales de enfermería de distintas instituciones de salud pública de primero y segundo nivel de atención, se incluyó a quienes aceptarían participar de forma voluntaria y se consideraron los cuestionarios entregados y llenados de forma completa, por lo que este último criterio fue una causa para eliminar 15 cuestionarios para finalmente abordar un total de 77 profesionales de enfermería. El levantamiento de datos se llevó a cabo del 08 de Enero al 01 de Mayo del 2017.

Instrumento de medición

Para medir la variable Conocimiento sobre Cuidados Paliativos, se utilizó el test Palliative Care Knowledge Test (PCKT), dado que se trata de la versión en inglés fue traducido por expertos clínicos con experiencia médica en anestesiología y terapia del dolor, para el proceso de validación se eligió un grupo de estudio de 10 enfermeras(os) con el fin de verificar si comprendían los términos utilizados en cada pregunta con la posibilidad de realizar modificaciones para garantizar claridad y comprensión del contenido, situación que no fue necesaria.⁷ El test es auto aplicable con un total de 20 ítems con respuestas que pueden ser "verdadero", "falso" o "no estoy seguro". Los 20 ítems se dividen en 5 sub escalas: (1) Filosofía (ítems 1-2), (2) síntomas del dolor (ítems 3-8), (3) disnea (ítem 9-12), (4) psiquiátrico (ítems 13-16) y (5) problemas gastrointestinales (ítems 17-20), el rango de porcentaje mínimo es 0 y máximo 20, una vez determinada la cantidad de ítems correctos por cada participante se multiplicó por 5 para calcular el porcentaje total y ubicar en conocimiento erróneo o adecuado conforme los valores se ubicaban del 0 a 60% y del 61 a 100%; respectivamente.⁷ El cuestionario PCKT ha demostrado tener confiabilidad aceptable de 0.81, los cinco subconjuntos de la PCKT poseen una correlación intraclase que oscila entre 0.61 y 0.82.⁷ En este estudio el valor Alpha de Cronbach's fue de 0.87, considerado aceptable. Previo a la ejecución de cualquier procedimiento se solicitó autorización al comité de ética de la institución en el que se colectaron los datos, como evidencia se obtuvo dictamen favorable con número de registro HGSH-0001.

Análisis de datos

Los datos se analizaron con el uso del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23, se utilizó estadística descriptiva y se recurrió al empleo de la media, desviación estándar, así como el uso de frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Participaron 77 enfermeros(as). El promedio de edad fue de 37 años ($DE = 0.955$), respecto al sexo predominó el femenino con un 80.5%. El nivel de escolaridad predominante fue de Licenciatura en Enfermería con 54.5%. Los años de antigüedad promedio fueron 10 ($DE = 1.705$). El 68.8% realizaba su labor en área hospitalaria y solo el 3.9% en área administrativa. Los datos se pueden observar en la tabla 1.

Tabla 1. datos sociodemográficos y profesionales de la población de estudio.

		f	%
Escolaridad	Técnica	25	32.5
	Licenciatura	42	54.5
	Posgrado	10	13.0
Áreas de servicio de trabajo	Hospitalaria	53	68.8
	Administración	3	03.9
	UNEME	10	13.0
	UMF/CSU	11	11.96

Con respecto al conocimiento sobre CP el porcentaje medio de respuestas correctas identificado en la muestra total fue de 35% ($DE=15$), indicador considerado bajo, en general el comportamiento de respuestas por dimensiones del cuestionario siguió el mismo patrón, en las dimensiones que se encontraron más respuestas contestadas de forma correcta fueron Filosofía, Dolor y Psicosocial con un valor mediano de 2; y un rango intercuartílico de 2, 5 y 4; respectivamente. Solamente 3 Licenciados en Enfermería demostraron tener conocimiento adecuado, lo que representa un 4%.

DISCUSIÓN

Al describir el conocimiento del personal de enfermería sobre CP se identificó un porcentaje medio de respuestas correctas del 35% considerado bajo, situación que coincide con otros autores.^{1, 12-14} Esta situación puede explicarse considerando que en las universidades en las que se forman profesionales de enfermería aún no es visible la ejecución de programas o unidades de aprendizaje en las que de manera importante se consideren contenidos sobre CP con el fin de capacitar profesionales competentes para enfrentar los retos y solucionar las necesidades que demanda el paciente en fase terminal. Aunque en las Universidades y escuelas de enfermería se reconoce la importancia de abordar las respuestas humanas derivadas de eventos patológicos crónicos degenerativos aún es necesaria la inclusión y revisión de los planes y programas de estudios para garantizar que los egresados cuenten con las competencias necesarias para hacer frente a las exigencias y requerimientos relacionados con los CP.

Estudios realizados por Ronaldson¹⁵, Raudonis¹⁶ y Chover¹⁷ obtuvieron resultados con valores superiores a los del presente estudio, así mismo en el estudio realizado por Ross¹⁸ en el que se estudiaron enfermeras de práctica avanzada fueron significativamente más altos (75%), esta diferencia se puede atribuir a los programas de formación rigurosa como los de competencias avanzadas, los contenidos que se abordan podrían incluir tópicos especializados que requieren el aprendizaje de contenidos teóricos acompañados de sesiones de práctica intensiva; conjunto a esta explicación es posible que los resultados superiores se deban a las características contextuales distintas a las de este estudio entre las que se identifican la exigencia por demostrar competencia o la aprobación de exámenes antes de ejercer la profesión o bien durante el ejercicio profesional para mantener el registro como profesional de enfermería en funciones es necesario obtener puntajes adecuados de conocimiento.

Otra posible explicación de los resultados de este estudio se relacionan con aspectos muy específicos que se presentan en la práctica profesional de la enfermería mexicana, en la que los profesionales aprenden conforme las situaciones de la práctica real demandan demostrar competencia con base al puesto asignado para el ejercicio profesional, es decir es posible que el personal de enfermería desarrolle práctica de CP considerando como base las situaciones específicas de pacientes terminales que atienden en la práctica cotidiana.

En este mismo sentido lo anterior hace suponer que tal vez el personal de enfermería obtenga conocimiento de fuentes como la propia experiencia, de autoridades o de otras fuentes que tal vez no provean de conocimiento basado en evidencia, hecho que tal vez explique la cantidad baja de respuestas

correctas e influyen en el porcentaje medio de aciertos con respecto a CP, esto sugiere la necesidad de implementar programas de capacitación especializados y guiados por evidencia científica.^{8, 10, 13}

Recomendaciones

Se requieren más estudios en los que se aborden muestras superiores y en los que se utilice el cuestionario que se consideró en el presente estudio (PCKT) con el fin de aumentar su credibilidad para su uso en el contexto mexicano.

La realización de actividades educativas centradas particularmente en los conceptos erróneos identificados, permitirá a los profesionales de enfermería implementar y mejorar los CP basados en la evidencia científica existente.

Un programa de aprendizaje específico, en función de los conceptos erróneos identificados mediante el cuestionario, sería necesario para formar profesionales dedicados en brindar una atención de calidad.

CONCLUSIÓN

El conocimiento del personal de Enfermería con respecto a CP identificado en este estudio es considerado bajo, el comportamiento en general de cada dimensión mantuvo el mismo comportamiento.

REFERENCIAS

- 1.- Prem V, Karvannan H, Kumar SP, Karthikbabu S, Syed N, Sisodia V, Jaykumar S. Study of Nurses' Knowledge about Palliative Care: A Quantitative Cross-sectional Survey. *JPalliativeCare*. 2012;18:122-127.
- 2.- Medina Zarco LE, Cruz Casas AM, Sánchez Santaella ME, Pedraza Avilés AG. Nivel de conocimientos del personal de Salud sobre cuidados paliativos. *Rev. Esp. Méd. Quir*. 2012;17(2):109-114.
- 3.- Centeno C, Rodríguez-Núñez A. The contribution of undergraduate palliative care education: does it influence the clinical patient's care? *Curr Opin Support Palliat Care*. 2015;9(4):375-91
- 4.- Skår R. Knowledge use in nursing practice: The importance of practical understanding and personal involvement. *Nurse Educ Today* 2010;30:132-6.
- 5.- Torres A, & Sanhueza O. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *Ciencia y enfermería*. 2006;12(1):9-17.
- 6.- Busquet, X. Atención a la agonía. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2005;12(5):72-77.
- 7.- Codorniu N, Bleda M, Alburquerque E, Guanter L, Adell J, García F, & Barquero A. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. *Index de Enfermería*, 2011;20(1-2), 71-75.
- 8.- Nakazawa Y, Kato M, Miyashita M, Morita T, Kizawa Y. Changes in nurses' knowledge, difficulties, and self-reported practices toward palliative care for cancer patients in Japan: an analysis of two nationwide representative surveys in 2008 and 2015. *J Pain Symptom Manage*. 2017; S0885-3924(17)30464-5.
- 9.- Prem V, Karvannan H, Kumar SP, Karthikbabu S, Syed N, Sisodia V, Jaykumar S. Study of Nurses' Knowledge about Palliative Care: A Quantitative Cross-sectional Survey. *Indian J Palliat Care*. 2012;18(2):122-7.
- 10.- Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med* 2009;23(7):54-66.

- 11- Osakidetza. Enfermera/o, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Radio ed. 2016;2(1);207-208.
- 12.- Pope A. Palliative Care Knowledge among Bachelors of Science Nursing Students. 2013.
- 13.- Evans CA. . Rural Long Term Care Nurses' Knowledge of Palliative Care. Online Journal of Rural Nursing and Health Care, 2016;16(2):141-167.
- 14.- Ayed A, Sayej S, tHarazneh L, Fashafsheh I, & Eqtait F. The Nurses' Knowledge and Attitudes towards the Palliative Care. Journal of Education and Practice. 2015;6(4), 91-99.
- 15.- Ronaldson S, Hayes L, Carey M, Aggar C. Un estudio del conocimiento de las enfermeras acerca de un enfoque paliativo en las instalaciones residenciales de cuidado de ancianos. Int J Personas Mayores Nurs. 2008; 3 (4): 258-67. doi: 10.1111 / j.1748-3743.2008.00136.x
- 16.- Raudonis BM, Kyba FC, Kinsey TA. El conocimiento de las enfermeras de cuidados a largo plazo sobre el cuidado al final de la vida. Geriatr Nurs. 2002; 23 (6): 296-301 doi: 10.1067 / mgn.2002.130270
- 17.- Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux Y. Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. Rev Lat Am Enfermagem. 2017 Oct 19;25:e2847. doi: 10.1590/1518-8345.1610.2847. English, Portuguese, Spanish.
- 18.- Ross M, McDonald B, & McGuinness, J. The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. Journal of advanced nursing, 1996;23(1):126-137.

Vivencias de embarazadas de alto riesgo Obstétrico del Hospital San Juan De Dios, en Chile

Experiences of pregnant women of high risk Obstetric Hospital of San Juan De Dios, Chile

Romina Stephany Iturra-Zamorano¹, Mariana Cristina Badilla-Otero², Andrea Alejandra Velásquez-Muñoz³

1. *Matrona. Licenciada en Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.* 2 *Matrona. Licenciada en Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.* 3 *Académico Matrona Psicóloga, Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y del Recién Nacido, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.*

RESUMEN

Introducción: Explorar las vivencias de mujeres hospitalizadas por embarazo de alto riesgo obstétrico en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Juan de Dios en Santiago de Chile. **Material y Métodos:** Este estudio corresponde a una investigación cualitativa, exploratoria en el cual la recolección de datos se realizó mediante la aplicación de entrevistas en profundidad a 10 gestantes hospitalizadas en alto riesgo obstétrico de un hospital público en Chile. **Resultados:** En los resultados obtenidos se pudo distinguir el miedo, angustia, sensación de encierro, falta de autonomía e incertidumbre como vivencias negativas dentro de la hospitalización. Por otro lado, también se registraron vivencias de apoyo, sensación de seguridad, positivismo y esperanza, aspectos que hicieron más llevadero este proceso. Algunas mujeres manifestaron inicialmente prejuicios negativos hacia el hospital público en relación a la atención, infraestructura y manejo de los servicios. Sin embargo, se pudo ver que durante la hospitalización esos prejuicios cambiaron, sintiéndose satisfechas con el servicio y la atención. **Conclusiones:** Se observa la hospitalización como vivencia de seguridad y confianza para su patología, parto y adaptación extrauterina del feto. Asimismo una gran mayoría de las gestantes se refugiaban en la fe en Dios para superar este proceso.

Palabras claves: Embarazo de alto riesgo, gestante, vivencias, experiencias, sentimientos.

ABSTRACT

Introduction. Objective: To investigate the experiences of women hospitalized for high obstetric pregnancies at the Obstetrics and Gynecology Service of the San Juan de Dios Hospital in Santiago, Chile. **Material and Methods:** This study corresponds to a qualitative, exploratory investigation in which the data collection was carried out by the application of in-depth interviews to 10 hospitalized pregnant women at high obstetric risk of a public hospital in Chile. **Results:** In the obtained results it was possible to distinguish the fear, anguish, feeling of confinement, lack of autonomy and uncertainty as negative experiences within the hospitalization. On the other hand, there were also experiences of support, feelings of security, positivism and hope, aspects that made this process more bearable. Some women initially expressed negative bias toward the public hospital in relation to care, infrastructure and service management. However, it was seen that during the hospitalization these prejudices changed, feeling satisfied with the service and care. **Conclusions:** Hospitalization is observed as an experience of safety and confidence for its pathology, parturition and extrauterine adaptation of the fetus. Likewise, a large majority of pregnant women took refuge in faith in God to overcome this process.

Key words: Pregnancy of high risk, pregnant, experiences, experiences, feelings.

INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad, la gestación se caracteriza como un evento donde la mujer se ve enfrentada a tres situaciones: la existencia del nuevo ser, los cambios físicos, anatómicos y fisiológicos que alteran su imagen corporal y, por último, la aceptación de un nuevo rol social.¹ El embarazo abarca diversas alteraciones emocionales y sentimentales debidas a la adaptación psicológica que debe enfrentar una embarazada. Un desequilibrio en esta adaptación, producido por algún factor imprevisto, podría romper la frágil estructura emocional de una gestante, tal como lo afirma el estudio de Leichtenritt.^{2,3}

A lo largo de la gestación pueden presentarse diversos factores que afecten la vida de la mujer, como lo es el desarrollo de un Embarazo de Alto Riesgo, definido como aquel “embarazo en el cual el pronóstico materno y/o fetal es potencialmente subóptimo en comparación a un embarazo normal”.⁴ En este caso,

* **Correspondencia:** AAVM, avelasquez74@gmail.com

Conflicto de intereses: Las autoras declaran que no tienen.

Citar como: Iturra-Zamorano RS, Badilla-Otero MC, Velásquez-Muñoz AA. Vivencias de embarazadas de alto riesgo Obstétrico del Hospital San Juan De Dios, en Chile. Rev CONAMED 2017; 22(4): 174-178.

[Experiences of pregnant women of high risk Obstetric Hospital of San Juan De Dios, Chile]

la vida o la salud de la madre y/o del feto tienen mayores probabilidades de ser vulneradas, en la actualidad o a futuro, respecto de la media de la población en general.² Según algunos autores, se ha calculado que un 20% de los embarazos es considerado de Alto Riesgo, más aún, de ellos un 80 % son los que presentan resultados perinatales adversos.⁵ Bajo estas circunstancias, en muchos casos es necesario el proceso de hospitalización en una unidad de Alto Riesgo Obstétrico, conformada por mujeres que cursen alguna patología. No obstante y, a pesar de que se intente mejorar la condición patológica obstétrica, las gestantes desarrollan una perturbación en su estado emocional debido a la hospitalización, lo que puede a su vez traer consecuencias emocionales e incluso psicológicas, afectando además al Recién Nacido producto de la gestación actual e incluso a su círculo familiar.

En la investigación de Laza et al. y en otro estudio sobre sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo-embarazo, se ha demostrado que la vivencia durante este proceso está inmersa de sentimientos de culpa, angustia, pena, rabia, soledad, miedo, entre otros.^{6,7} En otros estudios donde se compara la estancia en el hogar y en el hospital durante un Embarazo de Alto Riesgo, se hace evidente la gran preocupación que les genera separarse de sus familias, más aún cuando hay hijos, sumado a las consecuencias negativas que podrían desarrollarse en sus relaciones de pareja, adicional a la preocupación por enfrentarse a un lugar y personas desconocidas. Además, se menciona el fuerte impacto que genera la hospitalización, causando la sensación de falta de privacidad e independencia, sensación de encierro e inutilidad sobre ellas mismas, lo cual daba como resultado la manifestación de sentimientos de soledad, culpa e incluso duelo anticipado.^{8,9} En otros estudios, se identifican miedo y preocupación al nacimiento de su hijo, si éste se presenta en estados de prematuridad del feto, lo que les genera la necesidad de prolongar la gestación, coexistiendo una gran ansiedad y esperanza hacia la llegada del nacimiento para poner fin a la hospitalización.^{3, 6, 10, 11}

Según Lafaurie, todas las mujeres con embarazos de alto riesgo requieren de atención especializada, interdisciplinaria e integral, incluyendo la valoración de las redes de apoyo social¹¹, lo cual no siempre se cumple. Igualmente, algunas gestantes se sienten vulnerables ante la hospitalización, con molestias e inseguridad, e incluso percibieron hasta ofensivas las conductas preventivas que llevaban a cabo profesionales de la salud.¹²

Como afirma Torres, existe la percepción que califica a la gestación como un suceso grandioso y terrible, por lo que es fundamental que los profesionales no descuiden los eventos que generen alteraciones mayores, como lo es cursar un Embarazo de Alto Riesgo.¹³

La presente investigación tiene objetivo explorar las vivencias de mujeres hospitalizadas por embarazo de alto riesgo obstétrico en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Juan de Dios en Santiago de Chile.

METODOLOGÍA

Diseño y enfoque: El diseño es cualitativo exploratorio. Se utilizó enfoque fenomenológico debido a que representa la “intencionalidad y el significado de las experiencias vividas desde el punto de vista de la primera persona.” El foco de la investigación

fenomenológica son las experiencias de la persona en relación con un fenómeno. En este sentido, los expertos en esta tradición investigativa asumen que las experiencias dan sentido a la percepción de cada persona sobre un fenómeno particular.”⁷

Muestra. El Hospital San Juan De Dios es un hospital público (con 600 camas) que se encuentra en la ciudad de Santiago de Chile, creado poco después de la fundación de Santiago, siendo el primer hospital de la ciudad y del territorio chileno. Tiene todas las especialidades tanto en la atención ambulatoria como hospitalizada. El servicio de Obstetricia y Ginecología durante el año 2016 atendió 3603 partos vaginales y 1329 cesáreas. Lo cual evidencia la alta cobertura que tiene este hospital a nivel nacional. La Unidad de análisis corresponde a 10 embarazadas hospitalizadas en Alto Riesgo Obstétrico del Hospital San Juan de Dios, diagnosticadas previamente con alguna patología Obstétrica.

Criterios de inclusión. La usuaria debía ser mayor de 18 años de edad; estar cursando un embarazo del II o III trimestre y estar hospitalizada por más de tres días.

Criterios de exclusión. Se descartaron gestantes que presenten patologías mentales severas, como psicosis o demencia, que puedan provocar pérdida del sentido de la realidad. Se consideró como limitante del estudio el retiro voluntario de la gestante.

Procedimiento. El muestreo y reclutamiento fue intencional, se buscó una población acorde a los requerimientos mencionados en el marco teórico.

En una sala del hospital, que proporcionaba privacidad se realizaron entrevistas en profundidad, a 10 gestantes hospitalizadas desde abril a noviembre del año 2016. Previo a esto, se informó a la hospitalizada del objetivo de la investigación, quién firmaba el consentimiento y comprendía el derecho de retirarse libre y voluntariamente cuando quisiera. En estas entrevistas se aplica una pauta con preguntas abiertas sobre su percepción de la hospitalización, su experiencia actual y sus sentimientos en relación a la hospitalización. Las entrevistas duraron en promedio 1 hora, fueron grabadas, transcritas y analizadas por el equipo (2 matronas). Dada la posibilidad de detonar algún recuerdo negativo durante el proceso de recogida y análisis de la información, éste fue monitoreado por una psicóloga.

Los nombres de las participantes fueron protegidos por medio de un nombre estándar y posterior número de acuerdo al orden de la entrevista. La recolección de datos fue realizada conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. Por otro lado, esta investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y con la aprobación del Comité de Ética y de la Unidad de investigación del Hospital San Juan de Dios.

Análisis de datos. La codificación y posterior análisis de las entrevistas fue hecho por el programa Atlas.Ti, empleando el análisis de contenido. Las entrevistas fueron analizadas en todo momento por las dos investigadoras, con el fin de propender a la mayor rigurosidad de la investigación. Posteriormente se contrastó con la bibliografía existente generando conclusiones.

Rigor y Calidad. Se basó en los principios de adecuación teórico-epistemológica, credibilidad, transferibilidad, confirmabilidad o reflexividad y relevancia, para esto, se realizaron

comparaciones de los resultados con las fuentes de información existente y de otras investigaciones, se contrastaron los resultados con los informantes, se reconocieron las preconcepciones, sesgos y limitaciones, se explicó el contexto en el que se realizó la investigación, teniendo en consideración que fueran adecuados a la realización de la entrevista. Todos los resultados se revisaron y analizaron durante el estudio por el investigador y un tercero (tutor). Por otro lado, durante la recogida de datos, las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los participantes, estas grabaciones fueron transcritas textualmente y organizadas según el tipo de información. En cuanto a los participantes, éstos fueron anónimos y previo a la entrevista, firmaron el Consentimiento Informado, teniendo conocimiento los objetivos de la investigación y la opción de retirar su colaboración en cualquier momento.

RESULTADOS

Se realizaron 10 entrevistas a gestantes, cuyas edades iban de 22 a 34 años de edad, todas de nacionalidad chilena, la mayoría eran múltiparas, con patologías obstétricas tales como: síntomas de parto prematuro, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, oligoamnios, Pielonefritis y doppler alterado.

A partir del objetivo de la investigación las categorías encontradas son:

Sentimientos y emociones durante la vivencia

Es común ver que las mujeres hospitalizadas generan sentimientos y emociones que se pueden clasificar como placenteros y displacenteros.

1. Displacenteros:

- ▶ **Resignación:** Cuando los días de hospitalización avanzaban, se pudo observar que se produce la resignación a la situación vivida, a los procedimientos y al futuro.
"Ah ya, ¿Pero te proyectaste para largo tiempo aquí?"
"Sí, para largo tiempo" E.9
- ▶ **Culpa:** Algunas embarazadas se vieron expuestas a la culpa, ya que sentían responsabilidad de sus patologías u hospitalización.
"Si po', igual un poco, porque de repente, ya decía "Ya no voy a comer más que un chocolate" "Ya me como uno" "Ah ya, otro pedacito" y me como otro y al final uno se termina comiendo una barra entera po', entonces igual es culpa mía no más po'" E.3
- ▶ **Angustia o Pena:** Se demostró que las mujeres sienten una gran angustia cuando están hospitalizadas ya sea por la larga estadía o cuando tienen un hijo en el hogar, debido a que éstos son dependientes de sus madres, generándoles angustia no poder contar con su dependencia para el cuidado personal. Asimismo por
"Me siento triste, cuando supe que iba a quedar hospitalizada me puse triste, si tengo un hijo de 4 años" E.1
"Eso más que nada, como estar triste, como pucha, porque a mí" E.9
- ▶ **Incertidumbre:** Se expresó al no saber cuáles serán las resoluciones con ellas o de la gestación.

"Igual como incertidumbre porque no te dicen si te vay' a ir, si te vay' a quedar, como estoy, nada" E.1

"No, no sé cómo explicarlo... como angustiada porque no sabí' cuando te vay' a ir, un día te dicen que sí, otro día te dicen que no" E.7

"Si po', si igual estoy como un poco asustada, por que donde me dijeron que era muy grande" E.3

"Que le pase algo... Algo cuando nazca, no sé, que... Le de algún ataque o dolor, típico de los bebés prematuros." E. 5.

2. Placenteros

- ▶ **Sentirse acompañada:** Generar relaciones interpersonales con otras mujeres hospitalizadas, les brindó acompañamiento, generando empatía y compañerismo.
"Sí también, si también he conversado con varias y todas cuentan sus experiencias y ahí uno como que toma otros aspectos (...) te imaginaí' otras cosas". E.2
"Sí, si igual hay varias niñas que han estado a mi lado" E.5
- ▶ **Tranquilidad:** Al pasar los días hospitalizadas y saber del estado de salud de sus hijos manifestaban tranquilidad y confianza en los profesionales de salud.
"No, ahora estoy más tranquila, lo que si extraño a mi hijo, como siempre, pero más tranquila... Me han dicho que está todo bien, con mi embarazo" E.1.

Percepción de la hospitalización

Las diversas vivencias experimentadas durante la hospitalización llegaron a influir en la percepción que las mujeres tuvieron a lo largo de los días.

- ▶ **Prejuicios con los hospitales públicos:** Algunas mujeres manifestaron el rechazo basado en que a nivel cultural hay un prejuicio negativo sobre la atención, infraestructura y manejo de los servicios. Sin embargo, se pudo ver que durante la hospitalización hacían cambio de ese prejuicio, sintiéndose satisfechas con el servicio.
"Si incluso siempre cuando a uno la llaman y saben que uno está hospitalizada, lo primero que te preguntan es "¿Y cómo te tratan?" al tiro po', porque como es hospital público (...) entonces de repente no creen si me tratan súper bien... Entonces tienen como el prejuicio antiguo po'" E.3.
"Yo pensaba que la atención era más mala....Es que todos dicen po'... De hecho en delante me llamaron y me dijeron "¿En qué hospital estay?" y yo les dije "En el San Juan de Dios" y me dijeron "Ah ahí atienden como el hoyo" y les dije "No, si atienden bien" E. 10
- ▶ **Seguridad por competencias de los profesionales:** Estar bajo control constante por profesionales les generó seguridad, influyendo en la mayoría de las ocasiones a la hora de decidir si solicitar o no el alta, prefiriendo mantener la hospitalización hasta el término de la gestación.
"Si po', me siento como demasiado segura, aparte que a cada rato le andan escuchando el corazón a la guagüita, que la presión, que la fiebre, o sea, la temperatura, todo eso, entonces como que se preocupan al tiro, entonces igual me siento como más tranquila" E.3

“Si po’... Si acá tengo a los doctores y yo sé que si me pasa algo, cualquier cosa, van a venir al tiro, así que no, prefiero quedarme y no solo por mí.” E.4
“Súper bien, nos ven a cada rato” E.2

Sin embargo, las gestantes al pasar los días en la unidad de alto riesgo obstétrico, manifiestan:

Dificultad emocional: Las gestantes consideraron la hospitalización como “encierro” y limitante, lo cual las angustia.
“no me dejan salir, no me dejan caminar, no me dejan hacer nada po’... Teni’ que estar aquí no más” E.4
“Si po, debería hacerse eso porque uno que está aquí todo el día encerrada, igual de repente” E.7

Figuras significativas

Durante el proceso de hospitalización, las gestantes buscaron apoyo en sus círculos sociales, para hacer llevadero el proceso, sin embargo se dieron cuenta que en momentos de crisis, solo podían contar con su familia más cercana y su pareja. La mayoría tenía al progenitor siendo partícipe del proceso, lo que fortalecía sus lazos como parejas.

“Sí, todos los días vienen mi mamá y mi pareja”. E.8

Eh, yo creo que me ha demostrado todo su apoyo, encuentro que ha sido mejor”. E.1

“La relación con mi pareja....No, la ha hecho más fuerte, sí...” E.5

“(...) Como más en el ámbito amistoso, se puede decir que, como que... A ver... Como que cuando uno hace como una fiesta y están como todos, pero cuando a alguien le pasa algo están como los justos, entonces en eso yo me he dado cuenta”. E.3

“¡Sí! Jaja los que no pensaba que iban a venir vinieron” E.5

La mayoría de las gestantes manifestaron la fe en Dios como fundamental.

Fe en Dios: En mujeres creyentes fue común la mención hacia Dios, en el cual disponían sus esperanzas para un óptimo desenlace del proceso.

“Sí, en Diosito no más, yo confío mucho en él” E.4

“Sí, es que si no tienes fe en algo... Como se dice, la fe mueve montañas” E.9

DISCUSIÓN

Al plantear la interrogante: ¿Cuáles son las vivencias de las embarazadas con alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Juan De Dios? Se obtuvieron resultados que se condicen con la literatura, debido a que la hospitalización ha generado repercusiones en sus emociones, sentimientos y pensamientos, lo que es coincidente con un estudio cualitativo del año 2002.³

Se destaca que, en forma simultánea, se presentaron sentimientos y emociones negativas y positivas. Se observa la hospitalización como una seguridad y confianza para su patología, parto y adaptación extrauterina del feto, lo que igualmente se presentó en el estudio realizado en el 2012 en España.⁹ Esto mismo sumado a pensamientos positivos y esperanzadores sobre la

evolución de la gestación, parto y nacimiento de los hijos, al igual como en el estudio realizado en Brasil el año 2010.⁷ Coexistentemente muchas mujeres se consideran bajo una situación de encierro y variación en su vida, generando un impedimento para su realización profesional, laboral y familiar, lo que se condice con estudios realizados en España y Canadá, donde las mujeres percibían la sensación de pérdida de libertad, privacidad y abandono de sus responsabilidades.^{8,9} Simultáneamente, se ve que lo mencionado en investigaciones en España y Colombia donde se demuestra que existen sentimientos de culpa, angustia, pena, miedo e incertidumbre al experimentar la hospitalización^{6,10,11,13}, es concordante con los sentimientos experimentados por las gestantes en forma frecuente. Ahondando en este punto, destaca la angustia sufrida por las gestantes que poseen hijos en casa, ya que no podían disponer de su independencia para su cuidado personal. Sin embargo, las gestantes sentían la necesidad de prolongar la gestación, generándoles una sensación de tranquilidad, tal como se demostró en el estudio realizado de 2002.³

Relacionado al acompañamiento que viven las mujeres hospitalizadas se evidenció que la presencia de familiares, pareja y círculo social hacían más llevadera esta etapa, donde en la mayoría de los casos las relaciones interpersonales se reforzaban. Sin embargo, se vieron otros casos en los que las mismas gestantes cuestionaron su círculo social, siendo la hospitalización un acontecimiento revelador sobre qué personas eran las reales amistades. Además de esto, una gran mayoría de las mujeres manifestó la fe que poseen en Dios, confiando en que este ser divino las ayudaría a superar este proceso, lo que también se reveló en estudios realizados en Brasil y España.^{7,9,10}

En cuanto a la percepción sobre la atención del personal de salud, se evidenció la existencia de prejuicios. Si bien en Chile actualmente coexisten dos sistemas de salud, un sistema privado constituido por clínicas y centro de atención financiados por empresas y privados; y el sistema público, integrado por consultorios y hospitales financiados por el estado, siendo este último sistema en el que más del 73,5% de la población chilena es atendida¹⁴ y donde se ve juzgada la atención en forma negativa, sin siquiera haber sido atendidos previamente. Es por esto último que se encontró con que las gestantes poseían un prejuicio erróneo de la atención otorgada por los profesionales, etiquetándola como deficiente y de mala calidad, esto debido a que al momento de la hospitalización tenían pensamientos nocivos sobre el trato impartido por los funcionarios, sin siquiera haber vivido una hospitalización previa. Sin embargo, se constató que las propias gestantes, en su gran mayoría, al vivir la hospitalización pudieron construir su propia opinión referente al cuidado y vigilancia que realizan los capacitados en salud, siendo este juicio muy diferente y contrario a lo que traían interiorizado antes de experimentar este proceso, donde en esta oportunidad catalogaron el trato recibido en forma positiva, lo cual reafirmó el sentimiento de confianza y seguridad.

CONCLUSIONES

A través de los resultados se pueden ver como afloran los sentimientos de fragilidad, culpa y angustia en las gestantes durante la hospitalización, no solo por el hecho de abandonar a su familia, sino también por los prejuicios percibidos hacia los hospitales públicos, referentes al déficit de la infraestructura y al trato

del personal sanitario. Esos sentimientos negativos a través de los días son racionalizados, por la seguridad y la cercanía percibida hacia los profesionales de salud. La percepción sobre las competencias más bien técnicas, influye en las decisiones de las gestantes a la hora de decidir si exigir el alta o quedarse hospitalizada hasta el término de la gestación. A pesar de recibir un trato respetuoso, ellas confían plenamente en las competencias profesionales. Para ellas es fundamental, recibir información diaria de la evolución de su patología, ser evaluadas y monitoreadas constantemente por todos los profesionales de salud (técnicos paramédicos, matronas y médicos ginecólogos) para cerciorarse de la calidad de los profesionales que las atienden. Necesitan validar primero al profesional que genera seguridad. Por ello se sugiere una mayor comprensión de las vivencias de las gestantes en este contexto, ya que aprender a entender el momento de vulnerabilidad que están experimentando ayuda a la construcción de estrategias para la entrega de una atención desde un enfoque biopsicosocial, y no sólo biomédico, dando así a la usuaria además una contención emocional. Adicionalmente proponemos la capacitación en salud mental a los profesionales de salud que atienden a estas gestantes día a día, para que así sean capaces de detectar y estar en forma oportuna casos vulnerables.

REFERENCIAS

1. Ku, E. Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012. *Revista Peruana de Epidemiología [Internet]*. 2014;18(1):1-7. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203131355009>
2. Costa, M da C., Bezerra Filho, JG., Andrade Bezerra, MG., Veríssimo de Oliveira, MI., Carvalho de Oliveira, RM., De Vasconcelos Silva, AR. Gestación de riesgo: percepción y sentimientos de las mujeres embarazadas con Amniorrexe Prematuro. *Revista electrónica cuatrimestral de enfermería EG*. 2010; 9(3):1-12. Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/110841/105191>
3. Leichtentritt, R., Blumenthal, N., Elyassi, A., Rotmentsch, S. High-Risk Pregnancy and Hospitalization: The Women's Voices. *Health & Social Work*. 2002; 30 (1):39-47. Recuperado de: <https://academic.oup.com/hsw/article-abstract/30/1/39/691661?redirectedFrom=PDF>
4. Donoso Bernaldes, B., Oyarzún Ebensperger, E. Embarazo de Alto Riesgo. *Revista Biomédica*. 2012; 12(5): e5429. Recuperado de: <http://www.medwave.cl/medios/medwave/junio2012/PDF2/10.5867medwave.2012.05.5429.pdf>
5. Donoso Bernaldes, B., Oyarzún Ebensperger, E. Embarazo de Alto Riesgo. *Revista Biomédica*. 2012; 12(5): e5429. Recuperado de: <http://www.medwave.cl/medios/medwave/junio2012/PDF2/10.5867medwave.2012.05.5429.pdf>
6. Laza Vásquez, C., Pulido Acuña, GP., Castiblanco Montañez, RA. La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo. *Revista electrónica trimestral de enfermería EG*. 2012; 11(4): 295-305. Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/145741/139021>
7. Pinho Carvalheira, A., Pamplona Tonete, V., Gracia de Lima Parada, C. Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbilidad materna grave. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010; 18(6):1187-1194. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600020>
8. Heatman, M., Gupton, A. Perceptions of Bed Rest by Women with High-Risk Pregnancies: A comparison between home and hospital. *Birth*. 2002; 25(4): 252-258. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1523-536X.1998.00252.x/epdf>
9. Domínguez Luna, A., Fernández Míguez, M., Domínguez Luna, S. La Agonía de la espera: en reposo hacia la maternidad. *Matronas Profesión*. 2012; 13 (2): 43-49. Recuperado de: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16392/173/la-agonia-de-la-espera-en-reposo-hacia-la-maternidad>
10. Laza Vásquez, C., Pulido Acuña, GP. Cuando la preeclampsia irrumpe inesperadamente en el embarazo: Dolor, miedo y fe en Dios. *Revista Index de Enfermería*. 2012;21(4)234-238. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300012>
11. Lafaurie, M., Castañeda, K., Castro, D., Laverde S., Balaguera, L., López, C., et al. Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2011; 6(6): 15-28. Recuperado de: <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1430/1036>
12. Chavéz Courtois, M., Sánchez Miranda, G., Figueroa Damián, R., Experiencia hospitalaria: mujeres embarazadas con influenza A (H1N1). *Desacatos*. 2011. (36): 195-198. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n36/n36a13.pdf>
13. Torres Gutiérrez, M. Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2004; 33(3):285-297. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80633303>
14. Romero Strooy, L. Modelos y Mecanismos de Financiamiento en Sistemas de Salud. Superintendencia de Salud. 2011. Recuperado de: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/Presenciones/Chile.pdf>

Conocimiento de cuidados paliativos pediátricos del personal de salud de un hospital de tercer nivel

Knowledge of pediatric palliative care of health personnel at a third level hospital

Felipe Rolando Mota y Hernández¹, Miguel Ángel Paredes-Téllez², Rodolfo Rivas-Ruíz³, Dina Villanueva-García⁴

1 Grupo de Cuidados Paliativos Hospital Infantil de México Federico Gómez. + 2 Hospital Infantil de México Federico Gómez. 3 Centro de Adiestramiento e Investigación Clínica. Coordinación de Investigación en Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. 4 Departamento de Neonatología, Grupo de Cuidados Paliativos del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

RESUMEN

Introducción: Evaluar los conocimientos del personal de salud sobre Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP). **Material y métodos:** Estudio transversal y analítico: Encuesta. Se aplicaron cuestionarios estructurados y anónimos sobre conocimientos y necesidades de CPP a personal de salud de un hospital pediátrico de tercer nivel. La calificación máxima fue de 100 puntos. **Resultados:** Se entrevistó a 200 profesionales. La mediana de CPP fue de 66 (rango inter-cuartil 25, 75 (RIQ) 54.2, 83.3) Los médicos adscritos tuvieron mayores conocimientos que el resto del personal. Las enfermeras y trabajadoras sociales (TS) tuvieron las calificaciones más bajas ($p < 0.001$). La principal necesidad para los CPP fue la capacitación. **Conclusión:** El conocimiento de los CPP es moderado siendo mayor en los médicos y menor en las enfermeras y TS. Se destaca la necesidad de la implementación de programas de capacitación sobre CPP para niños con diagnóstico de enfermedad no curable.

Palabras clave: Cuidados paliativos, Personal de salud, Hospital pediátrico.

ABSTRACT

Introduction: To assess the knowledge among healthcare personnel on Pediatric Palliative Care (PPC). **Material and methods:** Observational and an analytical Cross sectional study was made. Structured and anonymous questionnaires were applied of knowledge and needs of PPC to health personnel interviews of a third level pediatrics hospital. The maximum score was 100 points. **Results:** Two hundred professionals were interviewed. The median CPP was 66 (25, 75 interquartile range (IQR) 54.2, 83.3), attending physician had more knowledge than the rest of the staff. The nurses and social workers (SW) had the lowest. ($P < 0.001$). The main need for the CPP was training. **Conclusion:** The knowledge of the CPP is moderate, being higher in attending physician and less in nurses and SW. The most outstanding feature was the need of implementation training programs in CPP in children with a diagnosis of non-curable disease.

Key words: Palliative care, Healthcare personnel, Pediatric hospital.

INTRODUCCIÓN

Se calcula que todos los años más de 20 millones de pacientes necesitan cuidados paliativos (CP) al final de la vida, de los cuales cerca de un 6% son niños. Si se incluye a todas las personas que podrían recibir cuidados paliativos en una fase anterior de su enfermedad, la cifra correspondiente ascendería al menos a 40 millones. Los CP terminales a menudo abarcan algún tipo de apoyo a los familiares del paciente, lo que significa que las necesidades de atención se multiplicarían por más de dos. De ellos el 78% viven en países de ingreso bajo y mediano. En el caso de los niños, el 98% de los que necesitan tales cuidados viven en países de ingreso bajo y mediano; casi la mitad de ellos, en África.

En 2011, aproximadamente tres millones de pacientes, la mayoría de ellos terminales, recibieron cuidados paliativos. Aunque gran parte de ese tipo de asistencia se presta en los países de ingresos altos, casi el 80% de las necesidades mundiales de asistencia paliativa corresponde a países de ingresos bajos y medianos. Solo 20 países del mundo han integrado adecuadamente

* **Correspondencia:** DVG, dinavg21@yahoo.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Mota y Hernández FR, Paredes-Téllez MA, Rivas-Ruíz R, Villanueva-García D. Conocimiento de cuidados paliativos pediátricos del personal de salud de un hospital de tercer nivel. Rev CONAMED 2017; 22(4): 179-184.

[*Knowledge of pediatric palliative care of health personnel at a third level hospital*]

los cuidados paliativos en los sistemas de atención sanitaria.¹

Los CP, incluidos los pediátricos, prestan especial atención a la calidad de vida, ya que estos pueden llevar a mejores resultados para el paciente y los cuidadores. Por lo tanto, de acuerdo con las recomendaciones del Instituto de Medicina y la Asociación de Cuidado Paliativo Infantil, los cuidados paliativos deben iniciarse en el curso de una enfermedad que limita la vida.^{2,3} La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los CP como un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan al problema asociado con enfermedades potencialmente mortales, a través de la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la evaluación y tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosocial y espiritual.⁴ Refiere la OMS en su definición de los cuidados paliativos para los niños, que representan un campo especial, aunque está estrechamente relacionado con los cuidados paliativos para adultos. La definición de la OMS de cuidados paliativos apropiados para los niños y sus familias es la siguiente⁴: El cuidado paliativo para los niños o cuidados paliativos pediátricos (CPP) es el cuidado total activo del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, y también implica dar apoyo a la familia; se inicia cuando se diagnostica la enfermedad, y continúa independientemente de si el niño (a) recibe o no un tratamiento dirigido a la enfermedad; los proveedores de salud deben evaluar y aliviar el sufrimiento físico, psicológico y social del niño; la atención paliativa eficaz requiere un amplio enfoque interdisciplinario que incluya a la familia y haga uso de los recursos comunitarios disponibles; se puede implementar con éxito incluso si los recursos son limitados. Puede proporcionarse en centros de atención terciaria, centros de salud comunitarios e incluso en hogares de niños.

Teniendo en cuenta que la falta de conocimientos sobre cuidados paliativos perpetúa el sufrimiento evitable provocado por síntomas que se pueden tratar, y subrayando la necesidad de que todos los prestadores de atención hospitalaria y comunitaria y otros cuidadores, así como los trabajadores de organizaciones no gubernamentales y los familiares de los pacientes, reciban una formación constante y adecuada. Los cuidados paliativos, cuando están indicados, son fundamentales para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, aumentar su alivio y reforzar su dignidad humana, puesto que son un servicio de salud efectivo centrado en las personas, que tiene en cuenta la necesidad de los pacientes de recibir información adecuada sobre su estado de salud, adaptada específicamente a ellos y a su cultura, y el papel primordial de esos pacientes en la adopción de decisiones sobre el tratamiento recibido. Es responsabilidad ética de los sistemas de salud proporcionar cuidados paliativos y que los profesionales sanitarios tienen la obligación ética de aliviar el dolor y el sufrimiento, ya sea de orden físico, psicosocial o espiritual, independientemente de que la enfermedad o afección se pueda o no curar, y que los cuidados terminales son uno de los componentes esenciales de los cuidados paliativos.⁵

En México, como en el mundo, el avance incesante del progreso de la medicina ha logrado prolongar el tiempo de vida de los pacientes con enfermedades antes incurables o mortales a corto plazo; al lograrse un incremento promedio de los años de vida en la población, se incrementaron también las morbilidades asociadas, situación que ha exhortado al nacimiento de nuevas áreas en la medicina en los últimos dos siglos, tal es el caso

de la medicina paliativa y los cuidados paliativos.⁶

Cada profesional, familiar, cuidador y voluntario que tiene que enfrentarse al final de la vida de otra persona debe recibir la formación adecuada para realizar su labor. Por esta razón es necesario desarrollar programas formativos para cada grupo.⁷

El principal objetivo de este estudio fue identificar los conocimientos y necesidades que tiene el personal de salud de un hospital de tercer nivel de atención sobre cuidados paliativos pediátricos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: transversal, observacional y analítico. Se aplicó un cuestionario estructurado sobre conocimientos y necesidades sobre CPP. Se incluyó a personal de salud (PS) del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG), participaron médicos adscritos, residentes de la especialidad de pediatría y alta especialización, enfermeras y trabajadoras sociales de todas las áreas hospitalarias. A cada uno del PS, se les invitó a resolver el cuestionario, de forma voluntaria. Todos los datos se recolectaron de manera anónima. El cuestionario fue dividido en conocimientos y necesidades para la aplicación de CPP (Anexo 1). Con el fin de ponderar los conocimientos de los CPP se calificó de 0 a 100 puntos, siendo el 0 la menor calificación y 100 la calificación máxima.

Cálculo de tamaño de muestra: Se usó la fórmula para una proporción, esperando que el personal de salud del HIMFG tuviera un conocimiento mínimo de CPP de un 60%.⁸⁻¹⁰ Para encontrar esta proporción con error tipo I o alfa del 5% y un beta del 80%, se requerían de 160 encuestas como mínimo.

Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva e inferencial. Las variables actividad del entrevistado, servicio en el que labora y si había aplicado o no cuidados paliativos, se resumieron como frecuencias simples y porcentaje (%). Para la variable conocimiento de CPP, inicialmente se analizó el tipo de distribución de la muestra usando la pruebas de Kolmogorov-Smirnov, asumiendo como con distribución normal un valor de $p > 0.05$. Debido a que la muestra recolectada tuvo comportamiento de libre distribución, la calificación de conocimientos de CPP se resumió como mediana y sus medidas de dispersión fueron los rangos intercuartiles 25-75 (RIQ). Con el fin de comparar los resultados entre el PS se usó la prueba de rangos de Wilcoxon entre todos los grupos y la prueba de U de Mann-Whitney para la comparación entre cada uno de los grupos del PS. Salvo que se indique lo contrario, en todos los casos se asumió como significativo un valor de $p < 0.05$. Se usó el software estadístico SPSS v.22.

RESULTADOS

Se encuestaron a 200 voluntarios del PS del HIMFG, de los cuales el 6% fueron Médicos adscritos, 51.5% residentes, 35% enfermeras, y 7.5% de trabajo social. El personal laboraba en su mayoría en las áreas de Pediatría (37%), Oncología (20%) y medicina interna (18.5%). La mitad de la población (56.5%) mencionó que había tenido la oportunidad de aplicar cuidados paliativos y el 99% aplicaría los CPP a sus pacientes que lo ameriten y el 81% mencionó que conocen el concepto de voluntad anticipada.

Con respecto a la pregunta sobre los aspectos que comprenden

los cuidados paliativos, la mayoría (81%) contestó adecuadamente que se trata de un constructo que incluía: El tratamiento del dolor, apoyo psicológico, social, espiritual, disminución del sufrimiento y mejorar la calidad de vida.

En la pregunta de ¿Cuándo se deben iniciar cuidados paliativos en un paciente? Solo 91 (45.5%) contestó apropiadamente que se deben de iniciar cuando se diagnostique una enfermedad no curable.

Cuando se interrogó sobre las patologías, en cual aplicaría cuidados paliativos el 76.5% contestó que en todas las enfermedades crónicas como: Parálisis cerebral infantil, VIH-SIDA, Cáncer o Hepatopatía crónica.

El 77% (154) del personal de la salud consideró que la sedación paliativa no se consideraba un tipo de eutanasia. Aun que solo un 69% mencionó que los cuidados paliativos se deben aplicar de forma ideal en el hogar.

Mientras que 75.5% de la población estudiada consideró que los principales objetivos de los cuidados paliativos son: Disminuir el sufrimiento, mejorar la comunicación efectiva, mejorar la calidad de vida y que es un trabajo interdisciplinario.

Cuando se preguntó directamente que, en pediatría ¿quién decide la voluntad anticipada? Solo el 59% contestó acertadamente que era una decisión ente el niño y los padres o tutores.

Al estandarizar del 0 al 100 las respuestas del personal de salud, se encontró que el personal tenía una mediana de 66 puntos (rango intercuartil 25-75 RIQ 54 a 83.3)

Al comparar a todos los grupos entre ellos se encontró que los médicos tuvieron mayores conocimientos sobre cuidados paliativos al compararlos con el resto del personal $p < 0.001$ (U de Mann-Whiney). Los médicos tuvieron una mediana de 83.3 (RIQ 66.6, 83.3) y las enfermeras 64.31 (RIQ 50, 66.6) (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación de los conocimientos de cuidados paliativos

	Mediana	Rangos intercuartiles		Valor de p de las comparaciones		
		25	75			
Todo el personal	66.7	54.2	83.3	Adscrito vs Residente		
Adscrito	100	83.3	100	Ref* vs Enfermería		
Residente	83.3	66.7	83.3	0.001 Ref* vs		
Enfermería	66.7	50	83.3	<0.001 0.005 Ref*		
Trabajo social	66.7	50	66.7	<0.001 0.008 0.31		

Ref= grupo de referencia contra lo que se compara.

*U de Mann-Whitney

Calificación Máxima 100, Mínima 0

En el Gráfico 1 podemos ver que los médicos tuvieron mayor conocimiento que el resto de los grupos de trabajadores de la salud.

Al analizar por separado a los residentes se encontró un incremento del conocimiento sobre CP conforme se incrementan los años de residencia. Todos los residentes tuvieron calificaciones por arriba de la mediana general (Gráfico 2).

Al preguntar sobre las necesidades para aplicar los cuidados paliativos, no se encontraron diferencias entre los grupos ($p = 0.670$) Ambos grupos de atención médica refirieron requerir mayor capacitación sobre los CP (Tabla 2). Encontramos el mismo efecto en las necesidades de infraestructura donde no

hubieron diferencias entre los grupos ($p = 0.700$). La mayor necesidad requerida fue la necesidad de un área específica para llevar a cabo los CP (71%).

Cuando se preguntó sobre la necesidad de recurrir al equipo de cuidados paliativos pediátricos, los médicos recurrieron al servicio en un 60.9% comparado con un 42.4% de las enfermeras ($\chi^2 p < 0.001$).

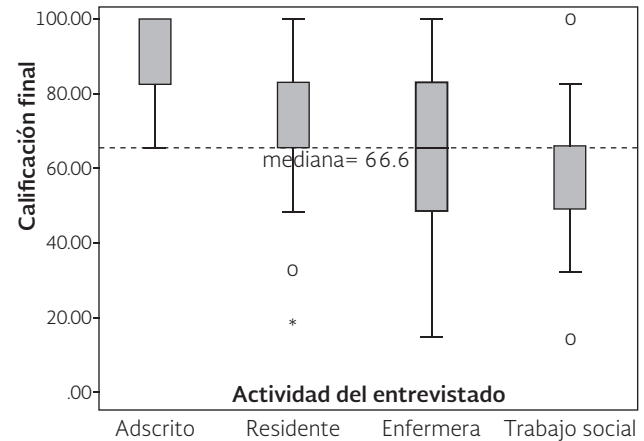


Gráfico 1. Comparación de la calificación final del conocimiento sobre cuidados paliativo en el personal de salud.

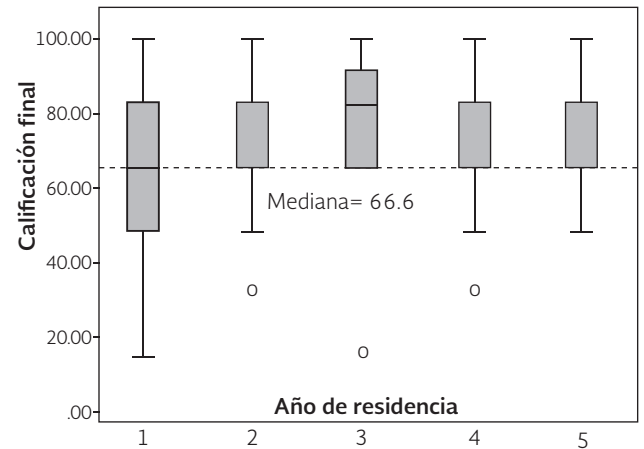


Gráfico 2. Comparación de la calificación final del conocimiento sobre cuidados paliativos entre los residentes de especialidad pediatría/subespecialidad pediátrica.

Tabla 2. Necesidades para aplicar cuidados paliativos.

Necesidades para Aplicar Cuidados Paliativos	Ocupación	
	Médicos n=115	Enfermería y Trabajo Social n=85
	n(%)	
Capacitación	47 (40.9)	35 (41.2)
Información	15 (13)	13 (15.3)
Recursos Humanos	32 (27.8)	22 (25.9)
Infraestructura	9 (7.8)	10 (11.8)
Más de 1 necesidad	12 (10.4)	5 (5.9)

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue mostrar el estado de conocimientos sobre CPP de un hospital pediátrico de tercer nivel de atención. En el HIMFG por ser un Instituto de referencia en donde frecuentemente ingresan pacientes gravemente enfermos o con enfermedades no curables, existe mayor posibilidad de que sean susceptibles de requerir CPP. Por este motivo consideramos que fue un buen escenario para realizar este estudio.

El hallazgo principal del estudio es que los médicos adscritos tienen un conocimiento alto (mediana del 100) sobre CPP, lo cual puede deberse a los programas educativos que se llevan a cabo en el HIMFG. Un dato que sustenta el éxito de los programas sobre CPP, es el hecho de que se ve un incremento del conocimiento entre los residentes, donde los médicos residentes de primer año son los que tienen el menor conocimiento. Otra opción es que, al ser un Hospital de tercer nivel, estemos delante de un sesgo de referencia, donde los médicos buscan esta información. Contrastan con el conocimiento que manifiesta el equipo de enfermería y trabajo social, mostrando un área de oportunidad para seguir trabajando en ello.

En general, notamos que los conocimientos de los CPP son limitados, esto va de acorde con lo publicado en 2014, en la resolución WHA67.191 de la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud, la cual fue la primera sobre los cuidados paliativos. En esta asamblea se reconoció la limitada disponibilidad de servicios de cuidados paliativos en buena parte del mundo, así como el enorme sufrimiento de millones de pacientes y sus familias, que podría evitarse. Haciendo énfasis en la necesidad de crear o reforzar, según proceda, sistemas de salud que incluyan la asistencia paliativa como componente integral del tratamiento de las personas en la totalidad del proceso asistencial. De los 9 puntos que insta a los Estados Miembros a realizar, el 4 se relaciona a que traten de incluir los cuidados paliativos como componente integral dentro de los programas de educación continua y formación ofrecidos a los dispensadores de atención, dependiendo de sus respectivas funciones y responsabilidades, de conformidad con los principios siguientes:

a) la formación básica y la educación continua en materia de cuidados paliativos deberá integrarse sistemáticamente como elemento clave en todos los planes de estudios de las facultades de medicina y escuelas profesionales de enfermería y formará parte de la formación en el servicio impartida a quienes dispensan cuidados en el primer nivel de atención, incluidos los profesionales sanitarios, los cuidadores que atienden las necesidades espirituales de los pacientes y los trabajadores sociales;

b) deberá ofrecerse formación intermedia a todos los trabajadores sanitarios que habitualmente trabajan con pacientes afectados por enfermedades potencialmente mortales, por ejemplo los profesionales de los servicios de oncología, control de enfermedades infecciosas, pediatría, geriatría y medicina interna;

c) habrá disponibles programas de formación especializada en cuidados paliativos para facilitar preparación a los profesionales que ulteriormente se encargarán de dispensar una atención integral a pacientes con necesidades que van más allá del tratamiento de síntomas corrientes.⁵

Uno de los aspectos más descuidados en la atención de las personas con enfermedades no curables son los cuidados paliativos, los que debería iniciarse en el momento del diagnóstico; Sin embargo, los cuidados paliativos generalmente no se enseñan

en pregrado. En nuestro estudio podemos palpar este fenómeno al mostrar las diferencias que existen entre los residentes de primer año, con los demás residentes.

Por otro lado al igual que en otros hospitales encontramos que enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos así como otros profesionales de la salud tienen conocimientos limitados acerca de CP; así mismo desconocen las necesidades reales que tienen los pacientes tributarios de CP y en la mayoría de las instituciones de salud de nuestro país se carece de infraestructura y capacitación hacia el personal para aplicar de forma adecuada los cuidados paliativos.

La base de la medicina paliativa está constituida por los CP dedicados al cuidado activo y total de aquellos pacientes con enfermedades que no responden a tratamiento curativo, y cuyo objetivo es el control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.⁴ La Medicina Paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los CP no retrasan ni adelantan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia.

Lo encontrado en este trabajo es que el equipo médico tiene niveles altos de conocimiento sobre CPP. Sin embargo, el resto del equipo de salud aún tienen altas necesidades, esto es similar a lo reportado en la literatura donde el conocimiento en cuidados paliativos del personal de salud es bajo, lo que hace necesario tomar medidas para capacitar e informar al personal sobre la importancia de iniciar de inmediato cuidados paliativos al diagnóstico de enfermedad no curable ya que en esta institución se reportó en 2014 que aproximadamente el 60% a 80% de los pacientes atendidos eran meritorio de cuidados paliativos.¹

CONCLUSIONES

El conocimiento de los CPP entre los médicos del HIMFG es alto, no así en el resto del equipo de salud. Por lo que continua la necesidad del personal de salud de este Instituto de Salud en cuidados paliativos es capacitación, información, así como un área específica dentro de la institución a la cual dirigirse o enviar a los pacientes tributarios de cuidados paliativos, para tratar de lograr una mejor calidad de vida física, mental, social y espiritual para el paciente y su familia.

REFERENCIAS

1. Primer atlas mundial de las necesidades de cuidados paliativos no atendidos. Comunicado de prensa. 28 DE ENERO DE 2014 | GINEBRA/LONDRES. [acceso 2017-Oct-10]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/es/>
2. Bergstraesser E (2012) Pediatric palliative care—when quality of life becomes the main focus of treatment. *Eur J Pediatr.* Eur J Pediatr. 2013;172(2):139-50.
3. Bergstraesser E, Susanne Inglin S, Abbruzzese R, Marfurt-Russenberger, Martin Hošek M, Hornung R. The needs of professionals in the palliative care of children and adolescents. *Eur J Pediatr* 2013;172(1):111-118.
4. WHO Definition of Palliative Care. [acceso 2017-Oct-10], Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
5. 67.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA 67.19. Punto 15.5 del orden del día. 24 de mayo de 2014. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento. Integral a lo largo de la vida". [acceso 2017-Oct-10] Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-sp.pdf?ua=1

del orden del día. 24 de mayo de 2014. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento. Integral a lo largo de la vida". [acceso 2017-Oct-10] Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-sp.pdf?ua=1

6. Sosa Sánchez, K; Ramírez Mora, J; Alarcón Almanza, J; Fuentes García, V. Cuidados Paliativos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez: una realidad. Revista Mexicana de Anestesiología. 2014;37 (3):171-176.

7. García-Baquero Merino MT, Gil Higes E, Fernández Gómez MC, Sanz Peces EM, Dones Sánchez M, Domínguez Cruz A, Azuara Rodríguez L, Pita Carranza AJ. Programa centralizado de formación en Cuidados Paliativos. Coordinación Regional de la Comunidad de Madrid 2010-2015. Educación Médica. 2017;18(2):103-113

8. Florez, SP; Tovar, MB; Leon, MJ; Villegas, K; Villamizar, DP; Granados, CE. Caracterización del conocimiento en cuidado paliativo pediátrico y percepción de barreras por parte de los pediatras y residentes de pediatría. Med Paliat. 2015;22(4):127-135.

9. Hernández LM; Sánchez I. Conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes hospitalizados de medicina interna. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016;24(2):87-90.

10. Medina Zarco, L; De la Cruz Casas, A., Sánchez Santaella, M., González Pedraza Avilés, A. Nivel de conocimiento del personal de salud sobre cuidados paliativos pediátricos. Rev Esp Med Qirur 2012;17(2):109-114.

Anexo 1.
ENCUESTA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Cuestionario para identificación de conocimientos y necesidades del personal de salud sobre cuidados paliativos pediátricos del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Es usted: Médico Adscrito ____ Médico Residente ____ Grado ____ Enfermera ____ Trabajador Social ____
Servicio o Especialidad en el que está adscrito: _____

1.- ¿Para usted que ASPECTOS COMPRENDEN los cuidados paliativos?

- a) El tratamiento del dolor
- b) El apoyo psicológico
- c) El apoyo espiritual
- d) Disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida
- e) Todas las anteriores

2.- ¿Cuándo se deben iniciar cuidados paliativos en un paciente?

- a) Cuando se diagnostique una enfermedad no curable
- b) Cuando se diagnostique fase terminal
- c) Cuando el paciente está a unas horas de morir
- d) Cuando el familiar lo solicite
- e) Cuando el tratamiento curativo no sea eficaz

3.- De las siguientes patologías, en cual aplicaría cuidados paliativos:

- a) Parálisis cerebral infantil
- b) VIH-SIDA
- c) Cáncer
- d) Hepatopatía crónica
- e) Todas las anteriores

4.- ¿Usted ha tenido la oportunidad de aplicar cuidados paliativos?

- a) Si
- b) No

5.- ¿Usted aplicaría los cuidados paliativos pediátricos a sus pacientes que lo ameriten?

- a) Sí
- b) No

¿Por qué? _____

6.- Mencione tres medicamentos diferentes que se usan en el manejo del dolor en pacientes con enfermedad incurable: _____

7.- ¿La sedación paliativa se considera un tipo de eutanasia?:

- a) Sí
- b) No

¿Por qué? _____

8.- Los cuidados paliativos se deben aplicar de forma ideal en:

- a) Hospital de tercer nivel
- b) Primer nivel de atención
- c) Hogar
- d) Consulta externa
- e) Hospicio

9.- Se consideran los principales objetivos de los cuidados paliativos:

- a) Disminuir el sufrimiento
- b) Comunicación efectiva
- c) Mejorar la calidad de vida
- d) Trabajo interdisciplinario
- e) Todas las anteriores

10.- Conoce el concepto de voluntad anticipada

- a) Sí
- b) No

11.- En pediatría quien decide la voluntad anticipada:

- a) El niño
- b) El equipo médico
- c) Los padres o tutores
- d) Solo a y c son correctas

12.- ¿Qué es lo que usted necesita para aplicar los cuidados paliativos pediátricos en este Instituto?

- a) Capacitación
- b) Información
- c) Recursos Humanos capacitados
- d) Infraestructura y recursos materiales

13.- ¿Qué necesita usted en cuanto a infraestructura de su institución para aplicar cuidados paliativos pediátricos?

- a) Área específica
- b) Tecnología (bombas de infusión, ventiladores, aspiradores, etc.)
- c) Oratorio y apoyo espiritual personalizado
- d) Call center para pacientes ambulatorios
- e) Otros, especifique _____

14.- ¿Qué piensa usted en general sobre los cuidados paliativos pediátricos?

- Son muy buenos
- Buenos
- Parcialmente buenos
- Malos
- Muy malos
- No estoy informado

15.- ¿Qué tan importantes son los cuidados paliativos en su especialidad o área de trabajo?

- Muy importante
- Importante
- Medianamente importante
- Poco importante
- Sin importancia

16.- Existe un equipo de cuidados paliativos en este hospital:

- a) Sí
- b) No

17.- Conoce cuáles son sus formas y objetivos de trabajo:

- a) Sí
- b) No

18.- Ha tenido la necesidad de recurrir al equipo de cuidados paliativos pediátricos:

- a) Sí
- b) No

19.- ¿Cuál ha sido su experiencia con el equipo de cuidados paliativos pediátricos?

- Es muy buena
- Buena
- Parcialmente buena
- Mala
- Muy mala
- Ninguna

20.- ¿Que proporción de niños atendidos en este instituto se beneficiarían con cuidados paliativos?

- a) 100%
- b) 80%
- c) 70%
- d) 60%
- e) Menos

Duración del proceso arbitral en la queja médica

Duration of the arbitration process in the medical complaint

Sonia B. Fernández-Cantón¹, Miguel Ángel Lezana-Fernández¹

1 Comisión Nacional de Arbitraje Médico

RESUMEN

Introducción: El proceso de la queja médica y la solución del conflicto es laborioso y cuando se hablan de laudos, considerados como la queja más compleja que se presenta en el proceso de arbitraje médico. Los objetivos del estudio fueron describir la duración del proceso arbitral de las quejas médicas que terminaron en laudos e identificar factores que pudieran modificar la duración. **Material y Métodos:** Se revisaron 362 casos durante los años 2012-2016; se analizaron cinco fechas esenciales durante el proceso de la queja médica y la solución del conflicto: la de ocurrencia del incidente que dio origen a la queja, la fecha de la presentación de la queja, así como la fecha de inicio y conclusión del proceso arbitral tanto en su fase de conciliación como de arbitraje. **Resultados:** La duración promedio entre la fecha de ocurrencia del incidente y la presentación, fue 274 días. La duración del proceso conciliatorio fue de 171 días. Para aquellas quejas cuya atención se resuelven a través del arbitraje médico, el tiempo promedio fue de 286 días. Considerando el tiempo transcurrido desde la ocurrencia del incidente que originó la queja hasta la conclusión del laudo, la duración fue de 754 días. **Conclusiones:** La duración del proceso arbitral de las quejas médicas es muy variado, teniendo un máximo de hasta 2 años y los factores relacionados que pudieron modificar la duración fueron la edad y padecimiento del usuario, así como el sector de atención, especialidad médica y pretensión.

Palabras Clave: Queja médica, proceso arbitral, duración

ABSTRACT

Introduction: The process of the medical complaint and the solution of the conflict is laborious and when they talk about awards, considered as the most complex complaint that is presented in the medical arbitration process. The objectives of the study were to describe the duration of the arbitration process of medical complaints that ended in awards and identify factors that could modify the duration. **Material and Methods:** We reviewed 362 cases during the years 2012-2016; five essential dates were analyzed during the process of the medical complaint and the resolution of the conflict: the occurrence of the incident that gave rise to the complaint, the date of the presentation of the complaint, as well as the date of beginning and conclusion of the arbitration process both in its conciliation and arbitration phase. **Results:** The average duration between the date of occurrence of the incident and the presentation, was 274 days. The duration of the conciliatory process was 171 days. For those complaints whose attention is resolved through medical arbitration, the average time was 286 days. Considering the time elapsed from the occurrence of the incident that originated the complaint until the conclusion of the award, the duration was 754 days. **Conclusions:** The duration of the arbitration process of medical complaints is very varied, having a maximum of up to 2 years and the related factors that could modify the duration were the age and condition of the user, as well as the care sector, medical speculation and pretension.

Key Words: Medical Complaint, arbitration process, duration.

INTRODUCCIÓN

Mucho se ha escrito respecto a las ventajas que representan los mecanismos alternos de solución de controversias al conflicto médico que ofrece la CONAMED, los cuales constituyen formas de acceso a una justicia más efectiva, expedita y de menor costo para la población que ha vivido un conflicto médico, que desde su percepción, es violatorio a su derecho a la salud, y que busca una acción de justicia al margen del proceso judicial.^{1,2}

En particular el conocimiento sobre la duración del proceso arbitral es de gran importancia tanto para el usuario de los servicios de salud como para las autoridades responsables que dan seguimiento a dicho proceso. Si bien al paciente que ha sufrido algún evento adverso y que viene a presentar su inconformidad en la CONAMED se le informa que los tiempos que requiere

* **Correspondencia:** SBFC, sfernandez@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Fernández-Cantón SB, Lezana-Fernández MA.

Duración del proceso arbitral en la queja médica.

Rev CONAMED 2017; 22(4): 185-190.

[*Duration of the arbitration process in the medical complaint*]

la emisión de un laudo son más cortos que los seguidos mediante la vía judicial, es un hecho de que la noción de “tiempo” es relativa, por lo cual es necesario conocer, a manera de referencia, algún tipo de parámetro objetivo y concreto.³ Para los pacientes, esto es importante a fin de que estén preparados y no guarden expectativas erróneas sobre la magnitud del “tiempo más corto”; para las autoridades y actores del proceso, con el propósito de que tengan presente para fines de planeación y organización de los recursos humanos especializados en materia médico-legal, el comportamiento y duración del proceso según diferentes factores desde el punto de vista integral y de consolidados de tipo estadístico.⁴

Es en este sentido que el trabajo que ahora nos ocupa tiene como propósito cuantificar el tiempo transcurrido desde el momento que ocurre el incidente, origen del conflicto que originó la inconformidad hasta que el paciente acude a presentar la queja, así como la duración del proceso arbitral en sí mismo considerando desde el inicio de la conciliación a partir de la apertura del expediente hasta la emisión del laudo. Estas duraciones se analizan, para fines de éste artículo, según algunas variables básicas tanto del usuario como de los Servicios de Salud.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio es de tipo observacional, transversal y descriptivo, durante los años 2012-2016, cuyo análisis parte de la base de datos conformada por los 357 laudos concluidos (362 casos). En cinco de los laudos se presentan en realidad una doble demanda, proveniente de la especialidad de ginecoobstetricia, tratándose en todos los casos del binomio madre-recién nacido. Se tomó la decisión de hacerlo de este modo debido a que las características de los afectados son totalmente diferentes.

Se analizaron las variables de los usuarios (edad, sexo, entidad federativa, padecimiento que provocó la queja, pretensión que busca el usuario y en caso de ser una pretensión económica, el monto monetario), las características de los Servicios de Salud (sector público o privado, especialidad médica involucrada).

Las variables de tipo cuantificable fueron codificadas en un formato específico para su posterior captura y análisis, definido en el contexto del proyecto ARIEL (Automatización de registros de información estadística sobre laudos).⁵

La medición de la duración del proceso arbitral se calculó en función del total de días, es decir en días calendario y no con base en días laborables. Para fines del presente análisis se distinguen tres etapas en la resolución de un conflicto médico legal promovido a través de los mecanismos alternos de solución de conflictos. La primera se refiere al tiempo transcurrido desde la ocurrencia del incidente que dio origen a la inconformidad hasta el momento en que formalmente se presenta la queja correspondiente. Esta duración depende totalmente de la decisión del usuario. La segunda etapa hace referencia a la duración del proceso arbitral en su conjunto, distinguiendo las fases de la conciliación y el arbitraje. El tiempo transcurrido depende de los procesos internos de la CONAMED y de la velocidad de respuesta de las partes involucradas en la entrega de pruebas y documentos requeridos. Como tercera etapa se considera el tiempo transcurrido en los dos procesos previos, que analizados en forma integral aporta información valiosa sobre el tiempo requerido para dar solución a un problema que afecta particularmente al usuario que decide acercarse a requerir los servicios de la CONAMED.

RESULTADOS

Los principales resultados se presentan en dos niveles: la medición de duraciones de carácter general, y la medición de duraciones según ciertas características.

La duración total del proceso lo tenemos a partir de la distribución del número de laudos concluidos entre 2012 y 2016 clasificados según el intervalo en días transcurridos desde el inicio de la conciliación hasta la emisión del laudo, que representa el fin del proceso arbitral (Figura 1).

Debe señalarse que para fines de la segunda fase se considera la duración del proceso desde el inicio de la conciliación, es decir desde el momento en que se apertura formalmente el expediente de la queja médica; el final de dicho proceso lo constituye la emisión del laudo. En ese sentido observamos que los días promedio transcurridos, para los 362 casos involucrados en el periodo analizado, es de una duración promedio de 480 días, con una mediana de 428 lo que indica que 181 casos del total se resolvieron antes de los 14 meses. (Tabla 1).

El 13.8% de los laudos (50 casos) se ubican en el extremo superior, con las duraciones más largas, con más de 700 días en

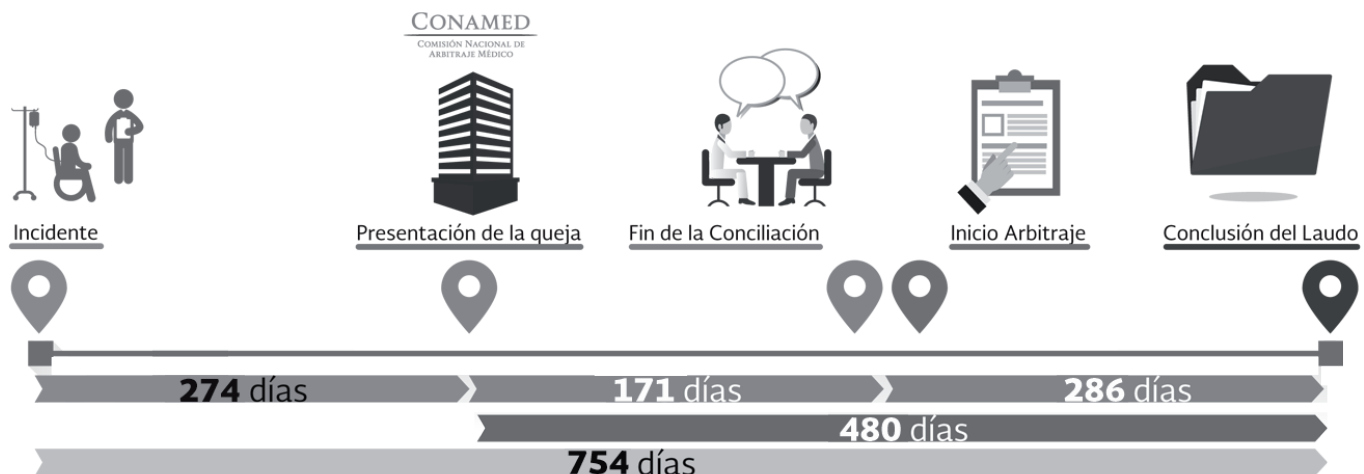


Figura 1. Duración del Proceso Arbitral según diferentes fases, 2012 - 2016

promedio (prácticamente 2 años) de espera para conocer la resolución y que por el contrario, para el 23.7% (86 laudos) la duración sea menor a 300 días.

El proceso de conciliación, que se considera desde que transcurre el levantamiento de la queja y la firma del convenio de conciliación; o bien la conclusión de ésta en forma no conclu-

yente, se observó un promedio de 171 días. En forma complementaria, la siguiente fase, relativa al proceso arbitral es de 286 días, incluyendo desde el momento que inicia (en acuerdo con los usuarios que aceptan continuar con esa fase) hasta que se emite la conclusión del laudo. (Tabla 1)

Tabla 1. Duración total del proceso*, desde el incidente que dio origen a la queja hasta la conclusión del laudo. 2012-2016.

Grupos de días	PRIMERA FASE			SEGUNDA FASE			PROCESO GLOBAL		
	Días transcurridos entre el incidente que originó la queja y la presentación o inicio de ésta			Días transcurridos desde el inicio de la conciliación hasta la emisión del laudo			Duración total del proceso, desde el incidente que dio origen a la queja hasta la conclusión del laudo		
	Casos	Días totales	Mediana	Casos	Días totales	Mediana	Casos	Días totales	Mediana
< 100 días	114	5,845	51	3	235	78	0	0	
100 a 199	78	11,468	146	24	3,951	168	3	508	185
200 a 299	55	13,362	235	59	14,793	250	26	6,669	252
300 a 399	33	11,246	334	67	23,535	352	30	10,616	359
400 a 499	27	11,926	445	79	34,860	441	41	18,552	459
500 a 599	8	4,253	527	39	21,800	561	45	24,442	538
600 a 699	18	11,721	661	41	26,427	647	45	29,011	644
700 a 799	12	8,648	715	19	14,019	736	31	23,266	751
800 a 899	4	3,407	843	9	7,622	854	37	31,394	845
900 a 999	4	3,819	953	2	1,866	933	25	23,569	946
1000 a 1199	4	4,456	1,113	10	11,356	1,150	33	35,587	1,079
1200 a 1299	1	1,210	1,210	6	7,364	1,222	12	15,078	1,252
1300 a 1399	0	0	0	0	0		11	14,870	1,357
1400 a 1499	0	0	0	3	4,213	1,403	7	10,115	1,446
1500 y +	4	7,839	1,938	1	1,704	1,704	16	29,255	1,662
Total	362	99,200	189	362	173745	428	362	272932	669
	Duración promedio: 274			Duración promedio: 480			Duración promedio: 754		

Tabla 2. Duración del proceso* desde presentación de la queja hasta emisión del laudo según sexo y grupos de edad del usuario, 2012 - 2016.

Grupos de días	Sexo del usuario		Grupos de edad del usuario						Total
	Hombre	Mujer	< 15	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 64	65 ó +	
< 100 días	2	1	0	0	0	1	2	0	3
100 a 199	10	14	1	3	2	9	7	2	24
200 a 299	21	38	6	8	6	11	20	8	59
300 a 399	29	38	4	5	9	17	21	11	67
400 a 499	34	45	10	5	10	11	30	13	79
500 a 599	19	20	6	2	0	7	17	7	39
600 a 699	19	22	1	4	4	5	22	5	41
700 a 799	7	12	2	2	0	2	9	4	19
800 a 899	7	2	2	0	1	3	3	0	9
900 a 999		2	0	2	0	0	0	0	2
1000 a 1199	1	9	2	0	1	2	1	4	10
1200 a 1299	3	3	2	0	0	0	2	2	6
1300 a 1399			0	0	0	0	0	0	0
1400 a 1499		3	1	0	0	0	1	1	3
1500 y +		1	0	0	0	1	0	0	1
Total	152	210	37	31	33	69	135	57	362
Duración promedio	467	489	559	436	420	436	480	540	480
Mediana	434	420	444	397	393	382	452	476	428

Tabla 3. Duración del proceso desde presentación de la queja hasta final del laudo según servicio involucrado y sector de atención., 2012 - 2016.

Servicio involucrado	Nº. Casos	Duración en días	Promedio	Mediana
Ortopedia y Traumatología	55	27,794	505	455
Ginecología - Obstetricia	37	18,119	490	437
Urgencias Médicas	36	19,185	533	483
Cirugía General	36	17,865	496	400
Odontología	30	11,962	399	398
Oftalmología	21	7,622	363	296
Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética	19	7,279	383	343
Pediatría	12	6,465	539	428
Medicina General Familiar	10	6,598	660	638
Medicina Familiar	9	6,728	748	652
Neurocirugía	9	4,482	498	441
Otorrinolaringología	9	3,221	358	362
Urología	7	3,213	459	338
Medicina Interna	6	4,606	768	346
Cardiología	6	2,234	372	348
Gastroenterología	6	1,994	332	328
Cirugía Oftalmológica	5	2,780	556	330
Neurología	5	1,935	387	284
Cirugía Vascolar	5	1,695	339	339
Laboratorio Clínico	5	1,558	312	285
Medicina General	4	1,610	403	419
Dermatología	3	1,136	379	346
Neumología	3	1,126	375	356
Patología Clínica y Anatomía Patológica	2	1,492	746	746
Cirugía Pediátrica	2	1,485	743	743
Radiología e Imagenología	2	1,327	664	664
Nefrología	2	1,047	524	524
Reumatología	2	686	343	343
Psiquiatría	2	646	323	323
Otras	12	5,855	488	460
Sector de atención	Nº. De casos	Duración en días	Duración promedio (días totales)	Mediana (días totales)
Público	133	86,922	654	612
Privado	229	86,823	379	362
Nacional	362	173,745	480	428

Por otro lado, se analizó la duración promedio en días totales entre la fecha del incidente que originó la queja y la emisión del laudo, es de aproximadamente 754 días, los cuales se desagrega como la suma de 274 días más los 480 del proceso arbitral. No se cuenta con información suficiente para analizar el tiempo adicional que implica el alargamiento del proceso debido a la presentación de un amparo, en los casos en los que éste se presenta.

La revisión de la duración del proceso según el sexo del usuario durante este periodo nos muestra que existe una ligera diferencia en el tiempo en el que se desarrolla el proceso arbitral, según el sexo del usuario demandante, sea este un hombre o una mujer, con un excedente de 22 días adicionales en el caso del sexo femenino, es decir la duración promedio es de 467 días en hombres y 489 para mujeres. (Tabla 2).

En cuanto a la duración del proceso según grupos de edad, no se observa ningún patrón de comportamiento, salvo por el hecho de que las duraciones más largas corresponden a las edades

extremas (menores de 15 años y mayores de 65, con duraciones respectivas de 559 y 540 días en promedio). (Tabla 2).

Los diferenciales en el tiempo de resolución de las quejas señalan también variaciones según el sector de atención en el cual se haya originado la queja. Para 63.3% de los laudos referentes al sector privado se observa una mayor agilidad en los trámites que conllevan a la emisión del laudo (con 379 días vs los 480 del promedio nacional). En el sector público, con 36.7% de los laudos, la duración promedio es de 654 días. (Tabla 3).

La duración del proceso según especialidad médica identificamos que los valores extremos se ubican, por un lado en cuanto a las duraciones mayores, en especialidades tales como la Medicina Interna con 768 días promedio (solo 6 casos), Medicina Familiar (748 días y 9 casos), seguida de Patología clínica con 746 días (2 casos) y finalmente Cirugía pediátrica con (743 días promedio) también con 2 casos únicamente. Destacan también por mostrar promedios superiores al nacional

algunas especialidades o servicios, tales como Ginecología y Obstetricia con la mayor frecuencia de casos (37) una duración de (490 días), cirugía general con 496 días de duración; Neurocirugía, así como Ortopedia y Traumatología (con 498 y 505 días respectivamente). Es de observarse que de las 41 especialidades involucradas en el proceso 16 de ellas están con duraciones promedio superior a la nacional. (Tabla 3)

En el extremo opuesto, los procesos que se concluyen con mayor rapidez corresponden a las especialidades de Laboratorio Clínico (con una duración promedio de 312 días), siguiendo los casos de Psiquiatría (323 días promedio), Gastroenterología (332 días) y Cirugía Vasculat (339 días).

Con respecto a la duración del proceso arbitral según grupo de padecimiento que provocó la queja, encontramos con la duración más alta, aquellos casos que según la CIE-10 son incluidos en el capítulo de las malformaciones congénitas, las deformidades y anomalías cromosómicas, con una frecuencia de cuatro casos cuya duración de 764 días representa la más alta detectada; las Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (2 casos) presenta una duración de 692 días en promedio para la conclusión del proceso correspondiente, siguen en importancia la duración del proceso de los problemas vinculados con enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (14 casos), con un promedio de 669 días; Le sigue otro capítulo propio de la niñez, como es el de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (8 casos) y una duración promedio de 576 días;

Cabe señalar que la variable que mostró diferenciales mínimos en cuanto a la duración promedio del proceso fue el motivo de la queja. Como puede observarse en la tabla 4, son las causas relacionadas con las deficiencias administrativas las que

muestran la mayor duración (563 días en promedio) siendo también el rubro que presenta la frecuencia más baja; seguida de los problemas relacionados con la atención del parto y el puerperio (550 días). Por el contrario, la resolución de los laudos en los menores tiempos se da cuando el motivo principal de la queja obedece a problemas de comunicación médico-paciente (365 días). (Tabla 4)

En cuanto a duración del proceso de acuerdo a las pretensiones que busca el usuario, fue diferente, estando el mayor promedio (540 días) vinculado a la indemnización, seguido de los casos que requirieron reembolso y cuya duración fue de 105 días menor (es decir, un promedio de 436 días). La duración media de los dos casos que no tuvieron pretensión económica fue de 297 días. (Tabla 4).

Los 18 expedientes en los cuales se pretendía un monto menor a los diez mil pesos la duración promedio del proceso fue de 404 días, cuando el monto se encuentra entre 10 y 50 mil pesos, la duración sube a 421 días, si el monto se ubica entre 50 y cien mil pesos, el promedio se incrementa a 440 días, y si la pretensión se encuentra entre los 100 mil y 200 mil pesos, la duración promedio es de 420 días. Situación particular presentan aquellos laudos (14.4% del total) que no establecen un monto determinado, sino que solicitan que éste se determine conforme lo establece la ley; en dicho caso la duración promedio den esos casos se incrementa a 583 días, muy por arriba del promedio nacional.

DISCUSIÓN

Si bien en cierto que una de las ventajas indiscutibles que tiene la población inconforme con los servicios de salud al presentar su queja ante CONAMED la constituye una mayor oportunidad para conocer las conclusiones del laudo³, cuya naturaleza y alcances legales son comparables con una sentencia emitida por un órgano jurisdiccional, la población usuaria agraviada por el sistema de salud puede no tener la misma percepción del tiempo al no contar con un parámetro de comparación o un tiempo estándar de referencia respecto al número de meses o días que implicaría llevar un juicio ante un juzgado civil.²

En ese sentido, la importancia del presente trabajo es precisamente que permite conocer la duración del proceso arbitral en su conjunto, analizando incluso las variaciones de ésta según determinadas circunstancias, tales como la edad, el sexo, el sector que brindó la atención, así como la especialidad involucrada, entre otros aspectos.

Entre las razones que podemos mencionar para justificar los tiempos que transcurren entre la apertura del expediente (al inicio de la etapa de la conciliación) y la emisión del laudo (al final de la etapa del arbitraje médico) destacan los trámites y requisitos para la integración completa de los documentos solicitados, incluyendo comprobantes previos por parte del paciente, partes del expediente clínico, y otros documentos probatorios de la atención brindada; la asignación de las fechas de audiencia (y que efectivamente estas se lleven a cabo en presencia de ambas partes interesadas), las aclaraciones que se requieren tanto a los usuarios inconformes como al personal médico involucrado responsable de la atención, posterior a la revisión de documentos, la velocidad de respuesta que se tenga a los requerimientos institucionales, la concertación de fechas para que asista el perito especialista o asesor del caso, entre otras.

Tabla 4. Promedio de días de duración del proceso arbitral desde la presentación de la queja hasta final del laudo según motivo de la queja y monto de las prestaciones requeridas, 2012 - 2016.

Grupo	Frecuencia	Duración	
		promedio*	Mediana
MOTIVO DE QUEJA			
Atención del parto y puerperio	19	550	469
Auxiliares de diagnóstico	137	470	428
Diagnóstico	69	494	419
Tratamiento médico	56	513	472
Tratamiento quirúrgico	69	443	414
Relación médico - paciente	6	365	331
Deficiencias administrativas	6	563	519
Total	362	480	428
MONTO DE LAS PRESTACIONES			
> 10 mil	18	404	418
De 10 a 49 mil	75	421	384
De 50 a 99 mil	34	440	412
De 100 a 149 mil	19	411	376
De 150 a 199 mil	11	435	424
Más de 200 mil	55	392	376
No disponible	98	566	479
De acuerdo a la ley	52	583	564
Total	362	480	428

En cuanto a la duración del proceso según grupos de edad, se observó que las duraciones más largas corresponden a las edades extremas, lo que sin duda puede deberse a una mayor complejidad de los casos, en parte por complicaciones al nacimiento incluyendo secuelas, en el caso de la población infantil o enfermedades crónicas degenerativas y comorbilidades múltiples en los adultos mayores.

Con respecto a la duración de los procesos sean menores de los laudos referentes al sector privado, una posible explicación es que generalmente en los establecimientos privados existe una mayor apertura (o un mayor temor ante las posibles consecuencias jurídicas de las demandas), lo que implica una mayor factibilidad y oportunidad en la consecución del “resguardo” por parte del usuario, de los documentos probatorios de la atención, en tanto que resulta ser más complicada la obtención de dichos documentos cuando la atención ha sido otorgada en unidades médicas de carácter público. Otro aspecto que debe considerarse en estas diferencias es que a nivel privado, los “acuerdos” pueden tomarse con mayor independencia entre el binomio médico-paciente, lo que no necesariamente es evidente en el sector público, donde la “tramitología” y el burocratismo institucional pueden involucrar un mayor número de días.⁶

Por otra parte, los datos revelan que 99.4% de los usuarios de la CONAMED pretenden obtener una compensación, es decir manifiestan una pretensión económica, sea a través de una indemnización, un reembolso o una condonación, todo ello traducido en un monto económico esperado por el paciente que en muchos casos, como puede leerse en el relato de hechos, fueron recursos conseguidos mediante préstamos personales a las familias o incluso a pequeños prestamistas, y cuyos intereses agrandan la deuda. En ese sentido, los tiempos, si bien más cortos que por la vía judicial, pueden parecer largos a quien vive el proceso, y peor aún si al final su caso no resulta con una conclusión favorable y se tiene la percepción de que “se perdió tiempo y dinero”.

En cuanto a las limitaciones del estudio, podríamos mencionar que a partir de los datos existentes, no ha sido posible abordar la vinculación entre duración del proceso arbitral y nivel de vulnerabilidad de los usuarios inconformes, a fin de establecer posibles relaciones entre nivel educativo, ocupación principal y/o nivel de ingresos del usuario debido a que en el laudo solo eventualmente aparece esta información, siendo una de las ventanas de oportunidad para enriquecer el marco conceptual. Las duraciones calculadas para aquellos casos en los cuales los usuarios inconformes residen en el interior del país se ven afectados en gran medida cuando presentan la queja ante las comisiones estatales de arbitraje médico y por motivo de alcances en sus atribución, remiten los casos a la CONAMED. Los

montos de las indemnizaciones y reembolsos que se incluyen en el estudio son aquellos solicitados por los demandantes, independientemente de que el resultado del laudo haya sido absolutorio o condenatorio, es decir los hayan o no recibido.

En tal contexto se sugiere como posterior línea de trabajo retomar, por un lado un estudio que incluya los casos de amparo y estudiar la duración global del proceso, desde la fecha del incidente hasta la conclusión del (o los) amparos presentados; por otra parte, y en el mismo sentido, dar seguimiento a aquellos pacientes cuya pretensión de origen no fueron únicamente económicas sino también de tipo médico para conocer en qué medida se satisficieron sus pretensiones y si estas llegaron o no a tener algún impacto en la unidad médica en la que sucedieron los hechos.

CONCLUSIÓN

La duración del proceso arbitral de las quejas médicas es muy variado, teniendo un máximo de hasta 2 años. Los factores relacionados que pudieron modificar la duración fueron la edad (edades extremas tenían mayor duración) y padecimiento del usuario, así como el sector de atención (la duración de la queja en el sector privado es menor), especialidad médica y las pretensiones que busca el usuario.

REFERENCIAS

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Kohn LT, Corrigan JM DM, editor. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
2. Bustamante-Leija LE, Maldonado-Camargo VM, Gonzalez-Anaya C G-VR. Mecanismos alternativos de solución de controversias en la prestación de servicios de salud. *Rev CONAMED*. 2012;17(3):126–9.
3. Lezana Fernández MA; Fernández Cantón SB; Laudos 2007-2011: aprendiendo sobre los incidentes adversos y otras características de la queja médica. *Rev CONAMED*. 2015;20(3):101–10.
4. Hickson G.B., Federspiel C.F., Pichert J.W., Miller C.S., Gauld-Jaeger J. BP. Patient complaints and malpractice risk. *JAMA*. 2002; 287(22):2951e2957.
5. CONAMED. Secretaria de Salud [Internet]. Proyecto ARIEL: Automatización de Registros de Información Estadística sobre Laudos Concluidos. CONAMED/Dirección General de Difusión e Investigación. 2015 [cited 2016 Dec 6]. Available from: <http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/ariel.php>
6. Hatlie M. Simposio 2007. La Queja, instrumento indispensable para la mejora de la calidad en la atención de los servicios de salud [Internet]. La Queja Médica en Estado Unidos de Norteamérica. 2007 [cited 2017 May 9]. p. 35–48. Available from: http://conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/MEMORIAS_SIMPOSIO_2007.pdf

Bioética narrativa

Narrative Bioethics

Constantino González-Quintana¹

1 Titular del Blog Académico: Bioética desde Asturias, España.

RESUMEN

Hace varias décadas que viene produciéndose un “giro narrativo” dentro del pensamiento y la cultura. Por otra parte, el impacto de las nuevas tecnologías de la comunicación y de la relación social a escala planetaria es evidente. Todo ello pone el foco en la importancia que tienen las cosas que nos pasan, nuestras historias, para construir la identidad personal y tomar decisiones sensatas a diario. Por eso la bioética narrativa adquiere diversas funciones: experiencial y pedagógica, textual y dialógica, autobiográfica y hermenéutica, por ejemplo. Hoy día parece claro que las decisiones morales no sólo tienen que ver con valores, principios y normas, sino con circunstancias, contextos y consecuencias, donde se entrelazan acciones y personajes, dando lugar a la narrativa como método para tomar decisiones sabias y prudentes en cada momento. La prudencia es el arte de la ética.

Palabras clave: Narración, hermenéutica, persona, paciente, prudencia, ética médica ética narrativa, bioética narrativa, deliberación, toma de decisiones.

ABSTRACT

For several decades a “narrative twist” has been taking place in thought and culture. On the other hand, the impact of the new technologies of the communication and of the social relations at the global level is evident. All this puts the focus on the importance that have the things that we go, our stories, to build personal identity and make sensible decisions on a daily basis. That is why narrative bioethics acquires different functions: experiential and pedagogical, textual and dialogical, autobiographical and hermeneutics, for example. Today it seems clear that moral decisions not only have to do with values, principles and norms, but with circumstances, contexts and consequences, where actions and characters are intertwined, giving rise to the narrative as a method to make wise and prudent decisions in each moment. Prudence is the art of ethics.

Key words: Narrative, hermeneutics, person, patient, prudence, medical ethics, ethical narrative, narrative bioethics, deliberation, decision making.

En el ámbito de la ética médica y de la bioética se ha producido un “giro narrativo” que, como sucede en otros ámbitos, está transformando el modo de entender esas disciplinas y, sobre todo, el sentido de praxis médica cotidiana. Lo narrativo no sólo ha llegado a formar parte de los currícula de las facultades de medicina, sino que está incidiendo directamente en el corazón de la medicina: la relación entre el médico y la persona enferma.

1. Narración, identidad y ética

A todos nos pasa la vida contando lo que nos pasa viviendo. “Vivir para contarla” es el título de una novela de Gabriel García Márquez. Como dice Eduardo Galeano, “los científicos nos han dicho que estamos hechos de átomos, pero a mí un pajarito me dijo que estamos hechos de historias”. Así pues, “contar es como vivir y vivir es como contar-se (...) somos o, al menos, nos figuramos ser nuestra novela, la ‘narración narrante’ de nuestra vida”, decía José Luis Aranguren. Entre los muchos y relevantes autores que han impulsado ese giro narrativo vamos a seleccionar dos de ellos: Ortega y Ricoeur.

1.1. José Ortega y Gasset: la razón narrativa

La realidad básica del ser humano es la vida como quehacer continuo, porque no se nos da hecha cuando nacemos. Hay que

* Correspondencia: CGQ, constantinoq147@gmail.com

Conflicto de intereses: El autor declara que no tiene.

Citar como: González-Quintana C. Bioética narrativa.

Rev CONAMED 2017; 22(4): 191-194.

[Narrative Bioethics]

pensar la vida como “drama” que acontece, que transcurre, pues “el hombre es novelista de sí mismo”. Por eso somos más radicalmente biografía que biología. No obstante, la combinación de lo biológico y lo biográfico se concentra en la sucesión de “vivencias” que tienen lugar durante el transcurso de la vida.

Ortega introduce el concepto de “razón narrativa” para decir que “la realidad del hombre, lo humano del hombre, no es su cuerpo, ni siquiera su alma, sino que es su vida, lo que le pasa. El hombre no tiene naturaleza, sino que tiene... historia... su esencia es su incesante dramatismo... que, por lo mismo, no se puede definir, sino solo contar... esta nueva forma de razón es narrativa o histórica...”. Es la capacidad de entender la textura histórica de las realidades humanas, en el sentido de que las cosas que nos pasan y contamos “vienen de” algo y “van hacia” algo. En suma, la razón narrativa, diferente de la razón fisicomatemática, otorga significado a las vivencias e interpreta los sucesos como parte de una biografía personal, advirtiéndonos que “en el momento en que miremos algo humano con pupila quieta la fijamos a él, lo detenemos, lo congelamos o cristalizamos, lo mineralizamos, lo deshumanizamos” es, decir, lo cosificamos.

1.2. Paul Ricoeur: La identidad narrativa

Es probable que éste sea el filósofo que más ha influido en la eclosión de la narratividad y quien mejor refleja lo que se ha llamado “giro narrativo” del pensamiento actual. Vamos a centrar la atención en la identidad narrativa y sus implicaciones éticas.

1ª) Narración e identidad. Lo característico de la narración es el acontecimiento, donde se pasa de la acción al personaje. *La Poética de Aristóteles* muestra que la historia narrada es donde el personaje conserva a lo largo del relato una identidad. Así pues, narrar es decir quién ha hecho qué, por qué y cómo, desplegando en el tiempo la conexión entre estos puntos de vista y atribuyendo al personaje los predicados que lo identifican. Por tanto, “la persona, entendida como personaje del relato, no es una identidad distinta de sus experiencias. Muy al contrario..., el relato construye la identidad del personaje, que podemos llamar su identidad narrativa, al construir la de la historia narrada. Es la identidad de la historia la que hace la identidad de la persona”.

2ª) Implicaciones éticas. La identidad narrativa se mueve entre dos polos: el representado por el “carácter” mediante el que cada persona se hace identificable; y el representado por el “mantenimiento de sí”, que es la manera de comportarse para que otro puede contar conmigo. Cuando sucede eso, soy responsable de mis acciones ante otro. “El término responsabilidad reúne dos significados: contar con... ser responsable de... Las reúne, añadiéndoles la idea de una respuesta a la pregunta: ‘¿Dónde estás?’, planteada por el otro que me solicita. Esta respuesta es ‘Heme aquí’ (Lévinas), una respuesta que dice ‘mantenimiento de sí’”. Decir “Heme aquí” expresa mi identidad ética, porque ahí estoy narrando la responsabilidad de vivir-para el otro y llevar juntos una vida buena.

2. MEDICINA Y ÉTICA NARRATIVA

El núcleo de la medicina es la relación médico-paciente. Es un encuentro interpersonal basado en la confianza, que crea un

espacio de intimidad donde el paciente cuenta lo que le pasa, relata sus vivencias patológicas, y solicita ayuda esperando que el médico escuche, comprenda y ofrezca respuestas solventes. He ahí la razón de ser de la medicina. Los conocimientos científico-técnicos, insustituibles, están al servicio de esa relación narrada. Así pues, los profesionales sanitarios tienen que adquirir “competencias narrativas”, es decir, un conjunto de habilidades necesarias para reconocer, absorber, interpretar y actuar sobre las historias y situaciones difíciles de los otros, que son aquí las personas enfermas.

La ética narrativa comporta un concepto de ser humano y de identidad personal entendidos como un proceso donde interviene el propio sujeto y su interacción con el medio social. Describir la identidad de la persona como un conjunto de características físicas, mentales y comportamentales, no es suficiente. Los representantes de la “Escuela de Chicago de Psicología” ya decían, a principios del siglo XX, que el “yo” no es un objeto mensurable, sino un autoconocimiento interior producido a través de la conciencia y la imaginación. Nuestro “yo” es, al mismo tiempo, un “mi”, porque construimos el “yo” por la reflexión que hacemos de nosotros mismos en los ojos de los demás.

A ello hay que sumar la aportación de Lévinas sobre la convicción de que “el rostro del otro habla” y es el origen narrativo del ser y vivir-para el otro, o sea, de la ética. Y hay que tener presente la “identidad narrativa” de Ricoeur que acentúa la capacidad que tiene cada uno de ser “sí mismo” a través de la mediación narrada e insustituible del “otro”.

Por tanto, si la ética hay que entenderla como respuesta, entonces la pregunta fundamental no es solo “qué debo hacer”, ni “qué ley debo seguir”, sino “qué es lo que está pasando” para saber responder adecuadamente a lo que está ocurriendo. Responsabilidad y narratividad son dos caras de una misma moneda. Desde esta perspectiva hay que subrayar varios elementos: 1º) el carácter experiencial del pensamiento, poniendo el acento en la vivencia personal y en la responsabilidad; 2º) la importancia de las actitudes morales, admitiendo que los contenidos y los procedimientos estarán incompletos si no se trabaja la dimensión actitudinal; y 3º) situar en la vida humana y en sus relaciones el lugar originario de la ética, subrayando la narración que hace la persona de sus propias vivencias.

3. Bioética narrativa

A partir de lo expuesto, podemos denominar “bioética narrativa” a un modo de aplicar la ética que pone el acento en la dimensión narrativa de la relación médico-paciente, tomando como punto de partida el relato que éste hace de su vivencia patológica y que continúa elaborándose a lo largo del proceso terapéutico. Se distingue de la ética médica porque su objetivo no es exclusivamente regular la actividad profesional ni servir solo de guía normativa. Veamos entonces qué aporta la narrativa a esta comprensión de la bioética.

3.1. Función experiencial y pedagógica

Uno de los procesos básicos de la narración es la “mímesis”, imitación, que ya explicaba Aristóteles. Como sucedía en las tragedias griegas, los relatos buscaban que el público encontrara representada la realidad y fuera observando modelos de

conducta que pudiera imitar. A ese respecto, conviene recordar que las historias condensan la vida misma, están representadas por ficciones y tienen capacidad de volver a la vida mediante la lectura, el teatro o el visionado de una película, por ejemplo. Ese proceso de narración es capaz de enseñar y presentarse como un caudal de conocimientos y reflexiones.

Tomar en serio lo narrativo en medicina supone asumir que la enfermedad no tiene solo que ver con datos biomédicos sino, principalmente, con lo que el propio paciente experimenta. Aun sabiendo que las relaciones asistenciales padecen problemas de tiempo, parece evidente que las aptitudes y actitudes con que se aborda esa relación influyen en los resultados terapéuticos, porque parten de la vida, interpretan sus ficciones y vuelven de nuevo a la vida del enfermo. Desempeñan una función catártica y contienen un aprendizaje moral, porque las vivencias narradas suscitan reflexión, se pueden pensar para actuar.

3.2. Función hermenéutica

El arte de interpretar textos, la hermenéutica, es fundamental en bioética. El gran maestro al respecto, Hans-Georg Gadamer, dedicó gran parte de su obra a enseñar que la comprensión e interpretación de los textos no es sólo una instancia científica, sino que pertenece a la experiencia humana del mundo. Por su parte, la propuesta de Ricoeur pone de relieve la relación de la inteligencia práctica (*phronesis*) con las situaciones singulares; la reivindicación de una manera de argumentar “no demostrativa”, que busca razonar sobre la acción prudente aquí y ahora; y el hecho de que la reflexión ética parte de experiencias concretas que se pueden narrar cuando deliberamos.

La narración permite acceder al qué (lo que hacemos), al quién (el sujeto agente que actúa, decide, y asume consecuencias), al cómo (el método para tomar decisiones) y al por qué (los motivos que impulsan a actuar). La función hermenéutica se ejerce con el ejercicio de la inteligencia práctica para buscar la acción que conviene en cada momento mediante la deliberación. Tomar decisiones no es algo mecánico ni automático: “Se trata de un mixto de argumentación e interpretación: la argumentación designa el lado lógico del proceso, deducción o inducción; la interpretación pone el acento sobre la inventiva, la originalidad, la creatividad. Este mixto merece ser llamado aplicación: aplicar una regla a un caso, o encontrar una regla para un caso, es en los dos casos producir sentido”.

3.3. El paciente como texto interpretado

En la práctica médica todo gira en torno a la persona enferma que es, principalmente y sobre todo, una biografía quebrada por la enfermedad. Cuando Ricoeur habla del “pacto de cuidados” se refiere a la posibilidad narrativa de reconfigurar la propia identidad partiendo del relato de “sí mismo” interpretado por el “yo” y por la versión que el “otro” da de “mi mismo”. La historia clínica es una prueba excelente de esa biografía narrada, puesto que permite comprender a la persona enferma desde la serie sucesiva y articulada de datos que componen su proceso asistencial. En el fondo, es una narración de una experiencia singular de la enfermedad. La analogía con el concepto de “texto” abierto a la lectura, la comprensión y la interpretación, trae consigo varias implicaciones prácticas:

1ª) No basta con ver ni con oír, es imprescindible leer y escuchar

Hay distinguir entre “ver” y “mirar”, “oír” y “escuchar”. “Ver” y “oír” son cualidades biológicas, que identifican letras y sonidos. “Mirar” y “escuchar” son cualidades psíquicas, interpretan significados y sentidos, y conllevan actitudes morales positivas para hacer algo valioso y bueno para otros. La persona enferma viene a ser como un libro abierto lleno de textos variados, complejos, que es obligado mirar y escuchar, leer e interpretar. Limitarse a ver y oír a la persona equivale a fijarla con la “pupila quieta”, como decía Ortega; es lo mismo que cosificarla y deshumanizarla.

2ª) No basta con examinar ni clasificar, es imprescindible tratar con prudencia

En el nivel básico de la bioética médica la clave reside en la prudencia (*phronesis*) o capacidad de discernir lo bueno y lo malo en cada momento. El propio Ricoeur decía a este propósito que, en ese nivel, el primer precepto se refiere a la singularidad de cada persona y su carácter insustituible, al hecho de ser una y única; el segundo precepto se refiere a su indivisibilidad y a tratarla como un todo y no de manera fragmentada; y el tercer precepto se refiere a la estima de sí mismo (*l'estime de soi*) que tiene cada persona. Aumentar conocimiento y aplicarlo, es lo menos que se puede esperar de un profesional sanitario. Pero no es suficiente. Tratar con prudencia al paciente implica considerar su carácter insustituible, su indivisibilidad y la estima de sí, por la que cada uno se respeta a sí mismo y a los demás. Por eso el “pacto de cuidados” es lo distintivo de la relación médico-paciente y el corazón de la bioética.

3ª) No basta con investigar ni tecnificar, es imprescindible curar y cuidar

La dimensión investigadora y técnica de la medicina se encuentran al servicio del enfermo. Curar y cuidar con responsabilidad es el hilo conductor de la bioética. Responder a y hacerse cargo de la persona enferma, o sea, el conjunto lógico y secuenciado de actos médicos, incide directamente en la construcción de la identidad personal de cada profesional sanitario, porque ahí cada uno está diciendo “quién soy yo”. Lo está narrando: “Heme aquí”.

3.4. El profesional sanitario como autor

Los médicos describen casos, complimentan la historia clínica y elaboran informes científicos, y también pueden emplear diversos géneros narrativos como la ficción, la presentación expositiva, las historias de la práctica diaria, la novela, el teatro o el cine. Asimismo, el relato autobiográfico posibilita la introspección y el autoexamen de los motivos de sus decisiones, los factores relevantes de sus prácticas, y las líneas argumentales o significados que quizá quedaron fuera de sus decisiones. Narrar esos sucesos podría ser incluso terapéutico frente al síndrome del *burn out* y frente a la tendencia a distanciarse del enfermo.

3.5. Función constructiva: hermenéutica y deliberación

T. Domingo Moratalla y L. Feito recogen un método para tomar decisiones en ética clínica, elaborado por L. Benaroyo, desde una clara inspiración narrativa y hermenéutica:

1. ¿Cuáles son los valores en juego?
 - ▶ ¿Cuáles son los datos clínicos pertinentes?
 - ▶ ¿Por qué razones se cuestiona el proyecto médico actual?
 - ▶ ¿Cuáles son los valores personales del paciente?
 - ▶ ¿Cuáles son los valores personales del cuidador?
 - ▶ ¿Cuáles son las normas profesionales del cuidador?
 - ▶ ¿Cuáles son los valores institucionales del establecimiento de cuidados?
 - ▶ ¿Cuáles son los valores sociales y culturales en los que se desenvuelve la práctica objeto de consideración?
 - ▶ ¿Cómo son definidas las responsabilidades respectivas de los diversos actores del proyecto médico actual?
- ¿Cuál es la estructura narrativa actual de del problema moral?
2. ¿Qué proyectos de cuidado se podrían proponer?
 - ▶ ¿Cuáles son los conflictos de valores (personales, profesionales, institucionales) que obstaculizan la realización del

proyecto de cuidados actual?

- ▶ ¿Qué opciones de cuidados permitirían superar o resolver estos conflictos en vista a la elaboración de un nuevo proyecto de cuidados?
 - ▶ ¿Cuál es el proyecto propuesto?
3. ¿Qué proyecto de cuidados es el elegido? La sabiduría práctica y sus límites
 - ▶ ¿Qué opción preserva más los valores compartidos en el seno del equipo de cuidados en vistas a la elaboración de un nuevo proyecto de cuidados?
 - ▶ ¿Cuál es la estructura narrativa del proyecto elegido?
 - ▶ ¿Cuál es la justificación racional de esta elección?

Es necesario destacar la centralidad del “proyecto de cuidados”, equivalente a lo que Ricoeur llama “pacto de cuidados”. El principialismo y el casuismo necesitan calcular normas y examinar contextos, pero no captan la riqueza de los relatos. Este aspecto esencial para tomar decisiones sabias y prudentes se desvela cuando se practica la narrativa.

Cuidados paliativos tempranos para adultos con cáncer avanzado

Early palliative care for adults with advanced cancer

Jessie Zurita Cruz¹

1 Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

RESUMEN

Esta revisión sistemática de un pequeño número de ensayos indica que las intervenciones de cuidados paliativos tempranos pueden tener más efectos beneficiosos sobre la calidad de vida y la intensidad de los síntomas en pacientes con cáncer avanzado que entre los que reciben atención usual/estándar contra el cáncer. Aunque solo se encontró tamaños de efecto pequeños, estos pueden ser clínicamente relevantes en una etapa avanzada de la enfermedad con un pronóstico limitado, momento en el que es muy común una mayor disminución de la calidad de vida. En perspectiva, la atención paliativa temprana es un campo emergente y se necesitan estudios bien realizados para describir explícitamente los componentes de la atención paliativa temprana y los tratamientos de control, después del cegamiento de los participantes y los evaluadores de resultados, y para informar sobre posibles eventos adversos.

Palabras Clave: revisión sistemática, cuidados paliativos.

ABSTRACT

This systematic review of a small number of trials indicates that early palliative care interventions may have more beneficial effects on quality of life and symptom intensity among patients with advanced cancer than among those given usual/standard cancer care alone. Although they found only small effect sizes, these may be clinically relevant at an advanced disease stage with limited prognosis, at which time further decline in quality of life is very common. In perspective, early palliative care is a newly emerging field, and well-conducted studies are needed to explicitly describe the components of early palliative care and control treatments, after blinding of participants and outcome assessors, and to report on possible adverse events.

Key words: systematic review, palliative care.

Revisión Cochrane

En la atención del paciente con cáncer, el inicio de las medidas paliativas habitualmente se inicia cuando el tratamiento para modificar la enfermedad ya no han sido exitosas, lo que podría ser para algunos un inicio en forma tardía. Por otro lado, los cuidados paliativos tempranos se inician con mayor tiempo de anticipación, y más cercano al diagnóstico de cáncer terminal.

¿Cuál fue el objetivo de esta revisión?

Evaluar si:

- P:** Pacientes adultos con diagnóstico de cáncer poco avanzado.
- I:** Cuidados paliativos tempranos
- C:** Tratamiento usual o estándar del cuidado de pacientes con cáncer
- O:** calidad de vida relacionada con la salud, depresión, intensidad de los síntomas y sobrevida

* **Correspondencia:** ZCJ, djzurita@conamed.com.mx

Conflicto de intereses: La autora declara que no tiene.

Citar como: Zurita-Cruz J. Cuidados paliativos tempranos para adultos con cáncer avanzado. Rev CONAMED 2017; 22(4): 195-196. [*Early palliative care for adults with advanced cancer*]

¿En donde se realizó la búsqueda?

Los autores buscaron ensayos clínicos aleatorizados y ensayos clínicos aleatorizados por conglomerados en CENTRAL, MEDLINE, Embase, el Índice Acumulativo de la Literatura de Salud de Enfermería y Afines (CINAHL), PsycINFO, OpenGrey (una base de datos para la literatura gris) y tres registros de ensayos clínicos hasta 11 de octubre del 2016, junto con la verificación de referencias, la búsqueda de citas y el contacto con los autores del estudio para identificar estudios adicionales, siendo un total de 6 bases de datos.

No se aplicaron restricciones sobre el idioma, el tipo de publicación o el año de publicación. Se utilizaron los procedimientos metodológicos estándar esperados por Cochrane y el Grupo Cochrane de Práctica Efectiva y Organización del Cuidado (EPOC). El término de búsqueda fue "paliativo".

¿Cuáles fueron los resultados?

La búsqueda bibliográfica identificó 23,190 referencias, de las que consideraron que 113 eran relevantes. Se revisaron los resúmenes de los 113 estudios potencialmente relevantes, de los cuales se excluyeron 75 estudios. Se recuperaron los textos completos de 7 artículos. En los siete artículos se pudo realizar meta-análisis de la calidad de vida y solo en cuatro de los siete artículos se realizó meta-análisis de sobrevida.

¿Cuáles fueron las conclusiones de la revisión?

En la actualidad son pocos los ensayos clínicos que analizan este desenlace, por lo que los resultados se deben tomar con cautela. Sin embargo, con respecto a los beneficios de los cuidados paliativos tempranos existe beneficio sobre la calidad de vida y la intensidad de los síntomas en comparación a los pacientes con cáncer en fase terminal que recibe un tratamiento estándar. Aunque los autores identificaron tamaños de efecto pequeños, estos pueden ser clínicamente relevantes en una etapa avanzada de la enfermedad con un pronóstico limitado, momento en el que es muy común una mayor disminución de la calidad de vida. Con respecto a los efectos sobre la mortalidad y depresión, los resultados fueron insuficientes para poder realizar alguna conclusión al respecto.¹

Comentario

Los cuidados paliativos incluyen intervenciones a muchos niveles, no solamente para el control del dolor o condiciones físicas que pueda presentar el paciente. En los últimos años se ha dado la tarea de mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas, con lo que se ha realizado meta-análisis en donde se ha identificado un beneficio de las intervenciones educacionales o psicosociales para reducir la fatiga en adultos con cáncer incurable. Sin embargo, consistentemente se ha visto que son pocos los estudios con adecuada calidad metodológica para poder ser analizados.^{2,3}

Es importante sensibilizar a todo el personal de salud relacionados con pacientes que presentan enfermedades crónicas degenerativas a iniciar en fases tempranas los cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, incluyendo a pacientes en edades extremas (pediátricos y ancianos) los cuales pueden ser susceptibles a recibir en forma más tardía estas indicaciones.

Por tanto se debe que la obligación del personal de salud que atiende a pacientes con una enfermedad terminal, debe mejorar la calidad de vida. Para lograr esto deben primero saber la necesidad del paciente y su familia, para con esto se puedan analizar la toma de decisiones, influir sobre los estudios de sobrevida que se deba realizar y el costo beneficio que se otorgue sobre la atención del paciente.

REFERENCIAS

1. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, Hartmann M. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6:CD011129. doi: 10.1002/14651858.CD011129.pub2
2. Bennett S, Pigott A, Beller EM, Haines T, Meredith P, Delaney C. Educational interventions for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11:CD008144.
3. Poort H, Peters M, Bleijenberg G, Gielissen MF, Goedendorp MM, Jacobsen P, Verhagen S, Knoop H. Psychosocial interventions for fatigue during cancer treatment with palliative intent. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jul 14;7:CD012030. doi: 10.1002/14651858.CD012030.pub2.

Fuente: Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, Hartmann M. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6:CD011129. doi: 10.1002/14651858.CD011129.pub2

Discursos del cuerpo; anticonceptivos y control natal. México al comenzar la década de los setenta

Discourses of the body; contraceptives and birth control. Mexico at the beginning of the decade of the seventies

Oliva Solís-Hernández¹, José Alfredo Silva-Acosta²

1 Jefatura de Investigación y Posgrado. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Autónoma de Querétaro. México. 2 Estudiante de la Maestría en Estudios Multidisciplinarios sobre el Trabajo. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Querétaro. México.

RESUMEN

Introducción. Tras la revolución sexual de 1960-1970, el acceso a métodos anticonceptivos se combinó con políticas públicas y leyes en materia de salud, trabajo y población, para generar una nueva relación entre mujer, familia y trabajo. Ello dio paso a la emergencia de un nuevo perfil de mujer más liberada, al que se contrapusieron discursos institucionales, que defendían los roles de la familia heterosexual y la división del trabajo entre el ama de casa y el padre proveedor. **Material y métodos.** Estudio hemerográfico y bibliográfico que, a partir del análisis del discurso, evalúa la relación entre discursos religiosos y médicos respecto del uso de métodos anticonceptivos y sus repercusiones sociales, históricas, y culturales. **Resultados.** Se identifican discursos para controlar la natalidad con métodos aprobados por la Iglesia y/o los médicos, que buscaban desalentar el consumo de anticonceptivos al asociar su uso con enfermedades y afecciones a la salud. **Conclusiones.** Los discursos del cuerpo se convirtieron en "dispositivos" de control para regular la sexualidad femenina; sin embargo, frente a estos discursos, hubo resistencias, evidenciadas en el uso de los métodos anticonceptivos, la disminución de la natalidad y la reducción del promedio de hijos.

Palabras clave: Discursos, anticonceptivos femeninos, control natal, México.

ABSTRACT

Introduction. After the sexual revolution of 1960-1970, access to contraceptive methods was combined with public policies and laws on health, work and population, to generate a new relationship between women, family and work. This led to the emergence of a new profile of a more liberated woman, which was opposed by institutional discourses that defended the roles of the heterosexual family and the division of labor between the housewife and the providing father. **Material and methods.** A hemerographic and bibliographic study that, based on discourse analysis, evaluates the relationship between religious and medical discourses regarding the use of contraceptive methods and their social, historical, and cultural repercussions. **Results.** Discourses are identified to control the birth rate with approved methods by the Church and / or doctors, who sought to discourage the use of contraceptives by associating their use with illnesses and health conditions. **Conclusions.** The discourses of the body became control "devices" to regulate female sexuality; however, in the face of these discourses, there was resistance made evident by the use of contraceptive methods, the decrease in the birth rate and the reduction of the average number of children.

Key words: Discourses, female contraceptives, birth control, Mexico.

INTRODUCCIÓN

Salud y derechos reproductivos: avances y retrocesos

La década de 1960 significó un parteaguas en términos de las luchas sociales de las mujeres, en lo que se denomina la Segunda Ola del Feminismo¹, que generó una pugna por la liberación sexual, la implementación de políticas públicas destinadas a posibilitar el acceso desde las instituciones de salud pública a los métodos anticonceptivos y la apropiación del cuerpo.² El cuerpo se concibe como un producto social y cultural, regido por prácticas y discursos moralizantes sustentados a través de instituciones como la familia o la Iglesia, que históricamente han tratado los asuntos relacionados con la sexualidad como privados y lícitos solamente con fines reproductivos.

* **Correspondencia:** OSH, osolish2@hotmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Solís-Hernández O, Silva-Acosta JA. Discursos del cuerpo; anticonceptivos y control natal. México al comenzar la década de los setenta. Rev CONAMED 2017; 22(4): 197-198.

[*Discourses of the body; contraceptives and birth control. Mexico at the beginning of the decade of the seventies*]

En este contexto, a partir de la década de 1970, la política pública viró del crecimiento poblacional al control demográfico, lo que implicó la puesta en marcha de campañas de planificación familiar. El cambio en la política pública, los procesos de modernización y las luchas feministas, implicaron el enfrentamiento de dos posiciones: utilizar los métodos de anticoncepción o tener “los hijos que Dios nos dé”. Frente a este campo en disputa por el cuerpo, la sexualidad y la moral, ¿qué argumentos esgrimieron las instituciones (Iglesia, Estado), y ¿qué posición tomaron las mujeres?

Para dar cuenta de ello, se rastrea el discurso de la Iglesia y la ciencia médica. Vemos los discursos como dispositivos de poder, y el acceso a métodos anticonceptivos como un componente de la liberación femenina y la resistencia al control del cuerpo. Proponemos que las mujeres, más allá del discurso moral, opusieron algunas resistencias, evidenciadas en el consumo de métodos anticonceptivos y en la disminución del número de hijos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los discursos como “dispositivos” de poder

Se llevó a cabo un análisis del discurso de cuatro investigaciones publicadas en la *Gaceta Médica de México* y tres libros o manuales de corte religioso situados en la época de 1960-1970. Sus contenidos se analizaron a partir de la categoría “método anticonceptivo”, ubicando las palabras asociadas a su uso. Esas notas se agruparon en torno a quién pronunció el discurso (institución), y se destaca el sentido positivo o negativo del uso del método. Las sub-categorías localizadas fueron: el riesgo, la salud derivada del consumo de píldoras³, el aborto⁴, y/o el manejo de otros métodos anticonceptivos.

RESULTADOS

Los discursos religiosos y médicos en torno a los métodos anticonceptivos

El análisis de la literatura católica mostró que, desde el campo religioso se defendía la idea de que experimentar placer sexual solamente era lícito si se hacía con la finalidad de procrear descendencia⁵ y se consideraba el ejercicio libre de la sexualidad como una conducta desviada⁶, contraria a la ley natural.⁷ Sin embargo, y a pesar de que más del 96% de la población mexicana se asumía como católica⁸, se observa un mayor consumo de los métodos anticonceptivos, en especial la píldora. Aunque también, en sus aspectos prácticos, las encuestas de la época⁹ revelaron que era relativamente común que las consumidoras suspendieran el tratamiento debido a falta de motivación y constancia, no de la moralidad.

Desde el campo de la ciencia, se localizaron una serie de estudios publicados en la *Gaceta Médica de México*, en donde se presentaron los resultados de investigaciones que evaluaban la repercusión en la salud de mujeres que consumían píldoras anticonceptivas. Los resultados mostraron una relación entre la toma de anticonceptivos orales y un aumento en la concentración de triglicéridos¹⁰, la aparición de trombosis, tromboflebitis con embolia pulmonar, lesión vascular intracraneana y lesión vascular retiniana.

En otro estudio desarrollado por el IMSS y la Fundación Ford en la ciudad de México se encontró que, de una muestra de 1,753

mujeres entrevistadas, existía una relación entre el número de quienes tenían vida sexual activa (1,382), y quienes se habían embarazado al menos una vez (1,343); de las cuales, 468 habían abortado. Destaca el hecho de que la mayoría de quienes lo habían hecho de forma inducida, eran casadas; mientras que una minoría eran solteras. Ello podría asociarse a que, ser madre soltera, había dejado de tener una valoración social negativa y a que más de un 60% de las entrevistadas, aun cuando se declararon católicas, manifestaron no acudir a misa y no comulgar.

Así, parece que el discurso moral de la religión en torno al aborto estaba perdiendo peso, incluso entre la población católica, por ejemplo: cuatro de cada diez mujeres (42.3%) habían abortado debido a sus bajos ingresos y dos de cada diez (22.5%) lo habían hecho debido a su “excesivo número de hijos”.⁴

Los casos identificados revelan la existencia de una serie de discursos operados por figuras de autoridad, principalmente religiosas y científicas. Cada cual, desde su campo discursivo, trataba de reforzar una valoración social negativa en torno al uso de los métodos anticonceptivos, en especial la píldora, debido a los daños que podía causar a la salud; pese a ello, disminuyó el número de hijos por familia, en promedio de 3.1 a 2.8.¹¹

Consideraciones finales

La posibilidad de las mujeres para acceder a los métodos anticonceptivos como resultado del avance de las políticas públicas, se vio confrontada por la presencia de posturas hegemónicas mediante las cuales se trató de restringir el acceso al placer sexual y como vías para la liberación femenina. Sin embargo, dadas las condiciones sociales e históricas del contexto, la apropiación de los discursos y los métodos anticonceptivos constituyó un primer paso para, desde el propio cuerpo, superar los impedimentos morales y los cargos de conciencia asociados a la idea religiosa de la anticoncepción como pecado.

REFERENCIAS

1. Lau A. De lo privado a lo público. 30 años de lucha ciudadana de las mujeres en América Latina. México: Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer; 2006.
2. Solé-Romeo G. Historia del feminismo (siglos XIX y XX). España: EUNSA-Astrolabio; 2011.
3. Durazo F. Función hepática y esteroides anovulatorios. *Gaceta Médica de México*. 1971 Mar; 101 (3): 319-327.
4. Castelazo L. Algunos aspectos de actualidad en el aborto inducido. *Gaceta Médica de México*. 1974 Nov; 108 (5): 309-319.
5. Sembrador P. El control de la natalidad y el divorcio. s/led: s/ed; 1957.
6. Viollet J. Pequeño tratado del matrimonio. El verdadero amor. México: Ediciones Paulinas; 1961.
7. Rahaim S. Sexo. Uso y abuso. México: Salomón Rahaim; 1983.
8. Secretaría de Industria y Comercio. IX Censo General de Población, 1970. México: Dirección General de Estadística; 1972.
9. Treviño N. El estudio de la planificación familiar. *Gaceta Médica de México*. 1968 Sept; 98 (8): 1119-1122.
10. Manantou J. Avances recientes y evaluación de los métodos anticonceptivos. *Gaceta Médica de México*. 1974 En; 107(1): 37-49.
11. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. X Censo General de Población y Vivienda 1980. México: INEGI; 1982.

'Timbres rojos' y el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, Ciudad de México, 1939-1950

"Red Stamps" and the National Committee Against Tuberculosis, Mexico City, 1939-1950

Claudia Agostoni¹

1 Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM - Centro de Estudios Históricos, El Colegio de México.

RESUMEN

Introducción. Este artículo presenta un breve balance histórico de las diversas acciones que despertó la lucha contra la tuberculosis entre 1939, cuando se creó el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, y el inicio de la década de 1950, cuando la quimioterapia, la vacunación BCG y los antibióticos modificaron las estrategias para prevenir y curar esa enfermedad. Se destaca la importancia concedida a la cooperación social, para lo cual se examina por qué se consideró que a través de la emisión de los timbres antituberculosos o 'timbres rojos' sería posible financiar la campaña y crear conciencia entre el público sobre la enfermedad.

Palabras clave: tuberculosis pulmonar, Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, colaboración social, timbres antituberculosos, Ciudad de México.

ABSTRACT

Introduction. This article presents a brief historical overview of the different activities that the containment of TB brought about between 1939, when the National Committee Against Tuberculosis was created, and the beginning of the 1950s, when chemotherapy, BCG vaccination and antibiotics modified the preventive and curative strategies against that disease. The importance conceded to social collaboration will also be examined, addressing why the emission of red stamps or tuberculosis seals was regarded as a mean through which it would be possible to finance the campaign and to create awareness among the public of that disease.

Key words: pulmonary tuberculosis, National Committee Against Tuberculosis, social collaboration, tuberculosis stamps, Mexico City.

* **Correspondencia:** CA, agostoni@unam.mx

Conflicto de intereses: La autora declara que no tiene.

Citar como: Agostoni C. 'Timbres rojos' y el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, ciudad de México, 1939-1950.

Rev CONAMED 2017; 22(4): 199-201.

[*"Red Stamps" and the National Committee Against Tuberculosis, Mexico City, 1939-1950*]

Durante el transcurso de la primera mitad del siglo XX la tuberculosis (TB) pulmonar ocupó un lugar prioritario en los programas de salud pública implementados a nivel internacional.¹ En México, de manera similar a cómo aconteció en diferentes países europeos y latinoamericanos, la contención de los contagios se sustentó en los dispensarios, los sanatorios y los hospitales; en la separación de sanos y enfermos; en la cura higiénico-dietética-descanso, al igual que en riesgosas intervenciones quirúrgicas, como la toracoplastia. Pero también, la lucha contra la TB alentó que numerosos actores participaran en el análisis, la planeación y la puesta en marcha de medidas y estrategias específicas. En el caso particular de la ciudad de México, fueron los funcionarios y trabajadores del Departamento de Salubridad Pública (DSP), los de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA, 1943), diferentes médicos especializados en fisiología, así como el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis (CNLT), los que realizaron múltiples labores. Este trabajo presenta un breve balance histórico de las diversas acciones que despertó la lucha contra la TB entre 1939, cuando se creó el CNLT, y el inicio de la década de 1950, cuando la quimioterapia, la vacunación BCG y los antibióticos modificaron las estrategias para prevenir y curar la TB. Asimismo, destaca la importancia concedida a la cooperación social, por lo que se examina por qué se consideró que a través de la emisión de los timbres antituberculosos o ‘timbres rojos’ sería posible financiar la campaña y crear conciencia entre el público sobre la enfermedad.

Entre las décadas 1930 y 1950 la ciudad de México atravesó por múltiples transformaciones que modificaron irreversiblemente la vida cotidiana de sus habitantes. La creciente migración del campo a la capital, las transformaciones en los espacios, rutinas y ritmos de trabajo, y con ello, la creciente desigualdad e insalubridad, contribuyeron a favorecer la propagación de enfermedades, y la TB ocupó un lugar destacado. Y es que la TB, a diferencia de otras enfermedades infecciosas, se distinguía por afectar a los individuos en plena edad productiva, debilitándoles e imposibilitando que formaran parte de la nueva cruzada industrial, elemento central del discurso de la racionalidad económica que impactó las campañas organizadas en torno a esa enfermedad en diferentes partes del mundo.

Si bien en 1929, en plena crisis económica mundial, el DSP inició una Campaña Nacional contra la Tuberculosis, esta se vio seriamente afectada por la caída del producto interno bruto y por el desequilibrio económico prevaeciente. No obstante, fue en ese momento, en que se constituyó el Comité Nacional de Defensa contra la Tuberculosis, cuando se edificaron cinco dispensarios antituberculosos en las zonas más pobres y densamente pobladas de la capital, y cuando inició la construcción del Sanatorio para Tuberculosos de Huipulco, cuya construcción concluyó a finales de 1935.²

Pero fue a partir de 1939, al instituirse el CNLT, cuando la lucha antituberculosa se intensificó. El CNLT, calificado como un “organismo de cooperación y acción social”, fue dotado de la “personalidad jurídica para celebrar toda clase de contratos, para reunir fondos y bienes de cualquier especie, administrarlos e invertirlos” en la lucha contra la TB. Asimismo, se estableció que formarían parte del CNLT representantes de diferentes sectores sociales, y que aquella se abocaría a realizar estudios

científicos sobre la TB, y procuraría alentar la “unificación, coordinación y cooperación de todas las fuerzas sociales para obtener los elementos económicos indispensables para lograr pleno éxito en la campaña...”.³ En 1941, la dirección del CNLT recayó en un Consejo Ejecutivo, cuyo presidente era el titular del DSP, el doctor Víctor Fernández Manero; el director general y jefe de la Oficina Técnica de la Campaña Antituberculosa era el médico Alejandro Berges, y el tesorero el señor Salvador Ugarte del Banco de Comercio S.A. También formaron parte del CNLT diferentes comisiones, como las de propaganda, acción social, finanzas y asuntos legales, al igual que representantes de la Secretaría de la Defensa Nacional, del Departamento de Prevención Social, de la Secretaría de Gobernación, de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y de la Oficina Técnica de Educación Higiénica y Propaganda. También las radiodifusoras XEW, XEQ, Radio Panamericana y XER, al igual que los periódicos La Prensa, El Nacional y El Universal, Excelsior y El Popular se sumaron a los esfuerzos del CNLT.⁴

La plural conformación del CNLT puede ser vista como una manera mediante la que se procuró formalizar alianzas políticas, económicas, sociales, educativas, científicas, médicas y asistenciales para impulsar intervenciones médico-sociales compartidas y contener los contagios. Entre los rasgos más sobresalientes de esas intervenciones médico-sociales, cabe destacar que se buscó uniformar métodos y procedimientos; coordinar esfuerzos entre las instituciones sociales y los poderes públicos; organizar e impulsar una campaña permanente de propaganda sanitaria y de mejoramiento social, y sobre todo, despertar el “interés del público y [...] cooperación... [de] la prensa... las estaciones de radio y... todos los órganos de difusión cultural”.⁵ Además, el CNLT repetidamente asentó que únicamente la participación de la colectividad posibilitaría que los enfermos cesaran de ser “una carga social”, superaran su “debilitamiento físico y moral” y recuperaran el pleno desarrollo de su “capacidad productora”.⁶ Por tanto, una meta central del CNLT y el DSP primero, y en conjunción con la SSA desde 1943, fue encontrar los medios para contener el impacto que la TB estaba teniendo en la productividad de los trabajadores, lo que se veía agravado por un fenómeno adicional: la creciente migración de numerosos individuos a la capital procedentes de distintos estados del país en búsqueda de mejores condiciones de vida y trabajo, los que con frecuencia padecían TB. Lo anterior, destacaban, representaba un enorme problema debido a que las instalaciones, los servicios y el personal de salud de la capital eran insuficientes para atenderles y asistirles.⁷

Debido a la falta de suficientes recursos económicos para organizar los servicios requeridos para contener los contagios, para atender a los enfermos y para asistir a las familias de los enfermos de TB que se veían imposibilitados para realizar un trabajo remunerado, el CNLT retomó una estrategia que se originó en Dinamarca en 1904: la emisión y venta del timbre antituberculoso. Así, en 1943 el CNLT, con el apoyo del Poder Ejecutivo y de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y con el respaldo de comerciantes, industriales, banqueros, profesionistas y del DSP, constituyó la Oficina del Timbre Antituberculoso, la cual emitió los primeros timbres rojos con la imagen de la Cruz de Lorena, el símbolo de la lucha contra

la tuberculosis a nivel internacional desde 1902.⁸ Con la emisión de esos timbres postales se buscó reafirmar la importancia que tenía que el público pusiera todo de su parte para evitar los contagios, difundiendo masivamente la idea de que gracias a la contribución, generosidad y compromiso de la sociedad en su conjunto la lucha contra la TB sería exitosa. La primera planilla de timbres rojos –de 1943– incluyó la imagen de la Adoración de los Pastores, con la leyenda: “Proteja la salud de su hogar”; la de 1944 incluyó un mapa de México con la leyenda “Luz de Esperanza”; la de 1945 decía: “La sombra nos librará”; la del año siguiente fue ilustrada con la imagen de un árbol de navidad, y la de 1947 decía: “Protección para la niñez”.⁹ Así, con mensajes directos, claros y combativos, e imágenes rápidamente reconocibles que vinculaban la contención de la TB con el hogar, la esperanza, la Navidad y la protección de la niñez, se instaba a la población, al margen de su condición social, a formar parte de la lucha, argumentándose que con tan solo adquirir uno de esos pequeños timbres o una planilla completa, se estaría contribuyendo a ella.

Sin embargo, es necesario mencionar que los recursos obtenidos de la venta de los timbres rojos, sumados a los donativos de particulares y a los recursos gubernamentales, no permitieron que las instituciones que formaban parte de la lucha contra la TB cubrieran la demanda de los servicios médicos, curativos y asistenciales. De igual forma, es preciso no perder de vista que entre 1939 y 1950, las ofertas de la biomedicina para curar la TB eran inciertas, y que las intervenciones quirúrgicas que se realizaban en los enfermos de TB con frecuencia impedían que estos desempeñaran una labor productiva. Además, el anhelo del CNLT de alentar una vasta cooperación social en aras de la contención de la TB en ocasiones significó la duplicación de labores y la ausencia de una coordinación clara y sostenida. No obstante lo anterior, las labores del CNLT permitieron capacitar y especializar a un creciente número de médicos y personal paramédico en TB, edificar más dispensarios antituberculosos en la ciudad de México y en otras ciudades del

país, construir el Hospital Manuel Gea González, ampliar el Sanatorio de Huipulco, edificar el Instituto de BCG, e intensificar los programas de educación higiénica en beneficio de amplios sectores sociales.

REFERENCIAS

1. Bynum H. Spitting Blood. The History of Tuberculosis. Oxford: Oxford University Press; 2015. Armus, D. La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950. Buenos Aires: Edhassa; 2007.
2. Cárdenas de la Peña E. Del Sanatorio de Huipulco al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México: Secretaría de Salud; 1986.
3. Departamento de Salubridad Pública. Decreto que establece el Comité Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis. Diario Oficial de la Federación, México D.F., 28 marzo de 1940; p.12-13.
4. Contra la tuberculosis. Memoria que reseña las actividades del Departamento de Salubridad Pública durante el año fiscal de 1941. México: Imprenta del Departamento de Salubridad Pública; 1942. p. 257-268.
5. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México (AHSSA), Expediente relativo a la integración y funcionamiento del Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, salubridad pública, Oficialía Mayor, vol. 2, exp. 25, 1939, 5 f.
6. Campaña a la tuberculosis. El Universal, México D.F., 29 de marzo de 1940, p. 1.
7. Hay exceso de tuberculosos. El Universal, México D.F., 20 de agosto de 1941, p. 1, 13.
8. El timbre rojo pro campaña en contra de la tuberculosis. El Nacional, México D.F., 4 de mayo de 1944, p. 7. Grossmann-Epper A. Memoria de las estampillas de lucha contra la tuberculosis, 1943-2010. México: Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio de México; 2010.
9. Grossmann-Epper A. Memoria de las estampillas de lucha contra la tuberculosis, 1943-2010. México: Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio de México; 2010. p. 14-15.



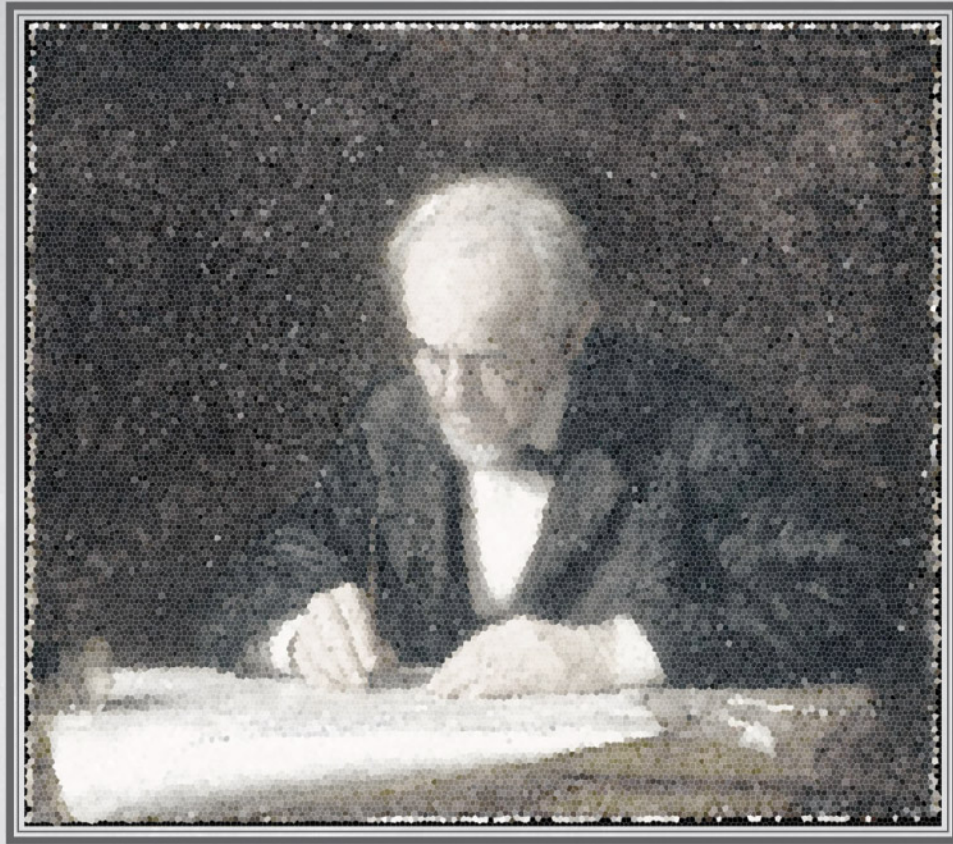
CURSOS 2018

- Prevención del conflicto derivado del acto médico
- Aspectos normativos de la práctica médica

CONAMED

COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO

www.gob.mx/conamed



La REVISTA CONAMED publica artículos de autores e instituciones tanto nacionales como internacionales. Su temática central es la siguiente: conflicto derivado del acto médico, medios alternos de solución de conflictos, error médico y su prevención, seguridad del paciente, calidad de la atención en salud, ética profesional, derechos humanos y temas afines.

Actualmente estamos en un proceso de renovación editorial y de formato. Por lo que se les hace una cordial invitación a colaborar con nuestra revista a través de artículos originales, de revisión, opinión, cartas al editor, derecho sanitario, casos conamed, derechos humanos y salud, que cumplan con el perfil de la misma.

**REVISTA
CONAMED**

La Revista CONAMED es la publicación oficial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Es una publicación trimestral de acceso abierto que recibe y publica artículos en idiomas español e inglés. Actualmente se encuentra registrada en los índices y repositorios hemerobibliográficos Latindex, Periódica, Imbiomed, Cuiden, Dialnet, BVS-México, BibLat y MedicLatina de EBSCO-Host.

La Revista CONAMED cuenta con convocatoria permanente de artículos. Todo artículo recibido será sometido a un Proceso de arbitraje editorial, llevado a cabo por pares académicos especialistas bajo la modalidad doble ciego, en el cual se evaluará la calidad de su contenido. Este proceso tiene una duración de entre 7 y 45 días hábiles desde la fecha de recepción y a su término se notificará al autor de contacto el dictamen otorgado.

Objetivo y perfil editorial

La Revista CONAMED está dirigida a instituciones hospitalarias, educativas y gubernamentales, profesionistas y/o estudiantes, siendo su objetivo la divulgación de trabajos originales y arbitrados que favorezcan un mejor entendimiento de las ciencias de la salud y su relación con el derecho. Incluye artículos que permitan un avance en la descripción, comprensión e intervención de temas relacionados con el acto médico y los cuidados de enfermería, conflictos derivados de éstos, medios alternos de solución de conflictos, error médico y su prevención, seguridad del paciente, calidad de la atención en salud, ética profesional, derechos humanos y temas afines.

Secciones de la Revista CONAMED

La Revista CONAMED cuenta con las siguientes secciones, cada una con los elementos mencionados:

Editorial. Será escrito por el Editor, por el Editor Adjunto o por el Editor Invitado, aunque ocasionalmente podrá ser escrito por un autor invitado.

- ▶ Título en español e inglés
- ▶ Datos de contacto del autor
- ▶ Extensión máxima de 2500 palabras

Artículos Originales. Reportarán hallazgos relevantes para el profesional de la salud, del derecho y áreas afines, relacionados con la atención en salud.

- ▶ Título, resumen y palabras clave en español e inglés
- ▶ Introducción
- ▶ Materiales y métodos
- ▶ Resultados con Tablas y Figuras pertinentes
- ▶ Discusión y conclusiones
- ▶ Referencias (máximo 20)
- ▶ Extensión máxima de 3000 palabras, sin incluir resumen, pies de Figuras o de Tablas, y referencias.

Artículos de Revisión. Revisión sistemática de temas relacionados con los contenidos de la Revista CONAMED.

- ▶ Título, resumen y palabras clave en español e inglés

- ▶ Cuerpo de trabajo con los apartados y subapartados pertinentes
- ▶ Discusión y conclusiones
- ▶ Referencias (máximo 30)
- ▶ Extensión máxima de 2500 palabras, sin incluir resumen, pies de Figuras o de Tablas, y referencias.

Artículos de Opinión. Presentan posturas representativas con respecto a temas de relevancia para la calidad de la atención a la salud, la seguridad del paciente y temas afines, pero no reflejan necesariamente, la postura institucional de la CONAMED.

- ▶ Título, resumen y palabras clave en español e inglés
- ▶ Cuerpo de trabajo
- ▶ Referencias (si aplica; máximo 15)
- ▶ Extensión máxima de 2500 palabras, sin incluir resumen y referencias.

Cartas al Editor. Abordan comentarios sobre los artículos publicados respecto de controversias y/o aclaraciones. Otras cartas al editor con contenidos de interés general también serán bienvenidas. Las cartas no se revisan normalmente bajo un procedimiento de revisión por pares, pero sí se toma en cuenta la trascendencia de su contenido, su longitud y estilo. Deberán enviarse preferentemente en un lapso no mayor de ocho semanas posteriores a la publicación de un artículo. Será también posible la publicación de comentarios por invitación. En todo caso, se dará oportunidad de respuesta.

- ▶ Extensión máxima de 2500 palabras
- ▶ Referencias (si aplica; máximo 10)

Caso CONAMED. Se publicarán dos tipos de caso, siempre garantizado la confidencialidad y consideraciones éticas pertinentes para los involucrados:

- ▶ Institucionales. Presentación detallada de casos de queja médica donde se analiza el proceso de decisión clínica con objeto de identificar si ocurrió un error o mala práctica, así como las consideraciones éticas y legales que ayudan a su comprensión, resolución y prevención futura. La presentación de los casos será realizada por especialistas de la CONAMED.
- ▶ Externos. Casos que en forma voluntaria, un profesional de la salud o una organización pública o privada de salud, desee(n) presentar con el objeto de estimular la cultura de la prevención del conflicto y mejorar la calidad en la práctica de la medicina.
- ▶ Título en español e inglés
- ▶ Resumen del caso
- ▶ Análisis médico
- ▶ Análisis jurídico
- ▶ Conclusión
- ▶ Referencias (máximo 20)
- ▶ Se recomienda todo material clínico (v. gr. imágenes radiológicas) que ilustre o auxilie la presentación y comprensión del caso
- ▶ Extensión máxima de 2500 palabras

Recomendaciones para mejorar la atención en salud. Publicaciones institucionales de la CONAMED que presentan acciones sencillas y al alcance de cualquier profesional de la salud que son sugeridas para contribuir en la seguridad del paciente y a la prevención de un conflicto o una demanda. Están fundamentadas en el análisis detallado de las inconformidades que se presentaron ante la CONAMED y han sido avaladas por un grupo de médicos especialistas certificados, representantes de asociaciones médicas nacionales. Se basan en problemas que ya sucedieron, con la intención de prevenirlos, o al menos reducir su frecuencia y/o su efecto. Esta sección no es fija y se presentará preferentemente por funcionarios de la CONAMED o por autoridades de instituciones reconocidas, locales, nacionales o internacionales, incluyendo en su totalidad al grupo de trabajo que participó en su desarrollo.

- ▶ Título en español e inglés
- ▶ Cuerpo del trabajo
- ▶ Referencias (máximo 15)
- ▶ Extensión máxima de 2500 palabras

Temas actuales de Derecho Sanitario. Incluirá el análisis de documentos normativos o académico-doctrinarios y otras publicaciones relacionadas con el Derecho Sanitario. Es recomendable declarar la metodología jurídica empleada: dialéctica, inductiva/deductiva, analógica, mayéutica, exegética, hermenéutica, etc. Esta sección no es fija.

- ▶ Título, resumen y palabras clave en español e inglés
- ▶ Cuerpo del trabajo
- ▶ Tablas y Figuras pertinentes (máximo 6)
- ▶ Referencias (máximo 15)
- ▶ Extensión máxima de 2500 palabras

Derechos humanos y salud. Incluirá reportes de investigación, reseñas de documentos normativos o académicos y otras publicaciones relacionadas con el tema de Derechos Humanos. Esta sección no es fija.

- ▶ Título, resumen y palabras clave en español e inglés
- ▶ Cuerpo del trabajo
- ▶ Tablas y Figuras pertinentes (máximo 6)
- ▶ Referencias (máximo 15)
- ▶ Extensión máxima de 2500 palabras

Reseñas. Incluirá reseñas de libros, reportes de investigación, documentos académicos y otras publicaciones relacionadas con el perfil editorial de la REVISTA CONAMED. Esta sección no es fija.

- ▶ Título, resumen y palabras clave en español e inglés
- ▶ Cuerpo del trabajo
- ▶ Referencias (máximo 5)
- ▶ Extensión máxima de 2500 palabras

Comunicaciones breves. Incluirá reportes de investigación, reseñas de documentos normativos o académicos y otras publicaciones relacionadas con el perfil editorial de la Revista CONAMED. También se considerarán informes de instituciones y agrupaciones académicas o profesionales que sean de interés general, siempre que sean aprobados por el Consejo Editorial. Esta sección no es fija.

- ▶ Título en español e inglés
- ▶ Cuerpo del trabajo
- ▶ Tablas y Figuras pertinentes (1 máximo)
- ▶ Referencias (máximo 5)
- ▶ Extensión máxima de 500 palabras

El autor podrá sugerir la sección de la Revista en la que considere que su manuscrito puede ser incluido, pero será facultad del Editor decidir la sección definitiva para su publicación.

Formato y entrega del manuscrito

Los trabajos remitidos deberán ser mecanografiados con procesador de textos: Word u OpenOffice.org Writer, en hoja tamaño carta, con márgenes de 2.54 cms, con letra Arial de 12 puntos, y espaciado de 1.5 renglones en todo su contenido (incluyendo página inicial, resúmenes, texto, referencias, cuadros y pies de figuras). Las páginas deberán numerarse consecutivamente en la esquina superior derecha. Las Tablas y/o Figuras deberán enviarse en archivos separados del texto, en los formatos originales en que se crearon (Word™ o Excel™), y para su presentación se seguirán las siguientes recomendaciones:

- ▶ Tablas. Cada una se adjuntará de manera individual en una página posterior a la última sección del manuscrito, indicando el número (formato arábigo) de Tabla y su título en la parte superior de ésta. La ubicación de la Tabla se indicará en el cuerpo del artículo. No deben remitirse cuadros fotografiados. Adicionalmente, se deberá enviar el archivo original.
- ▶ Figuras. Incluye gráficas, esquemas, flujogramas, dibujos, fotografías y demás apoyos visuales que el autor considere relevantes para esclarecer el contenido de su artículo. Cada una se adjuntará de manera individual en una página posterior a la última sección del manuscrito, indicando el número (formato arábigo) de Figura y su descripción en forma de Nota al pie de figura. La ubicación de la Figura se indicará en el cuerpo del artículo. Deberán ser enviados los archivos originales, en los que se elaboró la Figura, en formato .JPG o .TIFF, de alta resolución, a 300 dpi o mayor.

Para otros aspectos del formato, que no contravengas los hasta aquí expuestos, deberán seguirse las **Recomendaciones para realizar, notificar, editar y publicar trabajos académicos en revistas médicas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE)**, conocidas también como formato Vancouver, que se encuentran disponibles en línea en la siguiente dirección <http://www.revespcardiol.org/es/requisitos-uniformidad-losmanuscritos-enviados/articulo/13062920/>

Para la elección de las Palabras clave en español e inglés se recomienda emplear los términos de la versión más reciente de los **Descriptorios en Ciencias de la Salud (DECS)** y del **Medical Subject Headings del Index Medicus** disponibles respectivamente en las páginas <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> y <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>

Se recomienda ampliamente un apartado con las Consideraciones éticas instrumentadas en el estudio.

Instrucciones para autores

- **Referencias.** Deben enumerarse por orden progresivo de acuerdo como aparecen por primera vez en el texto, tablas y figuras, y estar señaladas en el texto en números arábigos, sin paréntesis, en superíndice y después de la puntuación. Para su correcta estructura es necesario consultar la Guía para la preparación de las referencias.

Indicaciones para citar las referencias

Artículos de revistas

- La redacción deberá ajustarse a las indicaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
- Se debe incluir a todos los autores (apellidos seguidos de las iniciales de sus nombres propios en mayúsculas y sin puntos) cuando son cinco o menos. Cuando sobrepasen este número se nombrarán los tres primeros, seguidos de et al., tanto en referencias en español como en otros idiomas. Cada autor debe estar separado por comas y el último autor deberá estar separado del título del artículo por un punto y seguido.
- Se respetará el título del trabajo en forma íntegra en el idioma original. No se aceptarán los títulos de las revistas completos; la lista de las abreviaturas correctas de las revistas indizadas, disponible en ftp://ftp.ncbi.nih.gov/pubmed/J_Entrez.txt
- El año de publicación se colocará después de la abreviatura de la revista sin puntuación de por medio. Luego del año de publicación se colocará “punto y coma” (;) para separarlo del volumen de la revista.
- No es necesario colocar el número ni el mes de publicación en las revistas que publiquen sus números con paginación continua. El volumen estará seguido de “dos puntos y seguido” (:) para separarlo de la página inicial y final del artículo referido. Ambas páginas estarán separadas por un guión.

Ejemplo:

Meljem-Moctezuma J, Pérez-Castro J, Soto-Arreola M. Identificación de la mala práctica de enfermería a partir de la queja médica. *Rev CONAMED*. 2013;18:S6–16.

Capítulo de un libro

Se debe incluir a todos los autores (apellidos seguidos de las iniciales de los nombres en mayúsculas) cuando son tres o menos. Cuando sobrepasen este número se nombrarán los tres primeros, seguidos de la palabra et al., tanto en referencias en español como en otros idiomas. Cada autor debe estar separado por comas y el último autor deberá estar separado del título del capítulo por un punto y seguido. Se respetará el título del capítulo en forma íntegra en el idioma original y se colocará un “punto y seguido” al final del título. A continuación se colocará la palabra “In” para publicaciones en inglés o “En” para publicaciones en español, seguida de “dos puntos y seguido” (:). Se incluirán los nombres de los editores en el mismo formato indicado para los autores. Luego del último nombre se colocará la palabra “editor(es)” antecedido por una coma (,) y seguido por un punto y seguido (.). Se colocará el título del libro seguido de un “punto y seguido” (.). Luego se escribirá el número de la edición separado por “punto y seguido” de la ciudad de edición. Ésta estará separada por dos puntos y seguido (:) del nombre de la editorial. Se colocará un “punto y coma” (;) seguido del año

de publicación, dos puntos y seguido (:) para separar el número de página inicial y final del capítulo separados por un guión (-).

Se permite la expresión “en prensa” cuando se trata de un trabajo ya aceptado para publicación por alguna revista y debe especificarse el nombre de la misma.

Todos los demás casos referentes a resúmenes, libros, publicaciones de conferencias, informes técnicos y científicos, artículos periodísticos, páginas en internet o material electrónico, pueden consultarse directamente en http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Al remitir artículos es necesario que se designe un autor de contacto, quien deberá incluir su nombre completo, teléfono, correo electrónico y dirección postal. El autor de contacto será responsable del contenido del manuscrito y de aportar al equipo editorial la información adicional que se le solicite, de revisar y atender los comentarios y sugerencias de los revisores y aprobar la versión final del documento.

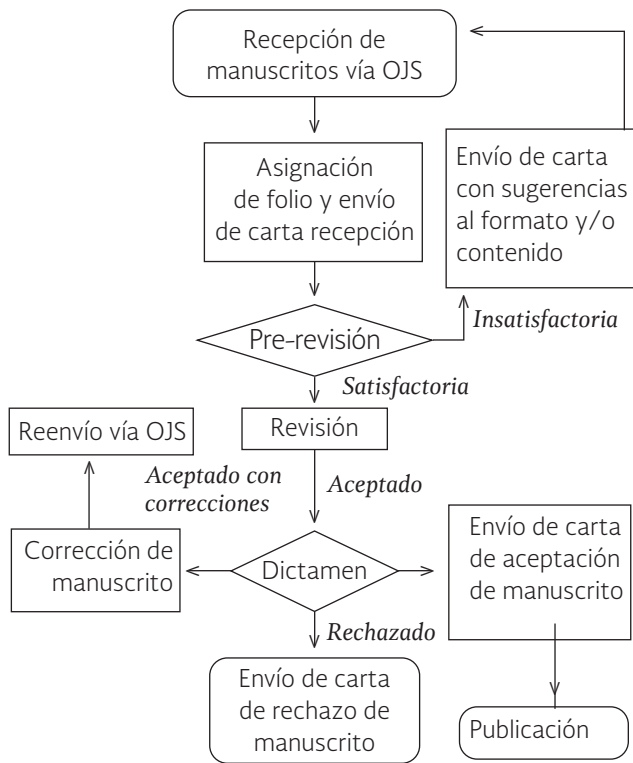
Los trabajos deberán entregarse en formato digital a través del portal electrónico OJS en: www.conamed.gob.mx/revista.html

Arbitraje Editorial o Revisión por pares. La revisión por pares o arbitraje editorial, consiste en el conjunto de opiniones que realizan expertos externos, seleccionados por los editores, con el objetivo de mejorar la calidad de las publicaciones de una revista. Los revisores emiten un dictamen rápido, cuidadoso, atento, sin sesgos y justificado acerca de la viabilidad de un manuscrito para ser publicado en la Revista CONAMED, el cual puede ser Aceptado, Aceptado con correcciones menores, Aceptado con correcciones mayores, Rechazado. El proceso de arbitraje editorial tiene una duración aproximada de 45 días hábiles y es de doble ciego, por lo cual los autores desconocen quién realiza la revisión y los revisores desconocen los nombres y -en la medida de lo posible- cualquier otro dato que permita la identificación de los autores. Si bien los autores de un manuscrito pueden sugerir quién puede actuar como revisor de su trabajo, enviando el nombre y datos de contacto del posible revisor, la Revista CONAMED se reserva el derecho de atender dichas sugerencias. En todos los casos se dará la oportunidad al autor de responder a los comentarios del revisor.

Se ilustra el proceso de arbitraje editorial. (Figura 1).

Responsabilidad de autoría. Los autores, al enviar su artículo, tácitamente certifican que 1) el artículo enviado a REVISTA CONAMED representa un trabajo válido al cual contribuyeron sustancialmente mediante la concepción y diseño del estudio, la recolección de los datos, el análisis y la interpretación de los mismos, la redacción o revisión crítica y propositiva del documento original; 2) aprobaron su versión final, y 3) ni el artículo ni una parte sustancial del mismo ha sido publicado o está siendo considerado para publicación bajo su autoría en otro lugar.

Declaración pública de conflictos de intereses de los autores. Existe un conflicto de intereses cuando un autor (o la institución del autor), tiene relaciones financieras o personales con el editor o revisor del manuscrito evaluado. Estas relaciones varían, entre aquellos con potencial insignificante, hasta los que tienen un



gran potencial para influir en el juicio científico. Los conflictos de interés, o su ausencia, deberán ser declarados a la REVISTA CONAMED en la página inicial del manuscrito de la siguiente forma:

En caso de conflicto de interés: (Nombre del autor) declaro que (1) (2) (3) o (4). [donde 1. he recibido financiación de [Nombre de la Organización] para asistir a eventos científicos, o 2. soy empleado o he recibido honorarios de parte de [Nombre de la Organización] por concepto de asesorías, conferencias y actividades educativas en las que ha participado, o 3. soy dueño o poseo acciones de [Nombre de la Organización], o 4. explicar cualquier otra situación que genera el potencial]

En caso de no conflicto de interés: “Los autores declaramos no tener intereses personales, comerciales, financieros o

económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo”.

Declaración de Consentimiento Informado. Los sujetos de estudio tienen derecho a la privacidad y a la protección de su identidad y datos personales, mismos que no deberán ser identificables en la publicación. Esto incluye los nombres de los sujetos de estudio, sus iniciales o datos numéricos relevantes (e.g., fecha de nacimiento), los cuales no deberán ser publicados en descripciones escritas, fotografías o genealogía, a menos que la información sea esencial para propósitos científicos y que el sujeto de estudio (o padre o tutor o responsable legal) den su consentimiento informado por escrito para la publicación. El consentimiento informado para este propósito requiere que, cuando uno o más sujetos de estudio vayan a ser identificados, se le muestre el documento que será publicado y se obtenga su consentimiento, mismo que el autor deberá entregar en copia simple a la Revista CONAMED.

Declaración de respeto a los Derechos Humanos y de los Animales no humanos. Cuando se reportan estudios experimentales en sujetos humanos, los autores deberán indicar si los procedimientos que se siguieron estaban de acuerdo con los estándares éticos de un comité responsable de la experimentación en humanos (institucional o nacional) y la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 2000 y con notas de clarificación en 2002 y 2004, disponible en la siguiente dirección: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>

Si existe duda de que la investigación fue realizada de acuerdo con la Declaración de Helsinki, el autor deberá explicar las razones para su proceder y demostrar que el cuerpo institucional de revisión explícitamente aprobó los aspectos dudosos del estudio. Cuando se reportan experimentos en animales no humanos, se debe pedir a los autores que indiquen si se siguió la guía institucional y nacional para el cuidado y uso de animales no humanos.

Datos De Contacto

REVISTA CONAMED Mitla 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Piso 8 Colonia Vértiz Narvarte Delegación Benito Juárez C. P. 03020, Ciudad de México, México. Teléfonos: +52 (55) 5420-7143, +52 (55) 5420-7106 +52 (55) 5420-7103. Correo electrónico: jjurita@conamed.gob.mx, dluna@conamed.gob.mx

Recomendaciones en lenguas indígenas

Uno de los propósitos que persigue la CONAMED es orientar a la población sobre el autocuidado de la salud, en este sentido los invitamos a conocer este material:

Recomendaciones generales dirigidas a los pacientes para mejorar la comunicación con el personal de salud.

Recomendaciones a la mujer embarazada para mejorar la comunicación con el personal de salud durante el embarazo, el parto y puerperio.

Recomendaciones dirigidas a los pacientes para mejorar la atención del adulto mayor.

Las recomendaciones se tradujeron en texto y audio a 17 lenguas, contando así con 51 traducciones en lenguas indígenas dirigidas a favorecer la atención de la salud.

www.gob.mx/conamed



**CONAMED te escucha y orienta ante
una posible diferencia con tu paciente, porque
defendemos el derecho a la protección de tu salud**