

REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ISSN 1390-7581

VOLUMEN

9(2)

Julio - diciembre
2015



Unach

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

Libres por la Ciencia y el Saber

REE
REVISTA EUGENIO ESPEJO

PUBLICACIÓN SEMESTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
RECTORA

Dra. María Angélica Barba Maggi, M. Sc.

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Anita Cecilia Ríos Rivera

VICERRECTOR DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

M. Sc. Lexinton Cepeda Astudillo

VICERRECTORA ADMINISTRATIVA

Dra. Lucila De la Calle Andrade

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. Vinicio Moreno Rueda

COMITÉ EDITORIAL

DIRECTOR GENERAL

Dr. Carlos Gafas González Ph. D.

Universidad Nacional de Chimborazo

EDITOR EJECUTIVO

M. Sc. Yosbanys Roque Herrera

Universidad Nacional de Chimborazo

SECRETARIA EJECUTIVA

M. Sc. Cielito del Rosario Betancourt Jimbo

Universidad Nacional de Chimborazo

EDITORES RESPONSABLES

M. Sc. Liuvan Herrera Carpio

Dra. Lucila De la Calle Andrade

Universidad Nacional de Chimborazo

CORRECCIÓN

Lic. Mayreen Dita Gómez

Universidad Nacional de Chimborazo

DISEÑO

Ing. Miguel Alejandro Cruz Pérez

Universidad Nacional de Chimborazo

MIEMBROS INTERNOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

M. Sc. Angélica Salomé Herrera Molina

Dra. Yaira María Barranco Ruiz, Ph. D.

Dra. Sandra Margarita Cruz Quintana, Ph. D.

Ph. D. Emilio Villa González

Dr. Uvaldo Recino Pineda, Ph. D.

M Sc. Yissela Ramos Giampieri

Ph. D. Katiuska Figueredo Villa

Ph. D. Mirella Pérez Rodríguez

Ph. D. Lenin Loaiza Dávila

MIEMBROS EXTERNOS

Ph. D. Ramón Ezequiel Romero Sánchez

Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba

Ph. D. Matilde Landín Sorí

Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba

M Sc. Nubia Blanco Balbeito

Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba

Ph. D. Digna Edelsa Hernández Meléndrez

Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba

Ph. D. José Miguel Álvarez Suárez

Universidad San Francisco de Quito, Ecuador

Ph. D. Aida Maribel Chisaguano Tonato

Universidad San Francisco de Quito, Ecuador

Índice

ARTÍCULOS TEMÁTICOS

- 17 Servicios hospitalarios en una institución de caridad: el caso del Hospital San José**
Hospital services in a charity institution: the case of the San Jose Hospital
Autores:
Yosbanys Roque Herrera
 Email: yroque@unach.edu.ec
Carlos Gafas González
Anabela del Rosario Criollo Criollo
Ania López Duque
María Angélica Barba Maggi

- 23 Del Hospital de la Misericordia al Hospital Provincial General Docente Riobamba**
From the Hospital de la Misericordia to the Hospital Provincial General Docente Riobamba
Autores:
Gonzalo Edmundo Bonilla Pulgar
 Email: bonillapg@yahoo.com
Deysy Elena Nina Toscano
Grace Elena Bonilla Nina

ARTÍCULOS DE TEMA LIBRE

- 39 Educación a distancia en Ciencias de la Salud: preparación pedagógica de los docentes**
Distance Education in Health Sciences: pedagogical training of teachers
Autores:
Blanca Agramonte Albalat
 Email: blanca@undoso.vcl.sld.cu
Isabel Mata Fleites
Maritza Amechazurra Oliva
Inés Treto Bravo
Yosbanys Roque Herrera
Carlos Gafas González

- 46 Trastornos hipertensivos en el embarazo en pacientes del Hospital General Docente de Riobamba**
Hypertensive disorders in pregnancy in patients of Hospital General Docente de Riobamba
Autores:
Liseth Carolina Inca Bravo
Jesica Germania Lema Tayupanda
Brayan Germán Rubio Espinoza
Paulina Alexandra Salazar Valverde
Byron Stefano Salgado Yungán
Cecilia Ximena Tene Carrillo
Anabela del Rosario Criollo Criollo
 Email: ccanabela@hotmail.com

ARTÍCULO DE PRESENTACIÓN DE CASO

- 55 A propósito de un caso relacionado con el Proceso Asistencial Integrado “Riesgo vascular” en atención primaria de salud**
Apropos of a case related to the Integrated Healthcare Process “vascular risk” primary health care
Autores:
Estefanía Murcia Alabarce
 Email: estefaniama93@gmail.com
Estela María Lomas Muñoz
Jacobo Cambil Martín

- 65 Atención a cuidadoras en atención primaria: plan de cuidados relacionado con procesos asistenciales integrados**
Caregivers care in primary care: care plan related with integrated assistance processes
Autores:
Estela María Lomas Muñoz
 Email: estelalm84@gmail.com
Estefanía Murcia Alabarce
Jacobo Cambil Martín

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 79 Cuidadores: respaldo legal y bioético en Cuba**
Carers: legal and bioethical support in Cuba
Autores:
Katiuska Figueredo Villa
 Email: katyfigueredo@outlook.com
Juan Luis Figueredo Morales
Luz María Lalón Ramos
Eida Ortiz Zayas
Odalys García Joanicot
Mayra Carola León Insuasty

- 89 Cuidados paliativos vs calidad de vida**
Palliative Care vs. quality of life
Katiuska Figueredo Villa
 Email: katyfigueredo@outlook.com
Merlys Torres Pérez
José Antonio Román Apiao
Yolanda Elizabeth Salazar Granizo
Viviana del Rocío Mera





Instrucciones a los autores

I. ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La *Revista Eugenio Espejo* (REE) se ha constituido en un espacio de la ciencia que publica debates, análisis y resultados de la investigación sobre temáticas relacionadas con las Ciencias de la Salud y afines, escritos en idioma Español. Su frecuencia de publicación es semestral y tiene como propósito divulgar los resultados de los procesos investigativos y las experiencias profesionales relevantes, promoviendo así la actualización permanente de las tendencias del pensamiento y de las prácticas en el área del conocimiento a la que responde. Esta publicación se realiza con fondos propios de la entidad que la produce: la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH). Se encuentra indexada en las bases de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS). Su Número Internacional Normalizado de Publicaciones Seriadas (ISSN) es: 1390-7581. El formato principal de la revista es impreso; sin embargo, las versiones digitalizadas de los ejemplares a partir del 2014 se encuentran disponibles para descarga libre en la web: <http://www.unach.edu.ec/index.php/publicate>. La REE sigue los lineamientos establecidos por el "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE), respecto a los "Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas", los cuales se encuentran disponibles en la dirección electrónica: <http://www.icmje.org>. Al respecto, se sugiere a los autores realizar una lectura del documento disponible en <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>. Por decisión editorial, en cada número se priorizarán las publicaciones originales. Por este motivo, al menos el 50% de los artículos serán de este tipo. El máximo de manuscritos firmados por un mismo autor en un número temático no debe exceder de dos. Los manuscritos presentados a la REE deberán tener carácter inédito, no haber sido presentados simultáneamente a otras revistas biomédicas (envío duplicado), o aceptados para publicación. Será posible la sumisión de artículos para su valoración por la REE, que previamente hayan tenido presentaciones parciales, tales como exposiciones de resultados preliminares o resúmenes o póster, presentados en congresos científicos, disertaciones de tesis, o publicados solo como

actas de reuniones científicas o en formatos similares. Los resultados parciales que hayan sido publicados anteriormente y que representan antecedentes de la propuesta presentada para publicación deben ser adecuadamente referenciados y expresamente declarados como republicación. La información expresada en el manuscrito a través de conceptos, opiniones, análisis, etc., así como la exactitud y la validez de las citas, son de exclusiva responsabilidad de los autores. Los artículos que reproducen material publicado anteriormente, o que utilizan ilustraciones en las que se puedan identificar personas, deben adjuntar un fichero en pdf con los documentos que autorizan a ello por las instancias correspondientes. El cumplimiento de las normas éticas referentes a las publicaciones de investigaciones con seres humanos son de entera responsabilidad de los autores y deben estar en conformidad con los principios contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 y 2000). Al efecto, el autor deberá declarar la información pertinente en el acápite de Materiales y métodos, tal y como se describe más abajo. Las personas declaradas como autores deben haber participado en la elaboración de los artículos, de modo que puedan asumir públicamente la responsabilidad con su contenido. La cualificación como autor debe suponer: a) la concepción, el delineamiento o análisis y la interpretación de los datos, b) la redacción del artículo o su revisión crítica, y c) la aprobación de la versión a ser publicada. Los artículos publicados serán de propiedad de la REE, quedando prohibida la reproducción total o parcial en cualquier otro medio de divulgación, impresa o electrónica, sin la previa autorización de los editores jefes de la revista.

II. SECCIONES DE LA REVISTA Y TIPOS DE ARTÍCULOS

Las secciones de la REE se harán coincidir con la tipología de los artículos incluidos en cada número, pudiendo ser las siguientes:

Editorial: de responsabilidad de los editores jefes o de los editores invitados, debe tener hasta 500 palabras.

Artículos temáticos: deben ser originales y tratar sobre resultados de investigaciones de naturaleza empírica, experimental, conceptual y de revisiones sobre el tema en pauta; así como sobre análisis críticos que aporten enfoques novedosos a las Ciencias de la Salud. Los textos de investigación no deberán rebasar las 5000 palabras desde la introducción hasta las conclusiones. Este tipo de artículo deberá contar con las secciones siguientes: página informativa, resumen/abstract de no más de 250 palabras (con palabras clave/key words), introducción, material y métodos, resultados y discusión, conclusiones, financiamiento, agradecimientos, conflictos de intereses, declaración de contribución y referencias bibliográficas.

Estos se seleccionarán para cada número atendiendo a términos de referencia inherentes a algún área de las Ciencias de la Salud de interés y/o relevancia, seleccionados entre las propuestas enviadas espontáneamente de los investigadores o por llamada pública de los editores-jefes.

Artículos de temas libres: deben ser originales y de interés para las Ciencias de la Salud por libre presentación de los autores. Asumirán las mismas características de los artículos temáticos.

Artículos de revisión: deben ser textos basados exclusivamente en fuentes secundarias, sometidos a métodos de análisis ya teóricamente consagrados, temáticos o de libre demanda, pudiendo alcanzar hasta el máximo de 8000 palabras, y no podrán tener más de cinco autores. Este tipo de artículo deberá contar con las secciones siguientes: página informativa, resumen/abstract de no más de 150 palabras (con palabras clave/key words), introducción, desarrollo, conclusiones, conflictos de intereses, declaración de contribución y referencias bibliográficas.

Artículos de presentación de casos: deberán contar con no más de 4000 palabras y las secciones siguientes: página informativa, resumen/abstract de no más de 150 palabras (con palabras clave/key words), introducción, desarrollo, discusión, conclusiones, conflictos de intereses, declaración de contribución y referencias bibliográficas.

Artículos de opinión: texto que exprese la posición calificada de los autores con respecto a temas de interés en el área de la REE, contarán

con un máximo de 2000 palabras y sus secciones se corresponden con las de los de revisión.

Reseñas: análisis crítico de libros relacionados con el campo temático de las Ciencias de la Salud, publicados en los dos últimos años, cuyo texto no debe exceder las 350 palabras, utilizando dos párrafos como máximo en el que se aprecie un discurso claro y conciso. Los autores de la reseña deben incluir al principio del texto la referencia completa del libro. Los autores deberán insertar como anexo una copia, en alta definición, de la cubierta del libro en formato jpg.

Cartas al editor: con apreciaciones y sugerencias acerca de lo que fue publicado en números anteriores de la revista o comunicaciones breves sobre la marcha de investigaciones originales o experiencias profesionales significativas en el área de las Ciencias de la Salud o afines. (Máximo de 350 palabras).

III. PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

Indicaciones generales

1. Los textos presentados deberán ser escritos en idioma Español, y las palabras clave declaradas deberán coincidir con las existentes en el catálogo de DeCS, que aparece en la dirección electrónica: http://decs.bvs.br/E/DeCS2016_Al-fab.htm.
2. Los manuscritos deberán ser digitados en interlineado 1.5, fuente Times New Roman, tamaño 12, y con márgenes de 2,5 cm, solo se aceptarán en formato Word.
3. No se aceptarán notas a pie de página o en el final de los artículos.
4. El uso de las abreviaturas y convenciones debe estar acorde con las adoptadas y reconocidas de acuerdo a las diferentes disciplinas especializadas. En el caso particular del título y en el resumen, deberán evitarse. La designación completa a la cual se refiere una abreviatura, deberá precederla en su primera aparición en el texto.
5. Los artículos presentados deberán constar de una página informativa seguida del texto con el formato establecido según la tipología de la propuesta.
6. Las tablas que expresen los resultados no deberán exceder de cinco incluyendo las imágenes que se utilicen, serán enviadas en formato editable y no como imágenes, estarán posicionadas en el lugar que le corresponde en el texto, y numeradas

consecutivamente de acuerdo con su aparición en el texto. Los autores se asegurarán de que los datos presentados en ellas no dupliquen los resultados descritos en otras partes del artículo. Evite el uso de reglas verticales, se utilizarán líneas simples y horizontales, llevarán un título descriptivo, notas o leyenda, con la información suficiente para su comprensión. Los encabezados de las columnas deben ser explicativos y cuando sea apropiado, referir unidades de medida. Las notas al pie deben ser escritas debajo de la tabla y referidas con letras en negritas. El enunciado de las tablas se escribirá de la siguiente forma: Tabla #, donde el símbolo # deberá ser sustituido por el número consecutivo que le corresponde.

7. Las imágenes empleadas en forma de diagramas, gráficos, esquemas, fotos, estructuras químicas, dibujos y otras, se referirán como figuras en el interior del texto, numerándose con dígitos arábigos consecutivos en orden de aparición en el cuerpo del texto de la siguiente forma: Figura #, donde el símbolo # deberá ser sustituido por el número consecutivo que le corresponde.

En el caso de figuras compuestas por varias imágenes, estas se identificarán por el respectivo número y una letra mayúscula consecutiva (por ejemplo: Figura 1A, Figura 1B, etc.). El tamaño debe ser preferentemente de 8.7 mm de ancho (una columna), o entre 10.5 y 18 cm de ancho (dos columnas) y en alta definición.

En caso de ser necesaria incluir alguna especificación en relación con una estructura o propiedad de interés para el trabajo que se presenta, se utilizará una saeta superpuesta a la imagen para señalarla. El tamaño de letra oscilará entre 6 y 12 unidades. En el caso de gráficos que expresen resultados cuantificables producto de análisis estadísticos, se recomienda incluir los indicadores que denoten diferencias o similitudes, además de referir el nombre de los análisis y los estadígrafos correspondientes en la leyenda.

•Indicaciones específicas para cada parte:

Los documentos presentados deberán estar adecuados al formato establecido para cada tipología de artículo en la sección II, seguir las indicaciones generales de preparación del

manuscrito y las especificidades establecidas en este acápite.

1. Página informativa:

Título del artículo de no más de 20 palabras, nombres y apellidos completos de los autores, los que serán mencionados en orden según contribución de cada uno, expresando su afiliación en cuanto a entidad(es) en la(s) que labora, realiza proceso de formación, ejercicio docente, etc., deberá indicar país y ciudad donde se ubican las mismas.

El autor de correspondencia deberá ser declarado en esta página, reflejando los datos de contacto: teléfono, email y dirección postal completa.

2. Texto:

2.1. Resumen: debe ser conciso, auto explicativo y objetivo. Se escribirá en un solo párrafo y con una extensión acorde con la tipología del artículo presentado. En esta sección se indicará brevemente el propósito de la investigación, los principales resultados y conclusiones. Las referencias deben evitarse, así como las abreviaturas no estándares o no comunes.

2.2. Palabras clave: inmediatamente después del resumen, los autores proporcionarán un máximo de 5 palabras clave, evitando términos generales y plurales. Se debe evitar las abreviaturas: solo las firmemente establecidas en el campo pueden ser utilizadas. Como las palabras clave se utilizan para fines de indexación, las declaradas deberán coincidir con las existentes en el catálogo de DeCS, que aparece en la dirección electrónica: http://decs.bvs.br/E/DeCS2016_Alfab.htm.

2.3. Introducción: los autores deberán exponer el estado del arte del tema tratado en su artículo, evitando una revisión bibliográfica detallada o un resumen de los resultados obtenidos en otros trabajos. Se debe exponer además los objetivos de la investigación, su importancia, originalidad y contribución a nuevos conocimientos en el campo.

2.4. Materiales y métodos: los autores deben proporcionar una descripción detallada de los métodos y procedimientos utilizados durante el estudio, además de elementos referidos a población, muestra, técnicas y materiales empleados. Las consideraciones éticas tenidas en cuenta durante la investigación científica serán reflejadas en este acápite, tales como respeto de principios, consentimientos, autorizaciones, certificaciones

y otros. Se hace especial énfasis en el caso de propuestas de publicaciones derivadas de estudios con seres humanos; los autores deberán presentar la certificación de un Comité de Bioética autorizado, así como el registro en la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), en el Ministerio de Salud Pública y en la Plataforma de Registro Único de Ensayos Clínicos de la Organización Mundial de la Salud.

2.5. Resultados y discusión: podrán presentarse en secciones separadas o combinadas en una sola sección. Los resultados se deben exponer de manera clara y sin redundancia, el uso de tablas y figuras es recomendado, pero sin hacer abuso de las mismas. La discusión debe ser concisa, comparando los resultados con datos expuestos en publicaciones anteriores, pero sin repetir los obtenidos. Los autores deberán además realizar explicaciones para los resultados observados. Todos los datos deben ir acompañados de análisis estadísticos apropiados, incluyendo la información completa sobre el muestreo, la replicación y cómo se eligió el método estadístico empleado. Evite las citas extensas y discusión de la literatura publicada, así como la realización de conjeturas con los datos obtenidos.

2.6. Conclusiones: las principales conclusiones del estudio se presentarán en esta sección en una manera resumida, evitando repetir los datos.

2.7. Financiamiento: los autores deberán destacar, si se aplica, las fuentes de financiamiento que contribuyeron a la realización de la investigación.

2.8. Agradecimientos: en esta sección se mencionarán las personas que proporcionaron ayuda durante la investigación (por ejemplo, en el diseño metodológico, en la realización de algún tipo de test en particular, en la asistencia en la escritura o revisión crítica del artículo, etc.). Los autores son responsables por obtener la autorización de las personas nombradas, la revista no se responsabilizará por reclamaciones al efecto.

2.9. Conflictos de intereses: se especificarán las instituciones involucradas en la ejecución de la investigación en sus diferentes momentos o etapas, haciéndose mención del papel desempeñado, que le hacen acreedora del reconocimiento y

responsabilidad por la publicación de los resultados. Los autores deberán respetar convenios, contratos, compromisos que les obligan moral y legalmente a realizar el reconocimiento correspondiente. Será entera responsabilidad de los autores la omisión o mención indebida de alguna institución en este acápite.

2.10. Declaración de contribución: se especificarán las contribuciones individuales de los autores en la elaboración del artículo (ej. LM Fernández trabajó en la concepción y en la redacción final y CM Rodríguez en la recolección de los datos y en la metodología).

2.11. Referencias bibliográficas: deben ser citadas siguiendo la Norma Internacional Vancouver, la cual puede ser consultada en la dirección http://ddd.uab.cat/pub/guibib/60727/mvancouver_a2014iSPA.pdf. Se recomienda a los autores que al menos el 50% de las referencias bibliográficas cumplan con los siguientes criterios de actualidad: libros de no más de diez años de editados, artículos de revistas de no más de cinco años de publicados, informaciones vigentes en páginas web oficiales reconocidas. El número de libros citados no deberá superar el 15% del total de las referencias, de la misma manera las web oficiales reconocidas no sobrepasarán el 5%.

IV. DIRECTRICES PARA EL ENVÍO DE LOS ARTÍCULOS

Los manuscritos deberán ser enviados a la dirección electrónica: revistaeugenioespejo@unach.edu.ec, o se realizará su entrega en soporte digital, directamente en el Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo, ubicada en el Campus Norte "Edison Riera R." Avda. Antonio José de Sucre, km 1.5, vía a Guano, Riobamba, Chimborazo, Ecuador. Se recomienda que los artículos sometidos a valoración para publicación no traten solamente cuestiones de interés local o se ajusten a la descripción de un problema determinado.

V. SISTEMA DE ARBITRAJE

Los artículos serán recepcionados por la secretaria de la REE, la que realizará una revisión del cumplimiento de las normas

editoriales establecidas. Los autores serán notificados de su recepción inmediatamente que sea registrado y hasta dos semanas después se les comunicará si requiere de resolver cuestiones inherentes a estilo y formato.

Luego de que el manuscrito reciba el visto bueno de los editores jefes, se pasa al proceso de arbitraje externo mediante el sistema doble ciegas, proceso que puede demorar de tres a seis meses en dependencia del número de artículos en proceso y de la presencia de especialistas en el área de las Ciencias de la Salud en la que se enmarca. Una vez obtenido el dictamen, los autores serán notificados del resultado, contando con hasta diez días para resolver los señalamientos en caso de existir estos. Los artículos negados podrán ser presentados a otras revistas científicas según la voluntad de los autores, una vez que sean notificados oficialmente.

VI. INDEXADA EN:

Revista indexada en las bases de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS).

Artículos temáticos

Servicios hospitalarios en una institución de caridad: el caso del Hospital San José

Hospital services in a charity institution: the case of the San José Hospital

Autores:

Yosbanys Roque Herrera

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Carlos Gafas González

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Ania López Duque

Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba

Anabela del Rosario Criollo Criollo

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador
Hospital Provincial General Docente de Riobamba, Ecuador

María Angélica Barba Maggi

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Autor de correspondencia:

Yosbanys Roque Herrera, Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador,
tel. 0993928193, email: yroque@unach.edu.ec.

RESUMEN

La historia de los servicios hospitalarios representa un arsenal de experiencias para las actuales generaciones de profesionales de la Salud. El Hospital de Caridad San José, en la ciudad de Sagua la Grande, Cuba, mostró un pasado al que no se debería volver. La falta de profesionalismo, de recursos y una dirección inadecuada hicieron de este “centro de salud” un lugar de antesala de la muerte. Compartir las experiencias históricas de dicha institución con los profesionales de la salud fue el propósito perseguido por los autores. Se realizó una investigación histórica, cuyo informe fue redactado en formato de ensayo; los datos fueron recogidos a través de la revisión de documentos, fotos y archivos históricos, además de entrevistas a profesionales de la salud que laboraron en el antiguo hospital. Se abarcó el período desde su surgimiento hasta su desmantelamiento, sin descuidar los contextos políticos y sociales. Se precisaron sus momentos trascendentales, haciendo énfasis en las experiencias ético-profesionales inherentes a los servicios de salud. La investigación mostró que la salud no puede quedar a merced de la caridad y la buena voluntad, sino que es preciso una adecuada proyección gubernamental al respecto.

Palabras clave: servicios hospitalarios, historia, hospital de caridad

ABSTRACT

The history of hospital services represents a range of experiences for present generations of Health Professionals. The San Jose Charity Hospital in the city of Sagua la Grande, Cuba, showed a past that should not come back. The lack of professionalism, resources and inadequate leadership made this “Health Center” a place as a prelude to death. This research aimed to share the historical experiences of the institution with health professionals. A historical research whose report was written as an essay format was carried out. Data were collected through the review of documents, photos and historical archives, interviews to Health Professional who worked in the old Hospital. This work considered all aspects from the arising stage to their dismantling including political and social contexts. Its transcendental moments were specified, emphasizing the ethical-professional experiences inherent in health services. The research showed that health cannot be in charge by charity and goodwill, indeed it is very necessary a proper projection government to face this topic.

Keywords: hospital services, history, charity hospital

INTRODUCCIÓN

La historia de los servicios hospitalarios representa un arsenal de experiencias para las actuales generaciones de profesionales de la Salud.⁽¹⁾ El Hospital de Caridad San José, en la ciudad de Sagua la Grande, Cuba, resulta una muestra de un pasado al que no se debería volver. La falta de profesionalismo, de recursos y una dirección inadecuada hicieron de este “centro de salud” un lugar de antesala a la muerte.⁽²⁾

Los desastres naturales y las enfermedades tropicales muestran a los primeros pobladores europeos llegados a la región sagüera hacia 1792, la necesidad de servicios médicos de calidad, con las instalaciones apropiadas para su efectividad. La situación se hace más difícil en la medida que la ciudad crece, sobre todo cuando las catástrofes — incendios, inundaciones, huracanes y epidemias— azotaron a la población en varias oportunidades.

La epidemia de cólera en octubre de 1850 atacó a más de 1500 personas, cuando la población de Sagua la Grande en esa fecha era de alrededor de 2500; de ellas, fallecieron 1012. Entre otros, el hecho motiva la construcción de una institución de salud: el Hospital de Caridad San José.⁽²⁾

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación histórica, con el objetivo de difundir entre la comunidad científica-profesional de las Ciencias de la Salud, las experiencias obtenidas del devenir del Hospital de Caridad San José ubicado en la ciudad de Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba. Los resultados fueron redactados en formato de ensayo; los datos fueron recogidos a través de la revisión de documentos, fotos y archivos históricos, además de entrevistas a profesionales que laboraron en esta institución. Se abarcó el período desde su surgimiento (1866)

hasta su desmantelamiento (1968), sin descuidar los contextos políticos y sociales, precisando los momentos trascendentales.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A mediados de la década de los '40 del siglo XIX, se instaura en Sagua la Grande el primer hospital militar, que destacó por su aseo, orden y buen servicio, a la altura de los mejores de la isla, pero debido a la magnitud que alcanzaba la ciudad comienza a resultar insuficiente para atender a la población;⁽²⁾ por lo que en abril de 1866 se crea el Hospital de Caridad San José. La placa testigo de la inauguración del hospital, colocada en su parte frontal, fue construida utilizando el mármol de la tarja mortuoria de Doña Juana Caballero, hija del ilustre Don Juan Caballero, fundador de la villa. Actualmente, al dar vuelta a la mencionada placa se puede apreciar su uso anterior.⁽²⁾



Figura 1. Vista exterior del inaugurado Hospital de Caridad San José.

Fuente: Archivo del Museo Municipal de Sagua la Grande, 2006.

Al Gobierno Municipal y a una junta de patronos no les era tarea fácil sostener la institución. La crisis económica de la primera mitad de la década de los '80 en el siglo XIX, producto de una crisis monetaria por la rebaja en los precios del azúcar y otros productos agrícolas, tuvo su repercusión en el Hospital San José, pues al igual que otras obras públicas comenzó a sufrir deterioro producto de la falta de mantenimiento. La junta de patronos no lograba reunir los fondos necesarios y los abastecedores se negaron a avituallar a la institución si antes no se le pagaban los adeudos.

Esta situación en el hospital tuvo su máxima expresión el 24 de mayo de 1884, cuando un

colgadizo de veinte varas de largo se desplomó sobre ocho enfermos. A punto de cerrar, recibió la donación, en 1887, de 20 000 pesos, por parte de Don Tomás Ribalta, quien tras fallecer en Barcelona, había dejado dicha suma en su testamento para los pobres de Sagua, con la que se decidió restaurar el hospital.⁽²⁾

A comienzos de los '90 del siglo XIX, la institución contaba con nueve salas con capacidad para 130 enfermos; pero, según el diario político reformista *El Porvenir*, del 18 de octubre de 1893, las capacidades y servicios aún resultaban insuficientes para la población que atendía.⁽³⁾

A raíz de la inundación del 24 de septiembre de 1894 y ante la crisis sanitaria que se produjo, la villa recibió donativos desde varias partes del mundo. Los hermanos Lamadrid, sagüeros residentes en Barcelona, lanzaron una campaña en esa ciudad española que recaudó 28 782 pesetas, suma que la comisión creada para destinar los fondos decidió emplear en la restauración y reforma del San José. Se construyeron dos salas más con una capacidad para 25 camas a las que se les dio el nombre de “Salas de Monserrate”, en honor al pueblo catalán, además de una edificación menor en su entrada para las oficinas administrativas con una inscripción en su parte superior que decía: “Barcelona”.⁽⁴⁾



Figura 2. Vista exterior del remodelado Hospital de Caridad San José, luego de la inundación de 1894.

Fuente: Alcover A. *La Villa de Sagua la Grande*. Sagua la Grande: Alcover y Hermano; 1909.

En 1895 comienza en Cuba una nueva gesta independentista, que como cualquier guerra trajo consigo el hambre, la persecución

y la violencia. Para principios de 1896, la reconcentración comenzaba de manera espontánea; familias campesinas huyendo de la violencia se refugiaban en las ciudades, mientras los más leales a las fuerzas insurrectas continuaban en sus sitios abasteciendo a sus compatriotas en armas. A mediados de ese año Valeriano Weyler decretó la reconcentración forzada. Sagua la Grande se convirtió en anfitrión de miles de familias de los alrededores que empeoraron la situación económica y sanitaria.⁽⁵⁾

El inspector de sanidad de la Isla, general Don César Fernández, llegó a Sagua la Grande a mediados de 1896 con el objetivo de “solicitar” al ayuntamiento la construcción de un hospital de sangre. El alcalde de entonces, Sr. Noriega, contestó que no tenía fondos para esto, pues eran utilizados en la atención a los reconcentrados. El Coronel Escribano, integrante de la comisión, con tono amenazante le contestó: “Que mueran primero todos los reconcentrados ante de morir un solo soldado español”.⁽²⁾ Por lo que el ejército español durante la guerra independentista del '95 no utilizó las instalaciones del hospital San José, sino que se creó un hospital de sangre en los almacenes de Moré y Ajuria en Isabela de Sagua.⁽⁶⁾



Figura 3. Niños reconcentrados en deplorable estado de salud.⁽⁷⁾

El Hospital de Caridad no había travesado una peor situación en su historia, eran pocas las contribuciones para su causa y el ayuntamiento podía hacer muy poco, pues producto de una pésima administración existían irregularidades en el manejo de los pocos medios que llegaban. Las condiciones higiénicas eran terribles, había carencia de ropas de camas, de medicina, de alimentos y de personal calificado para la atención. Se recluían en él más enfermos de lo que originalmente estaba diseñado para albergar, porque la insalubridad, el hambre y la miseria hacían sucumbir a muchos reconcentrados, sobre todo a los niños que constituyeron el grupo más vulnerable.⁽⁷⁾



Figura 4. Dr. Agustín Abril Letamendi.⁽⁷⁾

El Dr. Abril Letamendi, quien luchó por mejorar la situación de los niños en el hospital, describe en un artículo la situación y solicita que la administración pública se hiciera cargo de la institución benéfica. Exponía que en la sala de niños se llegó a recluir 75 —el triple de su capacidad—, y que con frecuencia se observaban 3 o 4 con ropas roídas durmiendo sobre un solo catre.

Las enfermeras, carentes de preparación profesional, tenían nulas posibilidades de mejorar

en este sentido, pues con lo poco que se les pagaba solo la necesidad extrema podía llevar a alguien a trabajar ahí, por lo que era frecuente que los tratamientos no fueran correctamente llevados según las indicaciones de los médicos. Los contratistas de medicamentos y alimentos se negaron a continuar aprovisionando al hospital si no se les pagaban las deudas, así que todo escaseaba y la leche que llegaba a los pacientes no podía estar más adulterada.⁽⁷⁾

El alcalde Machado, en 1898, por orientación del Gobernador Civil de la Provincia disolvió la junta de patronos y puso el hospital bajo tutela de la Alcaldía. Hizo una selección del personal para trabajar en la institución y sacó a aquellos que no cumplían con sus deberes, se rascaron los pisos de madera para eliminar la suciedad y dejó al señor Alejandro Santos, hombre de probada integridad, al frente de la administración. La situación mejoró en aspectos subjetivos y de organización pero los abastecimientos siguieron siendo pésimos.⁽⁷⁾



Figura 5. Don Francisco de Paula Machado, alcalde de Sagua la Grande en 1898.⁽⁷⁾

Finalizada la Guerra del '95 y luego de la ocupación yanqui, con el inicio de la etapa republicana cambió el nombre de Hospital de Caridad San José por el de Ricardo Pucurull.⁽¹¹⁾

Lamentablemente, otros aspectos no cambiaron. Según las entrevistas realizadas a antiguos trabajadores del Hospital Pucurull, las condiciones continuaron siendo pésimas: el agua de inyección para una sola persona era utilizada hasta para tres, en la sala de Pediatría se encontraba hasta 3 niños por cuna y sus madres en el suelo, las extracciones de sangre realizadas para posteriores transfusiones no podían ser refrigeradas, por lo que perdían su calidad; no obstante, en muchas ocasiones eran utilizadas en quienes precisaban de ellas.⁽¹²⁾

Con el triunfo de la Revolución Cubana (1959) se establecen nuevas medidas de salud pública buscando humanizar los servicios; se eliminó paulatinamente el pago de los tratamientos y se mejoraron las condiciones en las instituciones de salud. Durante los primeros años de la Revolución, el Pucurull continuó brindando servicios, pero ante las insuficientes capacidades de atención en la región centro norte de la provincia de Villa Clara, se decidió la construcción de un nuevo y moderno hospital que cubriera las necesidades del territorio sagüero y sus municipios aledaños, institución inaugurada el 9 de abril de 1968.⁽⁹⁻¹⁰⁾

CONCLUSIONES

El Hospital de Caridad constituyó un paso importante de la Villa de Sagua la Grande para mejorar la calidad de la salud pública, pero insuficiente para las funciones que fue creado. Malas políticas empleadas al efecto, el abandono, y la insuficiencia de recursos impidieron que lograra su cometido a cabalidad. Su historia es una prueba de que la salud no puede quedar a merced de la caridad y la buena voluntad, pues resulta preciso una adecuada proyección gubernamental al respecto.

Conflictos de intereses: los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Declaración de contribución:

Yosbanys Roque Herrera trabajó en la redacción del artículo y en la recolección y procesamiento de los datos.

Carlos Gafas González, María Angélica Barba Maggi y Anabela del Rosario Criollo Criollo sistematizaron la información.

Ania López Duque realizó la recolección y procesamiento de los datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paredes M, Pamela, & Rivas R, Edith. Historia del ejercicio profesional de enfermeras hospitalarias del sur de Chile (1940-1980). *Ciencia y enfermería* [Internet]. 2014 [citado 2015 dic 28]; 20(1): 9-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100002&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-95532014000100002.
2. Alcover A. La Historia de la Villa de Sagua la Grande y su jurisdicción. Sagua la Grande: Imprentas Unidas "La Historia" y "El Correo"; 1905.
3. _____. El donativo de Barcelona. "El Porvenir" Diario Político Reformista. 1893 oct 18.
4. Colectivo de autores. *El Liberal*. La Habana: Echevarría y Hermano; 1930.
5. Suarez Rosas, Luis. El silencio epidemiológico y la ética de la Salud Pública cubana. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado 2015 dic 28]; 39(3): 524-539. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300009&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-3466.
6. Pérez J. Con Sagua, por Sagua y para Sagua. La Habana: Imp. P. Montero e hijo Ltd; 1945.
7. Machado F. Piedad. Sagua la Grande: P Montero; 1917.
8. Delgado García, Gregorio P. Efemérides médicas cubanas, 2014. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2014 [citado 2015 dic 28]; 40(2): 287-292. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200015&lng=es&nrm=iso.
9. Colectivo de autores. Proyección estratégica del Hospital "Mártires del 9 de Abril" 2010-2015. Sagua la Grande: Hospital "Mártires del 9 de Abril"; 2010.

10. Ecu Red. Sagua la grande/ Historia del municipio. La Habana: EcuMovil; 2015. Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Sagua_la_Grande.
11. Ricardo Pucurull, entusiasta por la causa separatista, delegado de José Martí a la organización del Comité de la Juventud Liberal de Sagua. Se incorporó a la Brigada Sagua, formó parte de varios combates, entre ellos el de San Diego (1896), donde fue afectado su sistema nervioso y enfermó gravemente.
12. Testimonios de informantes clave, 2007.

Fecha de recepción: 11 de junio de 2015

Fecha de aceptación: 23 de septiembre de 2015

Del Hospital de la Misericordia al Hospital Provincial General Docente Riobamba

From the Hospital de la Misericordia to the Hospital Provincial General Docente Riobamba

Gonzalo Edmundo Bonilla Pulgar

Hospital Provincial General Docente, Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Deisy Elena Nina Toscano

Centro de Salud Santa Rosa, Riobamba, Ecuador

Grace Elena Bonilla Nina

Centro de Salud Pakayacu, Pastaza, Ecuador

Autor de correspondencia: Dr. Gonzalo E. Bonilla P.
Av. Juan Félix Proaño s/n y Chile. Riobamba-Ecuador,
e-mail: bonillapg@yahoo.com

RESUMEN

El presente trabajo expuso cronológicamente la evolución histórica de la principal casa de salud que el centro de Ecuador ha poseído a lo largo de cinco siglos de existencia. Se revisó bibliografía relacionada con la Historia de la Medicina local y nacional desde el siglo XVI hasta inicios del XXI, que arrojó la presencia de varias circunstancias de la idiosincrasia colonial y republicana que apoyaron o impidieron la construcción y funcionamiento de hospitales destinados a satisfacer las necesidades de atención médica a pobres, menesterosos, heridos de guerra, afectados por epidemias, parturientas, o enfermos en general.

Palabras clave: hospital de sangre, hospital civil, nosocomio, lazareto, docencia

ABSTRACT

This paper presented chronologically the historical evolution of the main hospital that Ecuador has had over five centuries of existence. Related literature was reviewed with the History of local and national Medicine since the XVI century to the beginning of the XXI century, which showed the presence of several circumstances of colonial and republican idiosyncrasies that supported or impeded the construction and operation of hospitals designed to satisfy the health care needs of poor ones, war-wounded patients, affected ones by epidemics, maternity cases, or sick people in general.

Keywords: blood hospital, civil hospital, hospital, lazareto, teaching

INTRODUCCIÓN

La ciudad Riobamba, creada el 15 de agosto de 1534, cerca de la laguna de Colta, constituye la primera fundación española en el territorio ecuatoriano. Tras el devastador terremoto ocurrido en el año de 1797, la metrópoli quedó completamente destruida, por lo que en ese mismo año, el nuevo asentamiento se trasladó hasta el lugar que ocupa hoy en día, y se convirtió en la primera y única ciudad planificada del Ecuador.

La urbe, también conocida como: “Cuna de la Nacionalidad Ecuatoriana”, “Sultana de los Andes”, “Ciudad Bonita”, “Ciudad de las Primicias”, “Corazón de la Patria”, es la capital de la provincia de Chimborazo, ubicada en el centro geográfico del país, en la cordillera de los Andes, a 2.750 msnm en el centro de la hoya de Chambo, rodeada de varios volcanes como el Chimborazo, el Tungurahua, el Altar y el Carihuairazo.

Los fondos documentales del Archivo Histórico del Hospital de la Misericordia resultan especialmente interesantes para el estudio, a lo largo de los siglos, de las materias relacionadas con el funcionamiento económico y sanitario del centro, como las boticas, recetarios de medicina y cirugía, registros de enfermos, etcétera. Esta rica documentación también adquiere relevancia para la investigación de otras materias muy diferentes de las anteriores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación histórica con el objetivo de exponer cronológicamente la información recopilada acerca de la evolución del Hospital de la Misericordia hasta la institucionalización y desarrollo del Hospital Provincial General Docente Riobamba, para lo cual se emplearon los métodos: histórico-lógico y el analítico-sintético. Se realizó una revisión bibliográfica de documentos de archivo y publicaciones seriadas, y se empleó una guía confeccionada para el efecto.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Siglo XVI

El primer hospital habilitado en el actual Ecuador correspondió a uno con categoría de Hospital de Primera Sangre, o de Sangre, es decir, aquel destinado en campaña para realizar la atención a los heridos en combate, y probablemente ocurrió en junio de 1534, cuando las tropas de Sebastián de Belalcázar llegaron a Liribamba junto a la laguna de Colta, llevando consigo personas heridas en la Batalla de Tiocajas, mientras se encontraban en su periplo conquistador del territorio quiteño. En este lugar se fundó Santiago de Quito el 15 de agosto de 1534, y trece días después San Francisco de Quito, luego de los entendimientos diplomáticos y financieros entre dos grupos de conquistadores, el primero comandado por el capitán Diego de Almagro, quien atravesó vastos territorios desde el Perú; y el otro por el capitán Pedro de Alvarado, quien había venido por mar desde Centroamérica, desembarcó en Manabí y posteriormente atravesó con mucha dificultad las regiones costera y andina; de igual manera, su ejército incluía enfermos que fueron atendidos en la naciente casa de salud.¹

Según la Dra. Alexandra Rodera, citando a cronistas e historiadores¹ (p.210) menciona que aquella atención se facilitó por la colaboración de los aborígenes locales, liderados por Cachulima, Régulo de Cacha, luego bautizado

por Fray Marcos Niza con el nombre de Marcos Duchicela, quien colaboró ampliamente en el cuidado a heridos y enfermos, los cuales se quedaron por un tiempo en Santiago de Quito recuperándose de sus dolencias, mientras sus compañeros continuaron en su plan conquistador.

La Dra. Rodero, refiriéndose al médico Celín Astudillo,¹ (p.211) da a conocer los nombres de los primeros veintiocho enfermos que se asilaron en el Hospital de Riobamba:

Melchor de Atienza, Juan de Valladolid, Hernando de Prado, Alonso de Lisboa, Pedro Cortez, Melchor Díaz, Juan de Medellín, N. Torres, Alfonso Rodríguez de la Fuente, A. del Maestro, Juan Mosquera, Diego Alonso, Pedro Dorado, Jorge González, Juan Mosquera, Alonso Díaz de Almaraz, Pedro Bote Moreno, Francisco Cobo, Luis Moreta, Luis Quintero, Francisco Martín, Juan del Pozo, Gaspar Canero, Juan García, Antón de Vera, Pedro Velasco, Benito Hernández, Francisco Maydes.

Lista que se convierte en uno de los primeros informes epidemiológicos de Ecuador y en una gran fuente de información genealógica. Se desconoce por cuanto tiempo funcionó este hospital, probablemente por corto período, pues para inicios de septiembre del mismo año Diego de Almagro y Pedro de Alvarado retornaban al Perú, y Sebastián de Belalcázar partía hacia Quito. Se ha documentado que Santiago pocos meses después quedó casi despoblada durante varios años, hasta el asentamiento de nuevas familias.

En documentos existentes en el Archivo Histórico del Guayas, compilados y sistematizados por el historiador Julio Estada Icaza,² se relaciona que para el año 1581, en la aldea de Riobamba, cerca de una ciénaga y desaguadero se estableció otro hospital, a cargo del párroco de Riobamba, Juan Rodríguez de Leiva,³ que pertenecía a la iglesia y se sustentaba con el con sabido noveno y medio de la gruesa del diezmo entregado por la feligresía.⁴ Lo administraba el

cura beneficiario de la aldea, quien se supone procuraba dar alivio a males corporales y espirituales de enfermos y menesterosos. Subsistió hasta 1584, y desapareció sin conocerse la causa,² probablemente por la escasez de ingresos para su sostenimiento.

Para 1588, la aldea de Riobamba se convirtió en Villa del Villar Don Pardo en su nueva ubicación (Cajabamba), donde el Corregidor Don Martín de Aranda y Valdivia estableció junto a la iglesia matriz un hospital para blancos, llamado “de la Misericordia”; y otro para indígenas, ubicado en las afueras de la ciudad, llamado “de San Andrés”, pero este último sin rentas, fábrica, ni hacienda alguna para su sustento¹ (p.211). Se presume que para el sostenimiento del Hospital de San Andrés se realizó una colecta de 400 pesos de limosna por parte de los vecinos de la villa, en enero de 1596.⁵

Probablemente, estos hospitales funcionaron por varios años, y podrían ser los mencionados por Fray Antonio Vásquez de Espinoza, Sacerdote Carmelita Descalzo y escritor español quien recorrió desde 1608 durante varios años los reinos del Perú y México, y en su paso por la Villa de Riobamba se refiere a ella como un lugar de mucho trato, habitado por más de cuatrocientos vecinos españoles, con iglesia mayor muy buena, conventos, hospitales y otras iglesias.⁶

Siglo XVII

Para el 6 de diciembre de 1611 se obtiene por parte del Obispo de Quito licencia para fundar otro hospital en un lugar escogido previamente —no se pudo determinar, y se entiende que el anterior ya no prestaba servicios— y esta responsabilidad recayó en el vicario de Riobamba, Juan de Quirós. Cuatro días después, el presidente de la real audiencia, Juan Fernández de Recalde, confirma esa licencia en virtud del Real Patronato. Concomitantemente, el Obispo de Quito dispuso que los arrendatarios de los diezmos del corregimiento entregasen al hospital los novenos que le pertenecían.² (p.83 -7)

En las postrimerías de 1620, Don Martín de Peralta Cabeza de Vaca, oidor de la real audiencia, apareció por Riobamba como visitador del distrito, y al enterarse de que no funcionaba el hospital se preocupó por investigar la situación, y encontró importantes deudas por parte de sus arrendatarios de diezmos, a los cuales presionó con vehemencia y logró cobrar gran parte del dinero que sirvió para ensanchar la edificación hacia un solar y casas adyacentes, vendidos al Cabildo — Justicia, y Regimiento de la Villa— por parte de los esposos Antón Sánchez Jines y Juana de Aroca, lo que en algo debió mejorar su atención sanitaria.² (p.85) Luego, en julio 2 de 1621, ante las dificultades en su funcionamiento, el Hno. Juan García de Ulloa, de la Orden de San Pablo, antiguo enfermero del Hospital de Santa Fe de Bogotá durante 14 años, fue nombrado como administrador del hospital, y se especificó en el acto que esta casa de salud fue fundada para los indios.⁵ (p. 30)

Los servicios hospitalarios se enfocaban con preferencia a la atención a pobres y menesterosos, y no totalmente a curar sus enfermedades, más aún cuando la atención no la realizaban médicos, sino más bien personas que habían aprendido algo del oficio, pues en la época colonial la medicina estaba considerada como una actividad para plebeyos, propia de mulatos e indigna de caballeros. Los doctorados en Cánones, Derecho y Teología constituían las profesiones más importantes; los médicos tenían una categoría intermedia entre los barberos sacamuelas y los sangradores.⁸

No fue sino decenas de años más tarde que en Riobamba iniciaron el ejercicio de su profesión médica los primeros galenos, pero no en el hospital, sino de manera particular, como el conocido caso del contrato firmado en mayo de 1697 entre el bachiller médico Don José Daza Carvajal y varios caballeros, para que asistiera a sus familias, pusiera botica para suministro de medicamentos, por un salario anual de 275 pesos prorrateados durante cuatro años.

De igual manera, para 1738 laboraba en Riobamba el médico Lic. Antonio Jordanes y Garófalo; en 1744 un médico francés, Don Juan de Buchilaborda; en 1746 Don Juan de Aguirre; en 1747 Diego Antonio Zambrano; en mayo de 1751, se presentó un médico ya recibido en Quito, se trataba del Hno. Mercedario fray Juan Machado,⁵ (pp. 36, 48, 53-55) ninguno a cargo del nosocomio.

Volviendo al hospital, su accionar acumulaba cada vez más problemas, a tal punto que el descontento llegó a oídos del mismo Monarca de España, Felipe IV, quien recibe quejas respecto a la mala administración de la hacienda del hospital, que no asistía a los enfermos con la puntualidad y cuidado justos. Solicitó entonces mediante Cédula Real del siete de febrero de 1532, información sobre el problema, y de otros hospitales de las ciudades, villas y lugares de la Audiencia de Quito.

Mientras tanto, el administrador del hospital, Hno. Juan García, fue sustituido por orden del Obispo de Quito, quien acogió quejas del vecindario en contra de este, al ser acusado de hacer vida irregular, aunque trataba bien a los enfermos.¹ (p. 212) En su reemplazo ubicó a Juan Rodríguez de Ureña, vecino del lugar, quien en 1632 certificó que en los 11 años de su administración de la Casa de Salud habían sido atendidos un total de 77 enfermos, a razón de 7 por año, para una manda de 24 camas; de estos: 22 enfermos tenían heridas, 12 aquejaban bubas, 10 con fiebres, 7 habían fallecido, y el resto eran enfermos con cámaras de sangre, tabardete, dolor de costado e hidropesía,¹ (p. 212) y generó dudas de si el administrador presentó datos reales, con subregistro, o el documento conocido está incompleto. No obstante, este se convierte en otro de los primeros informes estadísticos hospitalarios locales disponibles para el análisis sanitario. Más tarde, en noviembre 3 de 1639, Lupercio García de Constante fue nombrado nuevo administrador del hospital.

Un hecho interesante para mencionar en este período es que en noviembre de 1684, en su testamento y codicilo, el ex Corregidor de la

villa, Antonio Luis de Bustamante y Valdivia, quien al parecer sin poder recuperar lo invertido personalmente en su labor administrativa, donó al hospital algunas tierras que había comprado para oficinas del mismo, además de cubrir los gastos de su construcción y otros bienes.⁵ (p. 32, 35)

Al finalizar el siglo, de acuerdo con lo descrito por el Dr. Carlos Ortiz Arellano, para 1692 el Hospital de la Caridad se encontraba funcionando, pero seis años después, luego de ocurrir un terremoto, afirma: “Se destruyó la fábrica del hospital; quedó en pie la iglesia, aunque muy arruinada”.⁹

Siglo XVIII

Así afectado, el hospital continuó dando alguna atención hasta mediados del siglo XVIII cuando habría desaparecido.⁵ (p.45, 47) Al respecto, Carlos Ortiz hace referencia a un escrito denominado “Idea del Reyno de Quito” (sic), del Dr. Don Romualdo Navarro, residente en Riobamba desde 1753, donde menciona que existe “... un Hospital que aunque ha estado abandonado muchos años ha se trata al presente su nuevo establecimiento”.⁵ (p.68)

Aquella falta preocupó a una pareja de pobladores: Doña Micaela Díez Flores y su esposo, el comerciante limeño de paños, Don Juan Antonio Domínguez, quienes en 1753 ofrecieron un donativo de 10.000 pesos con la condición de utilizar el dinero en el alivio de dolencias de los pobladores, y no en levantar construcciones. Luego de enviudar, Dña. Micaela contrajo un segundo matrimonio con Don Ignacio de Elola, quien mantuvo la petición de manera ferviente, realizando un nuevo donativo de 7.500 pesos con el mismo fin. Con el dinero de Doña Micaela el Cabildo procedió a comprar años después a terratenientes emparentados con la donante mencionada, los fundos Gatazo y Chancaguanes, con el objetivo de obtener rentas para el hospital. Estas propiedades en el futuro pasarían a manos gubernamentales. Para 1759 el hospital funcionaba regularmente, pues, en un informe fechado el 26 de febrero de 1756 por el corregidor Don Bruno de

Urquiza, se menciona que posee enfermería, cuarto, tienda, iglesia, y lo necesario. También el escribano Público de la ciudad certificó el 11 de abril del mismo año, que en el hospital había tres enfermos, “dos de ellos indios encogidos de nervios y el otro mozo blanco con achaque lazarino”, asistidos por un enfermero. Además, se menciona que el hospital

consistía en una manzana amurallada en contorno, con un ojo de agua limpia y un arroyo de agua sucia dentro de las murallas, tenía un cuarto grande recién acabado de encalar, tejado, bien largo de alto y bajo, ya con tarimas y cubiertas de bahareque, suelos enladrillados, abajo para hombres y arriba para mujeres; todos podían oír misa desde sus camas porque la capilla estaba dividida solamente con una puerta ancha y grande. Los enfermos podían tomar el sol en un corredor amplio y espacioso que da hacia la parte de adentro.¹⁰ (pp.75-76)

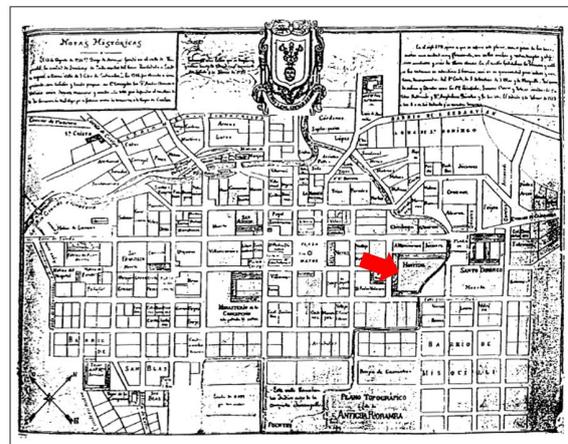
Así continuó la trayectoria del nosocomio hasta 1785, cuando una Orden Real emitida el 3 de febrero, le encargó a la Audiencia de Quito estudiar el asunto y restablecer el hospital bajo el Patronato Real, y que se ocuparan las casas de los jesuitas expulsados. Este conflicto tuvo su origen en la adjudicación para el hospital de Riobamba de un cuarto del noveno y medio de los diezmos recibidos en los partidos de Hambato (sic), Chimbo y Alausí, y del tomín de los indios, ya que antes todo iba a Quito, al Hospital de la Caridad.¹⁰ (p.77) Se encargó al sacerdote Miguel Vallejo y Peñafiel la administración del hospital, del cual aquella época se menciona poseía 18 camas bien capaces y decentes, enfermero, pero no médico, ni boticario; se recibían los fármacos desde Lima enviados por un benefactor; y quien atendía a los enfermos era Gaspar Gómez, practicante que había adquirido sus conocimientos asistiendo al hospital de la ciudad.¹⁰ (p.79)

La entrega de las edificaciones de los jesuitas al hospital se efectivizó el 11 de octubre de 1787 bajo estricta revisión del inventario.¹¹ (pp.60-64) Las nuevas ordenanzas lo denominaron Hospital de San José, San Joaquín y

Santa Ana.² (p.89) Según el Dr. Celín Astudillo su inauguración fue todo un acontecimiento, al que asistieron el Presidente de la Audiencia y el Obispo de Quito, así como destacados protomédicos de Quito, Guayaquil, Cuenca.⁷ (p.1) Este hospital tuvo una vida muy corta, pues al igual que la población que lo cobijaba fue destruido por el terremoto del 4 de febrero de 1797, fallecieron sumados el médico, el personal y los enfermos, 28 de las 30 personas que al momento lo ocupaban;¹² (p. 62) al igual que algo más de seis mil habitantes de la urbe, y alrededor de 13.000 en la región afectada.¹² (p.60) “Esta catástrofe significó un golpe muy duro para el Corregimiento de Riobamba, las autoridades de la Audiencia, a excepción de su presidente el Barón de Carondelet, no mostraron mayores deseos de colaborar para su reconstrucción”.¹⁰ (p. 82)

Figura 1. Plano de la Villa de Riobamba antes del terremoto de 1797.

Tomado de: Egred José. El Terremoto de Riobamba, p. 6.



Siglo XIX

Según el Dr. Astudillo, luego del traslado de los pobladores a la nueva ciudad, el cabildo riobambeño quedó muy afectado económicamente, razón por la que no pudo construir un hospital, y la atención a los menesterosos estuvo completamente impedida. Además, una intensa actividad política y de movimientos libertarios se evidenciaba en la Audiencia y territorios vecinos, sumados posteriormente a las luchas civiles que impidieron el progreso en la atención sanitaria.⁷ (p. 2)

Sin embargo, el señor Miguel Ángel León, subdirector de asistencia pública de Riobamba, en un informe presentado el 7 de febrero de 1932 a su superior en Quito, el Director de Asistencia Pública, escribió que luego de trasladada la población sobreviviente del terremoto a la nueva ciudad de Riobamba, se instaura un hospital muy modesto bajo la dirección del Sacerdote Dr. Andrés Falconí, intitulado Mayordomo Mayor del Hospital de la Caridad, señalándose para el efecto las dos manzanas que para la fecha ocupaba,^{9 (p. 106), 13 (p.183)} que allí se construyó una capilla, y a cada flanco de esta una sala para aislamiento de enfermos, y casa de enfermería.^{9 (p.106), 14 (p.1)} El mayordomo se quejaba de que no contaba con rentas para su sostenimiento debido a las pérdidas ocasionadas por el terremoto que afectó las casas que le proporcionaban sus entradas, es decir, los fundos de Gatazo y Chancaguanes.

La historiadora Dra. Rosario Coronel asevera que en medio de la crisis se administró una considerable suma —S/. 28.013—, suficiente para haber sacado adelante al hospital, pero este no se construía. El mayordomo al parecer aducía que el dinero lo tenía guardado por temor a que los rebeldes quiteños se apropiaran de él; o lo utilizaba como en otros casos en préstamos a sus conocidos, aun cuando las obras no se construían, y los enfermos no tenían donde acudir.^{13 (p. 200)} Concluye que por ese tipo de intereses se diluyó la construcción del hospital, priorizándose la inversión financiera en sectores como el eclesiástico, se priorizó la producción de textiles, el comercio, y en pequeñas unidades económicas con mano de obra familiar,^{13 (p. 204)} pues para las autoridades del clero no era prioritaria la construcción de un hospital en la nueva Riobamba.

Transcurridos cerca de 23 años de trasladada la población de Riobamba se produjo la batalla de Tapi, el 21 de abril de 1822, sus heridos fueron atendidos en los Hospitales de Sangre instalados en los conventos y en casas particulares. El doctor Celín Astudillo describe que fueron los doctores José Sanz, Manuel Bravo, José Herrán, y otros, quienes realizaron esta

labor,^{7 (p.2)} pero no se menciona si en Riobamba para esta fecha funcionaba un hospital civil.

Tiempo después un distinguido vecino de la ciudad, llamado José Urquiza, realizó la donación de una casa situada a cuatro cuadras de la plaza principal, en la misma calle del Cabildo, por lo que en su honor este decidió denominarla calle Urquiza, actualmente 5 de Junio. El modesto inmueble recibido, desde aquel entonces tomó el nombre de Hospital San Juan de Dios, y luego Hospital Civil.^{15 (p.14)} Desde 1867, año en el que se fundó, el San Juan de Dios prestó sus servicios sin remuneración el Dr. Teófilo Sáenz, primer médico del nosocomio, y luego progresivamente lo hicieron unos pocos galenos graduados en la universidad de Quito, y ligados a Riobamba por nacimiento o por servicio profesional, como los doctores: Dr. Manuel Orozco (1868), el primer médico remunerado en la institución; Dr. Emilio Colina (1872), Dr. Leopoldo Ormazza (1887), todos graduados en la Universidad Central de Quito durante el siglo XIX,^{15 (p.16-18)} quienes se enfrentaron a un medio donde debían competir con curanderos, empíricos herbolarios, barberos, sangradores y brujos,^{15 (p.16)} ampliamente reconocidos en la sociedad por la entrega de sus servicios sanitarios.

También menciona el doctor Astudillo, que por una disposición testamentaria del filántropo Señor Fernando Orejuela, en el año 1870 se efectuó una completa reconstrucción del hospital, implementándose mejoras como la adaptación en las anchas y nuevas paredes de la edificación de unos compartimentos abovedados que sirvieron como camas para los enfermos. No obstante, se recibieron camas de hierro con su respectivo menaje por parte del Gobierno Central. Concomitantemente se conformó una Sociedad de Beneficencia de Señoras que por un tiempo, a manera de servicio de voluntariado, visitaban diariamente el establecimiento.^{7 (p.3)}

Mientras tanto, con un enfoque de apoyo local, el Gobierno del Presidente García Moreno decidió el 19 de septiembre de 1874 suscribir

en París un contrato de trabajo por medio de su ministro del Interior Francisco León, con el Padre Eugene Bore, Superior General, y Sor L. Lequette, Superiora General de las Hermanas de la Caridad, para que se enviara a Riobamba a administrar el hospital a cuatro religiosas de la orden, este hecho ocurrió el 20 de enero de 1875.^{7 (p.4)} A partir del 18 de enero de 1879, las Hermanas de la Caridad se hicieron cargo de una escuela de pobres antes dirigida por las Religiosas de los Sagrados Corazones, al igual que la Iglesia de La Merced contigua a la escuela, y ubicada en el centro de la ciudad de Riobamba, y se trasladaron las labores educativas a una casa adyacente al hospital. Desde entonces el Hospital y la Escuela quedaron a cargo de las religiosas, situación que se mantuvo por largo tiempo.

Para 1888, en vista de que las rentas con que contaba el hospital eran escasas, el gobierno destinó en el presupuesto nacional la cantidad de S/. 2.000 anuales para su sostenimiento, y de S/. 200 mensuales para su construcción¹⁴. En el año 1889 comenzó la ejecución de una nueva escuela denominada de San Vicente de Paúl en la misma propiedad, y en 1892 la readecuación de la edificación hospitalaria, inaugurada en enero de 1902.^{7 (p.5)}

Siglo XX

El Hospital San Juan de Dios

Desde 1902 hasta 1909 el hospital funcionó en la edificación mencionada, con dos grandes salas: “utilizando en lugar de camas, nichos que solían abrirse en sus anchas paredes...carecía de luz, aereación... Las intervenciones quirúrgicas se hacían en la huerta con un ayudante, una persona que ahuyente las moscas i sin más instrumental que un escoplo, un serrucho, i unas tijeras...”^{14 (p.2)}

En uno de los pocos documentos publicados a inicios del siglo XX, donde se presentaba la realidad social y económica de Riobamba y Chimborazo, se menciona al Hospital de Riobamba:

La de las H. H. de la Caridad, es otra casa magnífica de dos pisos donde funcionan los

hospitales civil y militar, tiene un movimiento medio anual de dos mil enfermos, inclusive los de la costa y otros lugares [...] El entusiasmo de ellas, la piedad de las matronas riobambeñas, y alguna vez el Fisco, han contribuido a su edificación. Ocupa una manzana doble y está dividida en dos partes que se comunican entre sí: la que da hacia el Noroeste, sirve de Colegio de niñas y Asilo de San Vicente de Paúl: y en la que queda al Suroeste, están los Hospitales Civil y Militar: la primera tiene cabida para 800 alumnas, la segunda puede contener 200 enfermos.^{16 (p.424)}

Figura 2. El Hospital San Juan de Dios de Riobamba en 1909.

Tomado de: Santiago Duque pag. Facebook, citando a la colección de Fabián Peñaherrera.



Para 1912 un nuevo conflicto estalla en el país: la batalla de Yahuachi. Utilizando el ferrocarril se enviaron numerosos heridos a la ciudad de Riobamba para que recibieran atención médica en el Hospital de Sangre. El inmueble se repletó de combatientes heridos en corredores, patios, capilla, jardines, escalera y zaguanes,¹⁷ cumpliendo la institución una vez más con su cometido. Luego de culminados estos conflictos, el hospital con su personal de seculares y religiosas continuó con la atención sanitaria a enfermos y la protección a menesterosos.¹⁸

La cirugía formal no llegó al hospital sino hasta 1920, cuando el Dr. Alejandro Cisneros realizó la primera laparotomía y la primera histerectomía, lo cual constituyó todo un suceso en el creciente prestigio de la casa de salud. Lo

acompañaron en esos años los doctores Tobías Cárdenas, Agustín Dávalos, José María Banderas (el primer facultativo que en Riobamba había instalado antes un consultorio privado, por 1906), Virgilio Corral, y Juan Chiriboga Pontón.¹⁹

Tanto por la lamentable pérdida de valiosas vidas humanas, como por la connotación mediática que alcanzó en la ciudad y el país, se debe mencionar un brote epidémico ocurrido en la ciudad de Riobamba a inicios del mes de febrero de 1939, cuando un trabajador del ferrocarril ingresó al hospital con un síndrome pulmonar no diagnosticado a tiempo, el cual resultó ser un cuadro de peste neumónica que infectó a una religiosa que laboraba en la sala. La hermana recibió atención por parte del médico particular del convento, el Dr. Alfonso Villagómez, quien enfermó y falleció pocos días después, al igual que 11 religiosas de la comunidad y dos personas más. Este suceso conmocionó a la ciudadanía riobambeña y generó una suerte de psicosis colectiva durante muchos años.^{19 (p.134-136)}

El Hospital Policlínico

Para 1940, el Subdirector de Asistencia Pública, Dr. Tobías Cárdenas, convencido de que el Hospital de Riobamba por sus características obsoletas no se compaginaba con las crecientes necesidades en atención médica a la población, comprendió que era urgente la construcción de uno nuevo, e inició los trámites para la adquisición de un amplio solar ubicado a pocas cuadras del San Juan de Dios.²⁰

Cuatro años después, el Gobierno Nacional empoderado del proyecto, contrató el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública para la construcción de un moderno hospital en el terreno ya mencionado, cuando era subdirector de Asistencia Pública el Dr. Humberto Moreano Capelo. Sin embargo, para el Dr. Juan Vacacela, médico e historiador riobambeño que presencié los hechos, si bien era necesario contar con nueva casa de salud, el diseño y su construcción no constituyeron un verdadero acierto, por la subutilización de

la superficie construida, pues el espacio no permitía realizar fácilmente ampliaciones, debido al permanente crecimiento poblacional de Riobamba, así como sus necesidades de atención médica hospitalaria que eran cada vez más crecientes. A pesar de lo mencionado, siete años después se ampliaría el servicio de cirugía para mujeres, al edificarse un nuevo tramo en el sector norte de la planta física.

Así, el nosocomio ubicado en las calles 5 de Junio y Barón de Carondelet, recibió el nombre de Hospital Policlínico, y fue inaugurado con la presencia del presidente de la República, Sr. Galo Plaza Lasso, el 23 de mayo de 1952. Inició temporalmente sus actividades como un hospital general incompleto, pues contaba con los servicios médicos de Cirugía, Medicina Interna y Obstetricia, mas no con el de Pediatría, ya que esas prestaciones las realizaba el Hospital de Niños Alfonso Villagómez.^{20 (p.5)} Las autoridades decidieron mantener ese esquema de trabajo hospitalario hasta 1972, cuando el policlínico obtiene la categoría de hospital completo, al construirse un pabellón central para el servicio de Pediatría, debido a la gestión del Subdirector de Asistencia Social, Dr. Timoteo Machado Bonilla.

Como dato adicional se menciona que el mismo día 23 de mayo de 1952 las autoridades inauguraron el nuevo tramo del Hospital de Niños de Riobamba, y al día siguiente el Hospital de Alausí.

En la construcción y equipamiento del Hospital Policlínico se invirtieron 5 300 000 sucres; la obra inició en 1944 y se culminó en 1949; comprendía una superficie de 5596 m² de construcción, 136 camas de dotación, 52 para salas de hombres, 52 para salas de mujeres, 33 para maternidad. Para la fecha Riobamba contaba con 30.000 habitantes.²²

Entre la nómina del personal profesional que laboraba en el hospital al momento de su inauguración se menciona a los doctores: Humberto Moreano, Juan Francisco Vallejo, Ricardo Falconí, José Álvarez, Juan Chiriboga Pontón, Augusto Torres,

Víctor Sanmartín, Juan Vacacela, y las obstetras Srtas. Enma Badillo y América Ayala. Figura 3. Inauguración del Hospital Policlínico, 23 de mayo de 1952.

Tomado de: Hospital Civil de Riobamba, Revista – Memoria, p. 3.



De acuerdo con las regulaciones establecidas en el convenio suscrito con el Servicio Cooperativo Interamericano, se exigía un alto nivel de eficiencia en el accionar del personal, por ello, luego de la inauguración del hospital las conferencias científicas y los cursillos se realizaban regularmente. Las especialidades se incrementaron progresivamente con facultativos preparados en el exterior, o en centros especializados de Quito y Guayaquil. Posteriormente, una misión de profesionales especialistas del Buque-Hospital estadounidense “Hope” se estableció en el policlínico, donde realizó entrenamiento intensivo a médicos de Chimborazo y de las vecinas provincias.^{17 (p.42)}

Días después pasaron a colaborar en el nuevo hospital siete religiosas que se encargaron de la maternidad, botica, ropería, esterilización central, cirugía, sala de operaciones, cocina, mientras las enfermeras seculares realizaban el cuidado físico de los enfermos; “las Hermanas se encargaron de una manera especial del cuidado espiritual del paciente... se instalaron parlantes en los servicios para que desde el lecho del dolor puedan participar de la santa misa, divinos oficios, ser catequizados, oír música sacra y selecta”.^{18 (p.51)} Cuatro años más tarde, cuando era Director el Dr. Víctor San Martín, las hermanas reemplazaron a las enfermeras seculares en el cuidado técnico de Enfermería. Cabe mencionar que el Hospital

San Juan de Dios continuó funcionando como lazareto con 25 camas destinadas a pacientes con enfermedades transmisibles, hasta la década de 1960 cuando cerró sus puertas.

El policlínico se inauguró como un hospital cerrado, donde la atención a sus pacientes era realizada únicamente por los médicos de la institución. Luego, en 1968 el Subdirector de Asistencia Social, Víctor Manuel Avalos, decidió construir un pabellón destinado a recibir a pacientes pensionistas, con lo cual optó por la modalidad de hospital abierto, y se permitió a médicos ajenos a la institución internar a sus pacientes particulares para otorgarles su atención privada, de este modo se obtenían unos cuantos recursos por autogestión.

Para finales de los años cincuenta en la provincia de Chimborazo la oferta de servicios de internación estaba constituida por cuatro clínicas privadas (Arellano, Maternal Espejo, San Juan y Santa Cecilia), la clínica de la Seguridad Social, y además del policlínico los hospitales Alfonso Villagómez, Civil Alausí, San Juan de Dios, y el Sanatorio Juan Tanca Marengo, con un total de 490 camas.¹⁹

Se alcanza la categoría docente

En el año 1973, debido a su trayectoria y prestigio, el policlínico recibió de parte de la Universidad Central del Ecuador la distinción de formar parte de los hospitales donde los estudiantes de Medicina realizarían su año de Internado Rotativo, con lo cual asumió la categoría de Hospital Docente,²³ situación que con el transcurso de los años se ratificó por parte de la Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina AFEME y por el Ministerio de Salud Pública. Llegó a recibir en el año 2015 de manera permanente a 300 estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de doce carreras universitarias de pregrado de tres prestigiosas universidades del país, y pasantes de pre y posgrado de varias universidades extranjeras.

Liga Ecuatoriana Antituberculosa “L.E.A”

Por la importancia que en su momento tuvo esta institución, y por la relación que mantuvo

posteriormente con el Ministerio de Salud Pública, se transcribe una descripción de la misma, realizada por el Dr. Juan Vacacela:

En 1940, se funda en Guayaquil, bajo la égida del Dr. Alfredo Valenzuela y con los auspicios del Ministerio de Previsión Social, una entidad autónoma y de lucha contra la tuberculosis, denominada “Liga Ecuatoriana contra la Tuberculosis” LEA, la misma que recibió el apoyo del Poder Legislativo. Fue una Liga de profesionales pero desligada del control estatal. Como una dependencia de este organismo autónomo, se instala en Riobamba un Dispensario Antituberculoso con el nombre de “Armando Pareja Coronel” y cuyo jefe fue el médico radiólogo doctor Víctor Romero Procel. En este Dispensario se ofrecía consulta para enfermos pulmonares, con el especial objetivo de detectar tuberculosis para su tratamiento y seguimiento epidemiológico.

Tras pocos años de funcionar este Dispensario, se amplía su capacidad resolutive, construyéndose en edificio propio al Sanitario “Juan Tanca Marengo” en homenaje a este distinguido médico guayaquileño.

La LEA en Riobamba tuvo una existencia relativamente corta, pues con la reorganización de los servicios de salud en 1972 y la unificación de los servicios asistenciales, desapareció como entidad autónoma al ser absorbida por el Ministerio de Salud.²⁰ (pp.154-155)

Traslado del Policlínico al Juan Tanca Marengo de Riobamba

Debido a “instalaciones dañadas, sobre todo las de luz, canalización, además el edificio estaba muy húmedo, lleno de hongos y bacterias”, por disposición de la Junta Militar, el Hospital Policlínico fue trasladado en noviembre de 1978 a las instalaciones del entonces Sanatorio de la ex-LEA de Chimborazo, el “Juan Tanca Marengo”, ubicado en las calles Cuba y Olmedo de la ciudad de Riobamba, donde funcionaría durante las siguientes dos décadas.

A pesar de contar con una apreciable infraestructura extendida en alrededor de tres manzanas de terreno, el edificio del sanatorio de LEA que funcionaba con 90 camas,²⁴ de manera inesperada debió recibir a un hospital que laboraba con 170 camas censales, y que incluso al momento del traslado amplió su dotación normal de camas a 205, con las consiguientes incomodidades para que funcionaran las especialidades de Cirugía, Pediatría, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, y los servicios anexos de Traumatología, Cardiología, Odontología, Rayos X, Laboratorio, Fisioterapia, pues para entonces el hospital había incrementado su capacidad resolutive, y contaba con 13 médicos tratantes, 6 médicos residentes, 5 enfermeras, que con el resto de funcionarios sumaban 260.²⁵

Figura 4. Sanatorio de LEA. “Juan Tanca Marengo”, Riobamba.

Fotografía cortesía de la Lic. Zoila Luz Cazar, ex enfermera de LEA Riobamba.



El nuevo hospital

Conscientes de las dificultades que provocó el traslado al edificio de la ex LEA, y de que esa decisión solucionaba parcialmente la necesidad de ofertar mejores servicios hospitalarios a la población del centro del país, el personal del hospital motivó en las autoridades de salud a nivel nacional la decisión de construir un moderno hospital en el amplio terreno adjunto, hecho que se concretó en el gobierno del Dr. Oswaldo Hurtado, el 22 de julio de 1984 con la firma del respectivo contrato. El inicio de la construcción se efectuó en el gobierno del Ing. León Febres Cordero, y se concluyó

una década después luego de superar innumerables trámites burocráticos, cambio de constructora y varias paralizaciones de la obra. A ello se sumó otro tipo de decisiones, pues el nuevo hospital se inauguró por etapas en tres gobiernos distintos. Así, en el gobierno del presidente Sixto Durán Ballén, cuando era director de la casa de salud el Dr. Orlando Echeverría, se realizó la entrega de la obra física el 27 de julio de 1996, y recibió el nombre de Hospital General Docente María Eugenia Cordovez de Durán Ballén, con el que se conoció al hospital por corto tiempo.

En la presidencia del Abogado Abdalá Bucaram, cuando fungía como director el Dr. Lino Rojas, el 6 de diciembre de 1996 se realizó la entrega parcial de las nuevas instalaciones, y entraron en funcionamiento la consulta externa, y los servicios administrativos del hospital.

Quince meses después, el 6 de marzo de 1998, el presidente interino del Ecuador, Dr. Fabián Alarcón, realizó la apertura definitiva del nuevo Hospital Provincial General Docente Riobamba, y las instalaciones fueron recibidas por el director hospitalario, Dr. César Ayala.

En síntesis, para su construcción se invirtieron 4.896'241.000 sucres con la participación de las compañías NACSA y CARREVÍA, fue esta última la que concluyó la obra; y la compañía HOSPITALIA la que realizó el montaje del equipamiento.²⁶

Por veinte años ocupó el policlínico las instalaciones del ex sanatorio de LEA, antes de trasladarse definitivamente a su nuevo edificio. Actualmente la edificación que ocupa 22.000 m² de construcción, a pesar de poseer la categoría de hospital general, oferta servicios en más de una veintena de especialidades médicas, con 220 camas de dotación atendidas por 728 funcionarios que se han propuesto mantener altos estándares de calidad, prueba de ello es la Certificación Nivel Oro de Acreditación Internacional obtenida en enero de 2015.

Figura 5. Médicos destacados del Hospital Policlínico.

Fuente: Libro de Registros de Profesionales de la Salud. Dirección Provincial de Salud de Chimborazo.

CONCLUSIONES

- Tras las fundaciones de Santiago de Quito y San Francisco de Quito, y la estancia del grupo español conquistador en la antigua Riobamba, se habilita el primer hospital de la provincia y probablemente del futuro Ecuador.
 - La apertura de hospitales no significó una prioridad para las autoridades coloniales en su misión de atender los problemas sanitarios colectivos de la población. Para los escasos médicos de entonces, su misión era curar enfermedades en los domicilios, pues al nosocomio acudían preferentemente pobres, menesterosos y los heridos de las continuas batallas de la época. Tardarían casi tres siglos para contar permanentemente con médicos titulados en el hospital de Riobamba.
 - Aún en la época republicana, los escasos médicos que ejercían en la ciudad debían competir en su accionar con brujos, curanderos, barberos, charlatanes que acaparaban las preferencias de los enfermos.
 - El funcionamiento del Hospital San Juan de Dios en el siglo XX, da lugar al interés de las autoridades por ampliar la oferta de servicios hospitalarios en la ciudad de Riobamba, y mejorar su calidad de prestaciones, pues en tan solo medio siglo se renovó por tres ocasiones la infraestructura y equipamiento de la principal casa de salud de la ciudad y el centro del país, y se amplió notablemente el número de especialidades médicas y del personal que en la actualidad labora en ella, lo cual ha acrecentado la demanda de atención por parte de pacientes de varias provincias del país.
 - Ante el prestigio alcanzado por la institución los estudiantes de las carreras universitarias de la salud solicitan complementar su formación académica con la práctica preprofesional asistencial que el Internado Rotativo y la Residencia Médica ofrece en sus instalaciones.
- Conflicto de intereses.** No existen conflictos de intereses.

Declaración de contribuciones:

Gonzalo Bonilla, Deysy Nina y Grace Bonilla participaron en la recolección de la información, así como en la redacción final del artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roderer Alonso A. Relación de Hospitales Coloniales en la Real Audiencia de Quito. Universidad de León. Estudios Humanísticos. 2004;3:197-222.
2. Estrada Ycaza J. Notas sobre el Hospital de Riobamba. Revista del Archivo Histórico del Guayas. 1974 Dic.
3. Jurado Noboa F. Riobamba: una ciudad de andaluces en América. Asociación de Chimboracenses. 2005 Ene 1:87.
4. Porras Muñoz G. Iglesia y Estado en Nueva Vizcaya (1562-1821). [internet]. 1966. [citado 14 may 2016]. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/2/718/10.pdf>
5. Ortiz Arellano C. Un día como hoy en la Historia de Riobamba. Tomo I Cronología. Riobamba. 2015 Nov.
6. Vásquez de Espinoza A. Compendio y Descripción de las Indias Occidentales. Transcrito del manuscrito original por Charles Upson Clark. Publicado bajo los auspicios del Comité Interdepartamental de Cooperación Científica y Cultural de los Estados Unidos. Publication 3898. City Of Washington. Published by The Smithsonian Institution. 1948:345.
7. Astudillo Espinoza C. Historia Cronológica de los Hospitales de Riobamba. Biblioteca Aurelio Espinoza Polit. Quito Ecuador (documento 21 de abril de 1962).
8. Ulloa Enríquez B. Las Medicinas y los Médicos en el Ecuador. Apuntes del pasado. [internet]. 2014. [citado 15 nov 2015]. Disponible en: http://bayardoulloae.blogspot.com/2015/06/las-medicinas-y-los-medicos-en-el_18.html
9. Ortiz Arellano C. La Antigua Villa de Riobamba. Riobamba. Ecuador. Edición de la Casa de la Cultura Ecuatoriana “Benjamín Carrión” Núcleo de Chimborazo. 2005.
10. Freile C. Un caso de centralismo en la Colonia. El hospital de Quito pretende impedir que funcione el de Riobamba (1772-1781). Quitumbe. Revista de los Estudiantes del Departamento de Ciencias Históricas. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 1996 Jun; 10:73-86.
11. Ulloa Enríquez B. Apuntes para el Hospital de la Villa. Riobamba, Apuntes del Pasado. Casa de la Cultura Ecuatoriana Núcleo de Chimborazo. Editorial Pedagógica Freire. 2010:56-57.
12. Egred J. El Terremoto de Riobamba. Ediciones Abya-Yala. Municipio de Riobamba. 2000; I(2).
13. Coronel Feijóo R. Poder local entre la colonia y la república. Riobamba, 1750-1812. Universidad Andina Simón Bolívar. Corporación Editora Nacional. 2015 Ene.
14. León M. De la Historia del Hospital. Informe al Director de Asistencia Pública. Riobamba, 7 de febrero de 1932. Archivo Histórico de la medicina.
15. Vacacela Gallegos J. Riobamba y sus Médicos. Riobamba, Ecuador. Editorial Pedagógica Freire. 1990 Abr.
16. Compañía Guía del Ecuador, Guía Comercial, Agrícola e Industrial de la República. 1909:425.
17. Granda Astudillo R. Discurso de orden pronunciado en la sesión solemne por las Bodas de Plata del Hospital Civil Docente de Riobamba. Riobamba 23 de mayo de 1977. Hospital Civil de Riobamba. Revista Memoria. Dirección Nacional de Salud Familiar del Ministerio de Salud Pública. 1977.
18. Sor. Hassler J. Las Hijas de la Caridad en el Hospital de Riobamba. Hospital Civil de Riobamba. Revista Memoria. Impresa en la Dirección Nacional de Salud Familiar del Ministerio de Salud Pública. 1977.
19. Dirección Nacional de Estadísticas y Censos. Estadísticas Hospitalarias 1958. Quito, Ecuador. Talleres Gráficos de la Dirección

General de Estadísticas y Censos, Sección “Punto Focal y Publicaciones” – Ministerio de Economía. 1962.

20. Vacacela Gallegos J. Evolución de los Servicios de Salud en Riobamba durante el siglo XX, una página de la historia de la medicina Riobambeña. Riobamba en el siglo XX. Editorial Pedagógica Freire. 1992.

21. Vacacela Gallegos J. El Hospital Estatal Docente de Riobamba, al cumplir 25 años de actividad asistencial. Hospital Civil de Riobamba, Revista – Memoria. Dirección Nacional de Salud Familiar. Ministerio de Salud Pública; Riobamba 23 de Mayo de 1977.

22. Diario El Universo, 23 de mayo 1952. Primera sección.

23. Entrevista al Sr. Dr. Enrique Chiriboga Villaquirán, Director del Departamento de Internado Rotativo. En: Hospital Civil de Riobamba. Revista Memoria. Dirección Nacional de Salud Familiar del Ministerio de Salud Pública.

24. Junta Nacional de Planificación y Coordinación – Departamento Técnico. Anuario de Estadísticas Hospitalarias 1966. 1968:10.

25. Chafla López E. Hospital Policlínico, Historia Presente y Futuro. Revista Médica policlínico. Órgano de difusión científica del Departamento de Médicos del Hospital Docente Policlínico. 1994 4(1).

26. Diario La Prensa, 28 de julio de 1996. Sección A.

Fecha de recepción: 11 de mayo de 2015

Fecha de aceptación: 23 de agosto de 2015

Artículos de temas libres



Educación a distancia en Ciencias de la Salud: preparación pedagógica de los docentes

Distance Education in Health Sciences: pedagogical training of teachers

Autores:

Blanca Agramonte Albalat

Filial de Ciencias Médicas “Lidia Doce Sánchez”,
Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba

Isabel Mata Fleites

Filial de Ciencias Médicas “Lidia Doce Sánchez”,
Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba

Maritza Amechazurra Oliva

Filial de Ciencias Médicas “Lidia Doce Sánchez”,
Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba

Inés Treto Bravo

Filial de Ciencias Médicas “Lidia Doce Sánchez”,
Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba

Yosbanys Roque Herrera

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Carlos Gafas González

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Autor de correspondencia:

Blanca Agramonte Albalat, email: blanca@undoso.vcl.sld.cu

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva transversal, en la Filial de Ciencias Médicas “Lidia Doce Sánchez”, en el período comprendido entre septiembre de 2013 y abril de 2014. La población estuvo compuesta por 89 profesores que conformaron su planta docente, de la cual se seleccionó una muestra de 22 a través de un muestreo no probabilístico de tipo accidental o deliberado, considerando a todos aquellos que participaron en las actividades de capacitación docente previas al estudio. Se realizó una entrevista para caracterizar a los docentes en cuanto a experiencia en la docencia, formación académica y categoría docente. Se practicó una observación a actividades del proceso de enseñanza-aprendizaje y una prueba pedagógica que permitieron valorar el trabajo pedagógico e identificar las necesidades de aprendizaje. Predominaron los profesores con una experiencia en la educación superior de 2 a 3 años, para un 77.3 %; así como aquellos que ostentaron la categoría docente de asistente (el 77.2 %). Se observó que el 63.1 % de los docentes poseyó un nivel bajo en el trabajo pedagógico. La calificación de regular fue mayoritaria en la muestra estudiada. Se diseñó un diplomado con una duración de 864 horas, cuyos contenidos se distribuyeron en

7 módulos. La propuesta de programa fue valorada por el 100 % de los especialistas consultados como pertinente y adecuada en contenido científico y metodológico.

Palabras clave: superación profesoral, educación a distancia, preparación pedagógica, educación médica superior.

ABSTRACT

A transversal descriptive research was conducted at the Subsidiary of Medical Sciences “Lidia Doce Sánchez» in the period September 2013 - April 2014. The population was composed of 89 teachers who formed the teaching staff. 22 teachers were selected through a non-probability sampling rate of accidental or deliberate type, considering all those involved in teacher training activities previous to the study. An interview was conducted to characterize the teachers regarding teaching experience, academic training and teaching category. An observation to activities of the teaching-learning process and educational testing were applied in order to assess the pedagogical work and identify learning needs. Teachers with experience of 2 to 3 years in higher education predominated, for 77.3%; as well as those who held teaching assistant category (77.2%). It was

observed that 63.1% of teachers possessed a low level in the educational work. Regular was majority score in the sample studied. A diplomaed was designed with a duration of 864 hours, the contents were distributed in 7 modules. The proposal p was assessed by 100% of specialists consulted and it was assessed as relevant and appropriate in scientific and methodological content.

Keywords: professorial improvement, distance education, educational training, higher medical education

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de las diversas teorías pedagógicas contemporáneas se vincula de forma permanente con la formación profesional en Ciencias de la Salud.

Desde esta perspectiva, la introducción de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TICs) en el proceso de enseñanza-aprendizaje, favorece la búsqueda de alternativas de solución a los principales problemas de integración docente, asistencial e investigativa, al incidir positivamente en la calidad de la formación profesional.¹

El uso de las TIC's en los programas de formación de recursos humanos en Salud fomenta la diversificación de la educación superior, el surgimiento de nuevos escenarios docentes y la implementación de nuevos medios de enseñanza, los que transitan desde las video-conferencias, teleconferencias, aulas virtuales, sistemas de *software* educativos y multimedias, hasta los cursos a distancia.²

Así, la educación a distancia se constituye en una alternativa para la superación docente de los profesionales.

La particularidad del proceso de enseñanza-aprendizaje y la diversidad de escenarios docentes en las Ciencias de la Salud, requiere de un adecuado nivel de preparación pedagógica del profesor universitario,³ que permita el alcance de los objetivos trazados, para el desarrollo de las habilidades profesionales, sociales y humanísticas.⁴

Los docentes de la Filial de Ciencias Médicas "Lidia Doce Sánchez" en Sagua la Grande, adscrita a la Universidad Médica "Serafín Ruíz de Zárate Ruíz" en Villa Clara, Cuba, manifestaron

en varios escenarios formales de trabajo académico la necesidad de establecer modalidades de superación profesoral más accesibles y adecuadas a su disponibilidad de horarios. Los autores de la investigación que se presenta decidieron diseñar un curso virtual para elevar el nivel de la preparación pedagógica de los docentes a través de la educación a distancia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva transversal, en la Filial de Ciencias Médicas "Lidia Doce Sánchez" en el período comprendido entre septiembre de 2013 y abril de 2014. 89 profesores conformaron la población, de la cual se seleccionó una muestra de 22 a través de un muestreo no probabilístico de tipo accidental o deliberado, considerando todos los participantes en las actividades de capacitación docente previas al estudio.

Se realizó una entrevista para caracterizar a los docentes en cuanto a experiencia en la docencia, formación académica y categoría docente.

La observación de las diferentes actividades del proceso de enseñanza-aprendizaje permitió valorar el trabajo pedagógico, atendiendo a indicadores didácticos, procedimentales y educativos, para lo cual se utilizó una guía de control a clases.

Se practicó una prueba pedagógica para identificar las necesidades de aprendizaje de los profesores, compuesta por cinco preguntas sobre elementos didácticos de la educación médica superior, aspectos normativos del proceso pedagógico y habilidades comunicativas. Los resultados fueron analizados en una escala cualitativa de calificación.

El diseño del programa de superación fue valorado por especialistas pertenecientes a la cátedra de Pedagogía con grado académico de Máster en Educación Superior y experiencia docente superior a 15 años.

Se respetó la autodeterminación de los sujetos que participaron en la investigación, así como los principios de no malevolencia ni maleficencia; además de obtener las autorizaciones correspondientes para las actividades planificadas.

RESULTADOS

El análisis de la formación académica de la muestra arrojó que solo el 40.1% de esta tenía titulación de tercer nivel en el área de las ciencias de la salud; siendo los estomatólogos los menos representados.

La prueba pedagógica permitió identificar las necesidades de aprendizaje de los profesores en esta área.

Tabla (1) Necesidades de aprendizaje de los docentes de la muestra.

Áreas	Calificaciones							
	5		4		3		2	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Didáctica general	4	18,2	4	18,2	14	63,6	-	-
Regulaciones del proceso pedagógico	-	-	6	27,2	8	36,4	8	36,4
Habilidades comunicativas	-	-	9	40,9	13	59,1	-	-
Empleo de tecnologías educativas	-	-	11	50,0	11	50,0	-	-
Didáctica especial	-	-	6	27,2	8	36,4	8	36,4

Fuente: prueba pedagógica

La prueba pedagógica evaluó áreas identificadas como prioritarias para el desempeño docente en el contexto investigado, tales como:

1. Exigencias de la didáctica general en la educación contemporánea.
2. Dominio de los documentos que regulaban el proceso pedagógico.
3. Habilidad comunicativa del docente.
4. Empleo de recursos de aprendizaje con apoyo de la tecnología educativa.
5. Recursos didácticos especiales para la educación superior en Ciencias de la Salud.

Los resultados mostraron un predominio de la calificación de regular en la muestra estudiada.

Predominaron los profesores con una experiencia en la educación superior de 2 a 3 años, para un 77.3 %; así como aquellos que ostentaban la categoría docente de asistente (el 77.2 %).

La aplicación de la guía de control a clases permitió observar que el 63.1 % de los docentes poseía un nivel bajo en el trabajo pedagógico, teniendo en cuenta los componentes educativos curriculares, la utilización de métodos activos de enseñanza, la orientación del trabajo autónomo y la aplicación del sistema de evaluación del aprendizaje.

Las áreas más débiles fueron la 2 y la 3, al ser las únicas donde existieron profesores evaluados de mal (tabla 1).

El título que los investigadores decidieron dar al programa diseñado fue: *DIPLOPED, una alternativa de educación a distancia para la preparación pedagógica de docentes*, con el objetivo de contribuir al perfeccionamiento profesoral desde una plataforma digital.

Su diseño concibió la realización de un diplomado con una duración de 864 horas, cuya sede estuvo en la Filial Ciencias Médicas "Lidia Doce Sánchez" en la ciudad de Sagua la Grande, los contenidos fueron distribuidos en siete módulos de la siguiente manera:

- I. La nueva Universidad cubana en los centros de la educación médica superior.
- II. Comunicación educativa en el desarrollo de la labor formativa en la universidad.
- III. La didáctica como teoría de la instrucción en la educación superior.
- IV. Trabajo metodológico.
- V. Informática educativa.
- VI. Investigación educativa.
- VII. Ética profesional en la educación de las nuevas generaciones.

La estrategia docente quedó establecida en sesiones de foro-debates principalmente, con

una sesión presencial por módulo desarrollada a través de talleres de discusión académica de artículos científicos y trabajo en grupo de forma dinámica e interactiva, además de consultas docentes que utilizaron la vía electrónica. La evaluación fue realizada mediante un trabajo final consistente en el diseño y defensa de una clase metodológica instructiva, donde se implementaron los conocimientos adquiridos en el diplomado.

La bibliografía y los materiales didácticos estuvieron dispuestos en soporte digital en un CD habilitado al efecto.

La propuesta de programa fue valorada por el 100 % de los especialistas consultados como pertinente y adecuada en contenido científico y metodológico. Se destacó además su posible incidencia en el desarrollo del trabajo pedagógico y el nivel de actualización de la bibliografía propuesta.

DISCUSIÓN

La UNESCO resalta la incidencia del desempeño docente en la calidad de los procesos educativos.^{5,6} Desde esta perspectiva, la preparación permanente de los profesores de la educación superior en las Ciencias de la Salud enfrenta elevados retos de carácter orgánico y sistemático, donde convergen las necesidades de aprendizaje de orden profesional con las de preparación didáctica, atendiendo al desarrollo científico técnico y a las concepciones pedagógicas actuales.⁷ Cordero Miranda y col.⁸ señalan que se debe lograr la capacitación pedagógica del claustro profesoral pensada en base a las competencias docentes, para el desempeño acorde con el modelo profesional en salud que la sociedad actual exige.

El diseño adecuado de un programa para la superación continua de los docentes se realiza desde la integración de lo metodológico y lo investigativo, además de estar en correspondencia con las particularidades de cada contexto.⁹ Al respecto, Sosa Morales y Alfonso Tejeda señalan que la preparación del profesor universitario en las Ciencias de la Salud debe estar en consonancia con las exigencias de la

pedagogía moderna y las profundas transformaciones que ha experimentado este sector.¹⁰ Machado Ferreiro y Fuente Domínguez en su artículo “Identificación de necesidades de aprendizaje para el cambio en el paradigma de la docencia”, parten de un diagnóstico de las necesidades de aprendizaje de posgrado en su entorno, en el que identifican las deficiencias e insuficiencias de los conocimientos y habilidades profesionales y evalúan el resultado de las tareas de capacitación para un mejor desempeño de los profesionales;¹¹ procedimiento similar al realizado en la presente investigación.

Fernández de la Vega y col.¹² analizaron las necesidades de aprendizaje en profesionales cubanos de la atención en salud laboral, lo cual permitió recomendar la elaboración de una estrategia global e integrada que complementa al plan nacional de formación y superación de los recursos humanos en Salud.

Los autores opinan que la utilización intensiva y creativa de las TICs en los diseños de cursos de postgrados favorece la implementación exitosa de la preparación pedagógica de los docentes y con ello los procesos de enseñanza-aprendizaje, al eliminar barreras de acceso, difusión y reutilización de recursos didácticos. Un programa de formación continua funcional debe poseer:^{13, 14}

- Un propósito concreto y claramente definido.
- Contenidos en base a las necesidades de aprendizaje identificadas.
- Herramientas a utilizar que permitan un aprendizaje colaborativo.
- Presentación de una planificación financiera, administrativa y pedagógica adecuada.
- Sistema de evaluación del aprendizaje.
- Sistema de seguimiento de los estudiantes.

La educación de posgrado favorece la elevación de la eficiencia, la calidad y la productividad en el trabajo.¹⁵ Este resulta el punto de partida del diseño realizado por los autores de la presente investigación, que según

los especialistas consultados y otros autores, contribuirá a la formación de habilidades tecnológicas al desarrollar formas creativas de aprendizaje en la interacción que se produce entre los cursistas y el medio, en el proceso de redescubrimiento y reconstrucción del conocimiento.¹⁶

El diplomado mediante la educación a distancia es una figura de posgrado que facilita de manera sincrónica y asincrónica la adquisición de conocimientos y habilidades para el buen desempeño profesional.^{17, 18}

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Declaración de contribuciones:

Blanca Agramonte Albalat, Isabel Mata Fleites, Maritza Amechazurra Oliva e Inés Treto Bravo recogieron y procesaron los datos.

Yosbanys Roque Herrera y Carlos Gafas González trabajaron en la redacción del artículo.

CONCLUSIONES

- En la muestra en estudio predominaron los profesores con tercer nivel en las áreas de formación general, los de categoría docente de asistente y aquellos con una experiencia en la educación superior de 2 a 3 años.
- Prevalcieron los docentes con nivel bajo en trabajo pedagógico según la observación a clases, así como aquellos con calificaciones de regular en la prueba pedagógica.
- Se diseñó un diplomado para la superación pedagógica de los profesores del contexto estudiado, valorado como pertinente y adecuado en contenido científico y metodológico según el criterio de especialistas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Falcón-Villaverde M. La educación a distancia y su relación con las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones. *Medisur* [Internet]. 2013 [citado 30 Mar 2015]; 11(3):1-15.

Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2418>.

2. Broche Candó JM, Ramírez Álvarez R. Caracterización del uso de los medios de enseñanza por los profesores que se desempeñan en el Nuevo Programa de Formación de Médicos. *Educ Med Super* [Internet]. 2008 [citado 05 Feb 2015]; 22(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000300004&lng=es.
3. Cañizares Luna O, Sarasa Muñoz N. The pedagogical mastery is not a panacea. *Rev EDUMECENTRO* [Internet]. 2014 [citado 30 Mar 2015]; 6(1): 293-298. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742014000100021&lng=es.
4. Pers Infante M. Caracterización de la preparación pedagógica de los profesores de Morfofisiología Humana II. *Educ Med Super* [Internet]. 2010 [citado 05 Feb 2015];24(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000400008&lng=es.
5. UNESCO. Declaración mundial sobre educación superior en el siglo XXI. *Perfiles Educ* [Internet]. 1998 [citado 6 Ene 2000];(79/80):[aprox. 23 p.]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=13208008>.
6. Cumbre mundial de educación médica. Declaración de Edimburgo, Escocia, 8-12 agosto, 1993. En: *Maestría Educación Médica* [CD-ROM]. La Habana: ENSAP; 2005.
7. Tunnerman Bernheim C. La educación permanente y su impacto en la educación superior. Caracas: UNESCO; 1995.

8. Cordero Miranda Y, Llamazares Mi-lián AM, Cueto Mena A, Pando Camejo D. Preparación pedagógica de los profesores de la carrera de Licenciatura en Enfermería en la elaboración de instrumentos evaluativos. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2013 [citado 30 Mar 2015];17(1):82-91. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000100009&lng=es.
9. Turiño Hurtado C, Cañizares Luna O, Sarasa Muñoz N. Necesidades de aprendizaje gerenciales en jefes de departamentos docentes de la sede central. *Rev EDUMECENTRO* [Internet]. 2013 [citado 30 Mar 2015];5(1):69-76. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742013000100009&lng=es.
10. Sosa Morales DE, Alfonso Tejeda I. Contribución del Diplomado de Pedagogía a la preparación filosófica y política ideológica de los docentes. *Rev EDUMECENTRO* [Internet]. 2014 [citado 30 Mar 2015];6(3):176-192. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742014000300013&lng=es.
11. Machado Ferreira, G; Fuentes Domínguez, E. Identificación de las necesidades de aprendizaje para el cambio en el paradigma de la docencia post grado del Instituto nacional de Medicina Veterinaria. [Internet]. *REDVET*, 2006 [citado 30 Mar 2015]; VII(2). Disponible en <http://www.veterinaria.org/revistas/redvet/n020206.html>.
12. Ibarra Fernández de la Vega EJ, Almirall Hernández PJ, Perdomo Novas Manuel F, Menéndez Llovez JJ, Martínez Valladares M. Necesidades de aprendizaje en profesionales cubanos de la atención a la salud de los trabajadores. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2002 [citado 30 Mar 2015];40(2):121-131. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032002000200007&lng=es.
13. Morales Molina X, Cañizares Luna O, Sarasa Muñoz NL, Remedios González JM. Preparación de los docentes de las ciencias básicas biomédicas para una enseñanza con enfoque integrador. *Rev EDUMECENTRO* [Internet]. 2012 [citado 30 Mar 2015];4(2):43-50. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742012000200007&lng=es.
14. Fernández Naranjo A, Rivero López M, González Gutiérrez E, Míguels Nodarse R, Pérez Recio R. Metodología para escribir el guión de una videoclase para las carreras de la salud. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2010 [citado 09 Ene 2015];9(1). Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php-519X2010000100013&lng=es>.
15. Manzo Rodríguez L, Rivera Michelena CN, Rodríguez Orozco AR. La educación de posgrado y su repercusión en la formación del profesional iberoamericano. *Educ Med Super* [Internet]. 2006 [citado 30 Mar 2015];20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000300009&lng=es.
16. Rivero López M. Elementos de Dirección Estratégica en el desarrollo de medios audiovisuales en las Ciencias Médicas. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2013 [citado 09 Ene 2015];12(3):399-409. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000300012&lng=es.

17. González Valcárcel BC, Vidal Ledo M, Diego Olite FM. Experiencia cubana sobre el Diplomado en Promoción de salud en el Campus virtual de la Salud Pública. *Educ Med Super* [Internet]. 2013 [citado 30 Mar 2015];27(1):12-24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000100003&lng=es.
18. Cires Reyes E, Vicedo Tomey AG, Prieto Marrero G, García Hernández M. La investigación pedagógica en el contexto de la carrera de Medicina. *Educ Med Super* [Internet]. 2011 [citado 05 Feb 2015];25(1):82-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412011000100008&lng=es.

Fecha de recepción: 15 de abril de 2015

Fecha de aceptación: 21 de octubre de 2015

Trastornos hipertensivos en el embarazo en pacientes del Hospital General Docente de Riobamba

Hypertensive disorders in pregnancy in patients of Hospital General Docente de Riobamba

Autores:

Lisseth Carolina Inca Bravo

Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba,
Ecuador

Jesica Germania Lema Tayupanda

Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba,
Ecuador

Brayan Germán Rubio Espinoza

Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba,
Ecuador

Paulina Alexandra Salazar Valverde

Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba,
Ecuador

Byron Stefano Salgado Yungán

Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba,
Ecuador

Cecilia Ximena Tene Carrillo

Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba,
Ecuador

Anabela del Rosario Criollo Criollo

Hospital General Docente de Riobamba, Universidad
Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador

Autor de correspondencia: Anabela del Rosario Criollo Criollo, email: ccanabela@hotmail.com, tel. 0994328686, Leopoldo Freire y La Paz, Riobamba, Ecuador.

RESUMEN

Los trastornos hipertensivos son una de las principales complicaciones obstétricas y de mayor impacto en la morbimortalidad materna y neonatal. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba. Se trabajó con la totalidad de la población constituida por las 492 pacientes que ingresaron en esta institución, con diagnóstico de trastornos hipertensivos en el embarazo, durante el periodo enero de 2014-enero de 2016. Los datos fueron recolectados a través de la técnica de revisión de documentos, para lo cual se creó la respectiva guía. La patología con mayor prevalencia fue la preeclampsia que corresponde al 94.57 % de casos del porcentaje total del grupo de pacientes con trastornos hipertensivos, aunque el porcentaje de eclampsia representó el 4,61 %. Prevalció el grupo con edades comprendidas entre los 19 a los 34 años de edad. Las complicaciones más frecuentes en el producto fueron el bajo al peso al nacer (19,96 %), y la prematuridad (12,39 %), y entre las

maternas predominó la presentación de Síndrome de HELLP (9,75 %).

Palabras clave: trastornos hipertensivos, embarazo, morbimortalidad materna

ABSTRACT

Hypertensive disorders are one of the main obstetric complications and greater impact on maternal and neonatal morbimortality. A descriptive study of cross-section was conducted at the Department of Gynecology and Obstetrics of Hospital General Docente de Riobamba. The whole population was taken into account consisting of 492 patients admitted to this institution and diagnosed with hypertensive disorders in pregnancy, during the mentioned period. Data were collected through the document review technique, so the respective guide was created. Preeclampsia was the pathology with major prevalence corresponding to 94.57 % of the total percentage of the group of patients with hypertensive disorders, although the percentage of eclampsia represented the 4.61 % it prevailed the group of 19 to 34 years of age. The most frequent

complications in the product were low birth weight (19.96 %), and prematurity (12.39 %) and between maternal predominated the presence of HELLP syndrome (9.75 %).

Keywords: hypertensive disorders, pregnancy, maternal and neonatal morbimortality

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos son una de las principales complicaciones obstétricas y de mayor impacto en la morbimortalidad materna y neonatal,¹ de etiología desconocida. Se atribuyen a una placentación anómala;^{2,3} y junto con las infecciones y hemorragias ocupan las principales causas de mortalidad materna y perinatal en todo el mundo.⁴ La preeclampsia y la eclampsia resultan los trastornos hipertensivos de mayor impacto en la salud materna y neonatal.^{2,5} Se considera a la eclampsia como una de las manifestaciones severas de la preeclampsia, sin embargo, varios estudios indican que la eclampsia puede ocurrir en ausencia de signos y síntomas e incluso ser la primera manifestación de la enfermedad hipertensiva.^{6,7} Estimaciones de la OMS muestran que más de 200 000 muertes maternas ocurren cada año en el mundo como consecuencia de las complicaciones derivadas de la preeclampsia-eclampsia, en su mayor parte prevenibles.¹ La incidencia en la morbilidad materno-fetal se considera a nivel mundial de 1-10% según las estadísticas de los distintos países.⁸

En el Ecuador, la eclampsia alcanza una prevalencia del 10,84 %, seguida de la hipertensión gestacional inducida por el embarazo con proteinuria significativa con un 7.23 % del total de los casos atendidos, y constituye además una de las causas obstétricas directas de muerte materna.⁹

Las complicaciones derivadas de la preeclampsia comprometen la vida de la madre y el feto.¹⁰ Entre los riesgos fetales asociados a esta se encuentran la restricción del crecimiento fetal (RIUC), el oligoamnios, el hematoma retroplacentario, y el parto pretérmino inducido como consecuencia de la

necesidad de tener que interrumpir un embarazo antes de las 37 semanas en una paciente con hipertensión grave.¹¹

La panorámica antes descrita motivó al equipo de investigación a realizar un estudio con el propósito de describir los trastornos hipertensivos en las embarazadas atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de la ciudad de Riobamba (HPGDR), durante el periodo enero 2014 a enero 2016; lo que contribuirá a la toma de decisiones por las respectivas direcciones de salud en el contexto estudiado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó de un estudio descriptivo, de corte transversal en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HPGDR. Se trabajó con la totalidad de la población constituida por las 492 pacientes que ingresaron en esta institución, con diagnóstico de trastornos hipertensivos en el embarazo, durante el periodo mencionado. La recolección de los datos se realizó a través de la técnica de la revisión de documentos, para lo cual se creó una guía al efecto. Estos fueron recopilados a partir de las historias clínicas atendiendo a las variables de interés. Se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel para el mejor análisis de los mismos. Los principios éticos de la investigación científica fueron observados de manera rigurosa, al obtener las debidas autorizaciones por las autoridades correspondientes del HPGDR y de la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH). Se respetaron los principios generales referidos a la no malevolencia, ni maleficencia y confidencialidad respecto a la información de las pacientes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el HPGDR durante el periodo enero 2014 a enero 2016, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia se atendieron a 492 pacientes con trastornos hipertensivos durante el embarazo (Tabla 1), cifra que representó el 6.07 % de gestantes que recibieron

atención en esta casa de salud. De este grupo en particular, la mayoría de embarazos tuvo resolución mediante cesárea posiblemente debido al desarrollo de complicaciones, lo que permitió salvaguardar el bienestar materno y fetal.

Tabla 1. Incidencia de los trastornos hipertensivos y vía de finalización del embarazo

Trastornos hipertensivos	Total	Cesáreas	Porcentaje de cesáreas	Parto normal	Porcentaje de parto normal
Preeclampsia	465	286	3.53	179	2.21
Eclampsia	23	20	0.25	3	0.04
HTA Gestacional	4	4	0.05	--	--
Subtotal de pacientes con trastornos hipertensivos	492	310	3.82	182	2.24
Sin trastornos hipertensivos	7616	2011	24.80	5605	69.13
Total de pacientes atendidas	8108	2321	28.63	5787	71.37

Fuente: historias clínicas – Servicio de Ginecología y Obstetricia, HPGDR.

La patología con mayor prevalencia fue la preeclampsia que corresponde al 94.57 % de casos del porcentaje total del grupo de pacientes con trastornos hipertensivos, aunque el porcentaje de eclampsia representó el 4,61%, hecho que pudiera estar motivado por un diagnóstico y tratamiento oportunos de preeclampsia que eviten su progresión.

Tabla 2. Edad de las madres con trastorno hipertensivo, enero 2014-enero 2016

Edad	Nº de casos	Porcentaje
<18 años	76	15.44
19-34 años	317	64.43
>35	99	20.12
Total	492	100

Fuente: historias clínicas – Servicio de Ginecología y Obstetricia, HPGDR.

En relación con la edad materna (Tabla 2), prevaleció el grupo con edades comprendidas

entre los 19 a los 34 años de edad, al existir un número importante de pacientes con edades consideradas de peligro para el embarazo (64.43 %), dato que representa un importante factor de riesgo de padecer trastornos hipertensivos; lo cual, según autores como Rivera¹⁵ se debe a que en mujeres jóvenes esta patología

es frecuente debido al mayor índice de implantación placentaria anormal que favorece la instauración de trastornos hipertensivos.¹⁵ En contraste con ese análisis, la literatura consultada muestra que en edades iguales o superiores a los 35 años, se presentan con mayor frecuencia las enfermedades crónicas vasculares, lo que conlleva al padecimiento de trastornos hipertensivos.¹⁵⁻¹⁷

Tabla 3. Sexo del neonato

Sexo	Nº de casos	Porcentaje
Masculino	257	52.23
Femenino	235	47.47
Total	492	100

Fuente: historias clínicas – Servicio de Ginecología y Obstetricia, HPGDR.

Al analizar el sexo del neonato (Tabla 3), puede apreciarse que existió tendencia a la homogeneidad, y que predominó el sexo masculino (52.23 %) del producto de la muestra. Resultados que coinciden con otros

estudios, uno realizado en el Hospital Enrique C. Sotomayor¹⁴ en madres con trastorno hipertensivo, en el que se observó una distribución de neonatos según sexo de 50,7 % masculino versus 49,3 % féminas, y el otro en el Hospital José María Velasco Ibarra, en el que igualmente se observó un predominio del sexo masculino (61 %) en comparación con el femenino (39 %).¹³

Estos hallazgos concuerdan con la literatura médica que correlaciona la hipertensión con los niveles de testosterona, más elevados en las gestaciones con fetos masculinos, ya que han sido encontrados en mayor proporción.¹³⁻¹⁷

Tabla 4. Complicaciones materno-fetales de los trastornos hipertensivos, HPGDR, en el periodo estudiado

Complicaciones	Casos	Porcentaje
Complicaciones maternas	64	13.00
Síndrome de HELLP	48	9.75
Abruptio placentario	7	1.42
Muerte materna	7	1.42
Hemorragia postparto	18	3.65
Complicaciones fetales	103	20.93
Restricción del crecimiento intrauterino	1	0.20
Prematuridad	61	12.39
Bajo peso al nacimiento	98	19.91
Muerte fetal	11	2.23
Otras complicaciones	11	2.23
Sin complicaciones	354	72.95
Total	492	100.00

Fuente: historias clínicas – Servicio de Ginecología y Obstetricia, HPGDR.

En cuanto a las complicaciones (Tabla 4), se evidencia que un porcentaje alto no las presenta, no obstante, en el grupo donde están presentes son más frecuentes en el producto (20,93 %), y es el bajo al peso al nacer la complicación mayormente observada (19,96 %), lo cual posiblemente se relaciona con la prematuridad, encontrada en un porcentaje considerable (12,39 %).

Con respecto a la muerte neonatal, se observa un bajo porcentaje de decesos (2,23%); sin embargo, se podría considerar a la patología

como un factor de riesgo para la misma; por último, el porcentaje de restricción del crecimiento intrauterino es despreciable (0,20%).

Dentro de las complicaciones maternas predominó la presentación de Síndrome de HELLP (9,75 %), lo cual se podría deber a la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno por parte del personal de salud. La hemorragia postparto es la complicación que le sigue en frecuencia (3,65 %), atribuible principalmente a la hipotonía o atonía uterina, considerada un efecto adverso del tratamiento con sulfato de magnesio, utilizado en los trastornos hipertensivos que cursan con proteinuria (preeclampsia y eclampsia).

En la investigación realizada por Matías Rocio en su tesis “Factores predisponentes de la

preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor desde septiembre del 2012 a febrero del 2013. Guayaquil-Ecuador,¹⁶ se aprecia similitud con el estudio que se presenta, en el que se encontró que la mayoría de las pacientes no presentó complicaciones maternas ni fetales; sin embargo, la hemorragia postparto fue del 8 %, resultados no concordantes con el nuestro.¹⁶

Al sistematizar este tipo de estudio en la literatura especializada, puede observarse diversidad de resultados. Así, a diferencia del que se presenta, una investigación realizada en

el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en Lima-Perú¹⁷ encontró un porcentaje de pacientes con Síndrome de HELLP del 2,6 %, mientras que un estudio efectuado en el Hospital Gineco-obstétrico Eusebio Hernández de La Habana-Cuba,¹⁸ difiere del nuestro, puesto que se encontró Síndrome de HELLP en solo el 2,9 % de los casos de su muestra.

En cuanto al porcentaje de abrupcio placentae, en el estudio realizado por Matías R¹⁶ se halló un 7.7 % de pacientes con esta complicación, resultados que difieren de los obtenidos en una investigación realizada en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Perú,¹⁹ la cual fue del 3 %.

Al analizar la variable bajo peso al nacer, el estudio realizado en el Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor en Guayaquil-Ecuador,¹⁶ muestra un porcentaje del 22 % de niños con esa característica, resultado que coincide con los de la investigación que se presenta, mientras que en el trabajo realizado en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en Lima-Perú, la prematuridad reportada fue de un 18,8 %.¹⁷

En consonancia con la investigación que da sustento al presente artículo, un estudio realizado por García y col.,¹⁸ reporta un porcentaje de muerte neonatal del 1.7 %.

CONCLUSIONES

- El Síndrome de HELLP y la hemorragia postparto resultaron ser las complicaciones mayormente asociadas al diagnóstico tardío de los trastornos hipertensivos del embarazo. Sin embargo, en los casos donde el diagnóstico y el tratamiento resultaron oportunos, prevaleció la preeclampsia, como expresión de que el adecuado seguimiento a la gestante evita su progresión hacia la eclampsia.
- El estudio de las variables maternas y fetales trianguladas con los factores de riesgos asociados al embarazo de riesgo, mostró la analogía existente entre estos y la aparición de trastornos hipertensivos en gestantes jóvenes y añosas. En el caso de las primeras,

esta entidad se relaciona con implantación placentaria anormal; mientras que en las segundas se presentaron con mayor frecuencia las enfermedades crónicas vasculares.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Declaración de contribuciones:

Liseth Carolina Inca Bravo, Jesica Germania Lema Tayupanda, Brayan Germán Rubio Espinoza, Paulina Alexandra Salazar Valverde, Byron Stefano Salgado Yungán, Cecilia Ximena Tene Carrillo recogieron, procesaron los datos y trabajaron en la redacción del artículo.

Anabela del Rosario Criollo Criollo dirigió la investigación y trabajó en la redacción del artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. [Internet] Ginebra: OMS [citado 5 nov 2015] Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth>.
2. Ginecología. FLdOy. Módulo de capacitación en preeclampsia – eclampsia. Lima: FLASOG; 2012.
3. Vargas VM, Acosta G, Moreno MA. La preeclampsia, un problema de salud pública mundial. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012; 77(6):471-476.
4. Sáez Cantero V, PHMT, AAG, GGH, & ADA. Resultados perinatales relacionados con trastornos hipertensivos del embarazo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012:40-44.
5. E. D. Muerte materna en Chile por eclampsia. Rev Chil Obstet Ginecol. 2011; 5(75):281-283.
6. Durst J, TM, SM, MG & CA. Severe pre-eclampsia: dose response relationship with increasing BMI severity. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2015.
7. Pacora P, OE, BC, HL, SÁ & RR. La preeclampsia-eclampsia es un síndrome maternofetal multifactorial. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015; 4(50):223-224.

8. Calderón N, CR, HC & ÑC. Frecuencia de la hipertensión en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2015; 43(1):29-33.
9. INEC. Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones; Ecuador, 2014.
10. Sánchez Padrón A. Enfermedad hipertensiva del embarazo en terapia intensiva. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2011; 2(30).
11. Sánchez Iglesias JL. Fundamentos de Obstetricia (SEGO) Madrid: Grupo ENE Publicidad, S.A; 2007.
12. Buitrago-Gutiérrez G. Guía de Práctica Clínica para el abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2013.
13. Mosquera S. Complicaciones materno fetales asociadas a la preeclampsia atendidas en el Hospital José María Velasco Ibarra-Tena. [Tesis de grado]. 2012:69.
14. Gallegos M. Resultados perinatales asociados al manejo de preeclampsia severa en embarazadas menores de 34 semanas y evaluación de la aplicación del protocolo existente. [Tesis de grado]. 2014: 68-69.
15. Rivera I. Prevalencia de preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el hospital básico del cantón Yantizaza. [Tesis de grado]. 2016:45-46.
16. Matías R. Factores predisponentes de la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el Hospital gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor desde septiembre del 2012 a febrero del 2013. [Tesis para optar por el título de obstetra]. 2013.
17. Solís M. Complicaciones clínicas en las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia]. 2014.
18. García R, Llera A, Leyda A, Delgado M, González A. Resultados maternos-perinatales de pacientes con preeclampsia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012.
19. Quispe R, Quispe J, Zegarra P. Complicaciones maternas y fetales de la Preeclampsia diagnosticadas en un hospital del sur de Perú. *Revista médica Panacea*. 2013.

Fecha de recepción: 11 de febrero de 2016

Fecha de aceptación: 13 de marzo de 2015

*El presente artículo es resultado de un trabajo de curso perteneciente a la asignatura Ginecología y Obstetricia, por lo que los editores jefes autorizaron que un autor más firmara el mismo.

Artículos de presentación de casos

A propósito de un caso relacionado con el Proceso Asistencial Integrado “Riesgo vascular” en atención primaria de salud

Apropos of a case related to the Integrated Healthcare Process “vascular risk” primary health care

Autores:

Estefanía Murcia Alabarce

Universidad de Granada, Granada, España.

Estela María Lomas Muñoz

Universidad de Granada, Granada, España.

Jacobo Cambil Martín

Profesor de Enfermería Familiar y Comunitaria, Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada, España.

Autor de correspondencia: Estefanía Murcia Alabarce, C/ Rambla del Manjón, 6, 3 E, 18600 Motril (Granada), España, Teléfono: 657 07 76 02, e-mail: estefaniama93@gmail.com

RESUMEN

La enfermedad vascular es la primera causa de muerte y discapacidad en España. Los principales factores de riesgo asociados y que son modificables, están relacionados con los estilos de vida. Se expone el caso de un paciente que acude a la consulta de enfermería para la toma de constantes y seguimiento. Tras realizar una valoración inicial, se identificó la presencia de factores de riesgo vascular, por lo que se procedió al diseño de un plan de cuidados individualizado, siguiendo las pautas descritas en el Proceso Asistencial Integrado “Riesgo Vascular”. La evaluación de los resultados ha sido satisfactoria, aunque el plan de cuidados ha de reforzarse mediante sesiones de seguimiento. El rol de los profesionales sanitarios, en concreto, los enfermeros de familia, es esencial en las intervenciones de promoción de la salud vascular. Además del papel que sustentan el Sistema Sanitario y las estrategias de Salud Pública.

Palabras clave: atención al paciente, atención primaria de salud, enfermería, prevención primaria, promoción de la salud.

ABSTRACT

Vascular disease is the leading cause of death and disability in Spain. The main risk associated factors are related to lifestyles that are modifiable. This case studies a patient who comes to the Nursing clinic for monitoring constants. After proceeding an initial assessment, the presence of vascular risk factors were identified, so we proceeded to design an individualize a care plan, following the guidelines outlined in the Integrated Healthcare Process “Vascular Risk”. The evaluation of its results has been satisfactory although the care plan has to be reinforced by follow-up sessions. The role of health professionals, in particular nurses family interventions, is essential in promoting vascular health, plus the role supported by the Healthcare system and public health strategies.

Keywords: patient-centered care, nursing, primary care, primary prevention, health promotion.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del aparato circulatorio o enfermedades vasculares (EV) representan la primera causa de muerte en el mundo,¹ y

corresponden al 42 % de los fallecimientos en varones y al 52 % en mujeres.² En España son responsables del 31,2 % del total de defunciones: supuso la principal causa de muerte en 2010 en mujeres (35,2 %) y la segunda en hombres (27,5 %), después de los tumores. Aunque la tendencia en los últimos años es un descenso en la mortalidad por EV, se ha observado un incremento de la morbilidad hospitalaria.³ Las patologías más importantes que componen las EV son: la enfermedad coronaria (EC), los accidentes cerebrovasculares (ACV) isquémicos y la enfermedad arterial periférica (EAP).⁴

Los *factores de riesgo vascular* (FRV) se definen como circunstancias de etiología multifactorial^{3,4} e inherentes a la persona que predispone la aparición de EV. Se clasifican en dos grupos: aquellos que no podemos modificar y los que sí podemos. Los FRV no modificables se relacionan con la edad, sexo (favorecen el ser varón y el aumento de la edad), factores genéticos (familiar de primer grado con EV antes de los 65 años), personales (haber padecido EV previa) y psicosociales (estatus económico bajo, carencia de apoyo social, estrés, ansiedad y depresión).^{5, 6} Por otro lado, los factores modificables son la hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, dislipemia y obesidad. Se presentan frecuentemente asociados y se potencian entre sí, lo que resulta en un riesgo vascular total mayor que la suma de sus componentes individuales.³ El control de los FRV es la medida más eficaz para disminuir la morbimortalidad por EV. De hecho, solo entre el 6,9 y el 16,9 % de los pacientes españoles de alto riesgo vascular tienen todos sus factores controlados.⁷

La actual estrategia poblacional para la prevención de la EV se fundamenta en una evaluación multifactorial del riesgo vascular total, basada en los FRV más importantes: edad, sexo, tabaquismo, PA y dislipemia. En España, el Comité Español para la Prevención Cardiovascular y la Sociedad Española de Cardiología recomiendan el uso de la Systematic

Coronary Risk Evaluation (SCORE), que estima el riesgo de padecer un evento vascular mortal en los próximos 10 años en personas aparentemente sanas.^{1, 4, 5, 8, 9, 10}

La aparición epidémica de las EV está estrechamente ligada al estilo de vida y a los factores de riesgo modificables.¹¹ La OMS estima que un 50 % de la población no cumple con las recomendaciones respecto a los hábitos de vida³ y que con cambios adecuados en los mismos (dieta saludable, actividad física y abandono del tabaquismo), se evitaría más de 3/4 partes de la mortalidad vascular. En nuestro medio, la dieta más apropiada es la denominada mediterránea, que ha demostrado disminuir los FRV. El concepto de dieta mediterránea comprende: alta ingesta de frutas, verduras, legumbres, productos integrales, pescado y ácidos grasos insaturados (especialmente aceite de oliva), consumo moderado de vino y escasa ingesta de carnes rojas, lácteos y grasas saturadas.⁵ En cuanto a la actividad física, llevarla a cabo regularmente supone una reducción a largo plazo en un 20-30 % de los eventos vasculares.⁶

El éxito de las recomendaciones vinculadas con los hábitos saludables depende principalmente del desarrollo de estrategias de promoción de la salud que controlen los determinantes de salud asociados a los estilos de vida.¹² Asimismo, la prevención de la EV sigue siendo un reto importante para la población, los responsables políticos y los profesionales de la salud. Por esta razón, surgen en España los modelos de gestión por “Procesos Asistenciales Integrados” (PAI), los cuales aseguran de forma rápida y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial en sí mismo.¹³ Concretamente, el PAI “Riesgo Vascular” se ha implantado con el objetivo de lograr un manejo integral del paciente en riesgo vascular. Entre sus particularidades destacan: el enfoque integral hacia la persona con un objetivo fundamentalmente preventivo, el enfoque

a resultados, el cálculo cuantitativo del riesgo vascular utilizando la tabla de riesgo SCORE y finalmente, el ámbito asistencial clave para realizar la captación de personas como parte de la Atención Primaria de Salud, debido a sus características de accesibilidad y longitudinalidad.¹⁴

La atención a los FRV reviste interés en todos los niveles de la atención socio-sanitaria, pues afecta al conjunto de la población general. En este contexto, el papel de la Enfermería de Familia resulta crucial, debido a sus competencias en el control de los determinantes de salud asociados a los hábitos de vida, el desarrollo de estrategias de promoción de la salud vascular y actividades preventivas, así como su fácil accesibilidad en el sistema sanitario. Los ciudadanos, de este modo, se sentirán más seguros, gozarán de una mejor salud y contribuirán a disminuir los costes del Sistema Nacional de Salud.³ La translación de todo ello a una mejora de la prevención general de los FRV constituye un desafío de futuro y hace que este sea un interesante caso de estudio. El objetivo del presente trabajo es elaborar un plan de cuidados integral de enfermería, que refleje la importancia del manejo de los FRV en Atención Primaria, así como lograr el empoderamiento del paciente, manteniendo constantes la motivación y autoestima positiva durante el proceso.

RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 42 años, con patologías tales como diabetes mellitus tipo II y obesidad, acude a la consulta de enfermería de Atención Primaria para su seguimiento y toma de constantes, tras ser derivado por su médico de familia, el 27/01/2015. Como antecedentes familiares de interés se destaca que su hermana y su padre padecen diabetes mellitus tipo II. Entre sus antecedentes personales se resalta que es ex-fumador desde hace 5 años. Actualmente, su tratamiento farmacológico consiste en metformina (1 comprimido cada 8 h).

Tras realizar la valoración inicial mediante una entrevista clínica integral, detectamos que el paciente presenta FRV: diabetes mellitus, presión arterial elevada en consulta (160/100 mmHg) y obesidad (peso 107,5 Kg, talla 169 cm, IMC 37,64 Kg/m², perímetro de cintura 120 cm. Dichos datos clínicos son consecuencia de su actual régimen alimentario, el cual incluye ingestas hipercalóricas, en las que predominan azúcares simples, grasas saturadas y proteínas y son a su vez deficitarias en fruta fresca y verduras. Es evidente que los datos denotan claramente su baja adherencia a la dieta mediterránea. Por otro lado, su nivel de actividad física es moderado, ya que el paciente refiere que realiza paseos diarios de una hora de duración aproximadamente. Además de ello, desconoce las medidas higiénico-dietéticas respecto a la diabetes mellitus y no sigue el tratamiento farmacológico correctamente, ya que ignora el correcto horario de toma del medicamento prescrito.

Posteriormente, para estratificar el nivel de riesgo vascular, se solicitó un estudio analítico con el fin de obtener los parámetros bioquímicos que denoten otros FRV añadidos, por lo que el 02/02/2015, el paciente acudió a la consulta de extracciones para la toma de muestra analítica y se citó para recogida de resultados y revaloración por parte de enfermería el 10/02/2015. Dicha analítica reflejó el deplorable control de su enfermedad (hemoglobina glicosilada 9,7 %, glucosa en orina 70 mg/dL, colesterol HDL 27 mg/dL, colesterol LDL 140 mg/dL), por lo que se procedió inmediatamente al diseño de un plan de cuidados individualizado, ya que el paciente expresó activamente su deseo de querer cambiar su situación actual de salud.

Concretamente, se identificaron tres diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA¹⁵ (North American Nursing Diagnosis Association) debido a su relevancia clínica y por encontrarse a su vez reflejados en el Proceso Asistencial “Riesgo Vascular”:¹⁴ “Gestión ineficaz de la salud”, “Riesgo de deterioro

de la función cardiovascular” e “Incumplimiento”. Para la consecución de dicho plan de cuidados se marcaron los objetivos y se centraron las intervenciones según taxonomías NOC¹⁶ (Nursing Outcomes Classification) y NIC¹⁷ (Nursing Interventions Classification), respectivamente. Los resultados específicos que se esperaban alcanzar tras la aplicación de las intervenciones y actividades se asociaron a un indicador estrella, que sirvió como base para medir los resultados. Cada indicador se cuantifica mediante escalas tipo Likert de 5 puntos, sobre un continuo desde menos a más deseable.¹⁶ A continuación se expone un detallado resumen del diseño y estrategias llevados a cabo en el plan de cuidados integral [Tabla 1] [Tabla 2] [Tabla 3].

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La EV es un trastorno crónico que se desarrolla de manera insidiosa a lo largo de la vida y suele estar avanzada cuando aparecen los síntomas.⁵ La atención a los FRV debería ser el ingrediente indispensable en la anticipación de las EV y el primer escalón para su tratamiento. El estudio Di@betes.es, realizado en población española entre 40 y 65 años, muestra que el control de los FRV es poco favorable: un 43,4 % presenta un riesgo vascular moderado y un 22,8 % tiene un riesgo alto/muy alto.¹ Más concretamente, el estudio ENRICA (Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España) realizado entre 2008-2010, indica que el 28 % de los españoles fuma, el 62 % tiene exceso de peso, el 23 % padece obesidad (se dedican 14 horas semanales a ver la televisión y otras 15 horas a actividades que implican estar sentado), uno de cada tres adultos es hipertenso y uno de cada dos, tiene el colesterol total elevado.³ En términos generales, se han descrito varias causas relacionadas con dicha baja tasa de control de los FRV: con los profesionales sanitarios, con las instituciones políticas, el sistema sanitario y con la población general.

Las deficiencias vinculadas a los profesionales de la sanidad tienen que ver con que apenas

desarrollan actividades de educación sanitaria y medidas terapéuticas frente a los FRV, ya sea por falta de tiempo, de convicción o de trabajo en equipo. En concreto, el rol de la enfermería familiar y comunitaria como educadora para la salud se postula como clave para actuar sobre los FRV modificables, liderando proyectos orientados hacia la promoción de la salud vascular. Es pues que en nuestro plan de cuidados se pretende destacar el papel que juega la enfermería de familia al incluir la educación sanitaria entre sus competencias. De hecho, en varios estudios se constata que los programas multidisciplinares dirigidos por enfermeros son eficaces en la reducción de los FRV y en la mejora en la adherencia del tratamiento.^{4, 9, 10} Asimismo, dichas intervenciones han de situarse dentro del marco de un equipo multidisciplinar, ya que sus funciones son autónomas pero interdependientes, para así lograr mayor eficacia en los cuidados del paciente, la mejora de los resultados clínicos y la reducción de la carga asistencial. Tal y como se muestra en el estudio MIRVAS,⁷ que a través de una actuación conjunta del médico y del enfermero en un control intensivo de los FRV, se mejoró el pronóstico de los pacientes a corto plazo.

Por otro lado, la actual estrategia poblacional pretende reducir la incidencia de los FRV mediante cambios en el estilo de vida y el entorno. En España, disponemos de la Ley Antitabaco (Ley 42/2010)¹⁸ y la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición (Ley 17/2011),¹⁹ la cual incluye la creación de un Observatorio de la Nutrición y el Estudio de la Obesidad y la revisión periódica de la estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física, Prevención de la Obesidad y Salud), entre otros. En el ámbito educativo, resalta la Reglamentación (RD 1146/2011),²⁰ que establece la impartición de la asignatura optativa “Alimentación, nutrición y salud” en 4º curso de educación secundaria. Además se destaca la gestión por Procesos Asistenciales Integrados, que asegura la implementación del PAI Riesgo Vascular.¹⁴ El

impacto de dichas estrategias en los eventos vasculares y en la reducción de los FRV es importante, aunque a nivel individual puede aportar pocos beneficios, como se manifiesta en nuestro caso clínico. Por tanto, la combinación perfecta para lograr el mayor efecto preventivo se obtendría compaginando las estrategias poblacionales junto con las intervenciones individualizadas llevadas a cabo por los profesionales sanitarios, más concretamente por enfermería de familia.

En cuanto a la población general, la baja tasa de control de los FRV tiene múltiples causas, entre ellas, su naturaleza asintomática y crónica. La mala adherencia es extremadamente común en los cambios en el estilo de vida: más de un tercio de los pacientes abandona el tratamiento inicial después de 6 meses, y tras un año, la mitad; además, el 10 % de los pacientes olvida tomar la medicación a diario.¹⁰ La falta de adherencia es un problema que permanece latente en nuestro plan de cuidados, y en el que se ha de hacer hincapié en las próximas sesiones de seguimiento. Se deben recomendar estrategias eficaces para dar apoyo a los pacientes con el fin de conseguir cambios positivos en sus hábitos de vida y mejorar el autocuidado. El tratamiento centrado en el paciente facilitaría el control compartido y la toma de decisiones entre el paciente y el profesional sanitario, centrándose en su experiencia de la enfermedad dentro de un contexto social, desarrollando así una alianza entre ambos.

En cuanto a la organización del sistema sanitario, hoy día obedece más bien a un modelo curativo que preventivo. Como propuesta de mejora, se sugiere que la coordinación y comunicación entre los diferentes niveles asistenciales se convierta en una realidad. En concreto, la gestión por Procesos Asistenciales Integrados es un gran reto para mejorar la calidad del sistema sanitario, ya que actualmente su implementación en las consultas de Atención Primaria es escasa. Los PAI mejorarían la organización de las actividades clínicas,

la interrelación entre ámbitos asistenciales y las expectativas del ciudadano, y avalarían la continuidad de cuidados.

CONCLUSIÓN

El rol que ejercen los enfermeros en Atención Primaria los convierte en los profesionales ideales con las capacidades y habilidades necesarias para actuar como educadores en la promoción de la salud vascular. La atención sanitaria focalizada en el paciente consigue su empoderamiento, es decir, logran ser los protagonistas indiscutibles de su proceso salud-enfermedad. Por último, la combinación de una estrategia poblacional eficiente junto con un sólido sistema sanitario, se define como el escenario perfecto para la implementación de medidas de educación sanitaria. Concretamente, la correcta implantación del PAI “Riesgo Vascular” en las consultas de enfermería de familia supondría un éxito absoluto como medida de promoción de la salud vascular y, como consecuencia, se lograría el necesario empoderamiento de los usuarios.

Conflictos de intereses: los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Declaración de contribución

Estefanía Murcia Alabarce escribió este artículo basado en su Trabajo de Fin de Grado (TFG).

Estela María Lomas Muñoz colaboró activamente el planteamiento del plan de cuidados y la redacción del artículo.

Jacobo Cambil Martín dirigió este TFG y revisó este artículo para su publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo Di@bet.es. Estimación del riesgo cardiovascular en España según la guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2014 [Acceso 4 de mayo de 2015];

- 1-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893214004655>
2. Estruch R. Mortalidad cardiovascular: ¿Cómo prevenirla? *Nefrología*. 2014[Acceso 4 de mayo de 2015]; 34(5): 561-569. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-mortalidad-cardiovascular-como-prevenirla-X0211699514054647>
3. Fundación Española de la Nutrición (FEN). Libro blanco de la nutrición en España. Madrid: Gobierno de España; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
4. Grupo de trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad Europea de Aterosclerosis (EAS). Guía de la ESC/EAS sobre el manejo de las dislipemias. *Rev Esp Cardiol*. 2011[Acceso 4 de mayo de 2015]; 64(12):1-60. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/guia-esc-eas-sobre-el-manejo/articulo/90040540/>
5. Quinto grupo de trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre la Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la práctica clínica (constituido por representantes de nueve sociedades y expertos invitados). Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Rev Esp Cardiol*. 2012 [Acceso 4 de mayo de 2015]; 65(10): 1-66. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/guia-europea-sobre-prevencion-enfermedad/articulo/90154893/>
6. Cañizares Navarro R, Peris García J, Botas Velasco M y Merino Sánchez J. Factores de riesgo vascular. *Medicine*. 2009 [Acceso 4 de mayo de 2015]; 10(40): 2668-2677. Disponible en: [http://www.medicineonline.es/medicine/ctl_servlet?_f=1010&id=13007696&titulo=Medicine%202009;%2010%20\(40\)](http://www.medicineonline.es/medicine/ctl_servlet?_f=1010&id=13007696&titulo=Medicine%202009;%2010%20(40))
7. Moreno MA, Ibáñez P, Ciria C, Pizarro A, Rodríguez F y Suárez C. Impacto de un tratamiento integral intensivo de factores de riesgo sobre la mortalidad cardiovascular en prevención secundaria: estudio MIRVAS. *Rev Esp Cardiol*. 2011[Acceso 4 de mayo de 2015]; 64(3): 179-185. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/impacto-un-tratamiento-integral-e-articulo/90000659/>
8. Sardonís LM, Nava JM, Ayus L, Díaz I, Gómez Y, Martín R et al. Calcula tu riesgo cardiovascular. *Enferm Cardiol*. 2010-2011[Acceso 4 de mayo de 2015]; 3(51-52): 82-84. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/51_52_13.pdf
9. Grupo de trabajo de diabetes, prediabetes y enfermedades cardiovasculares de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Association for the Study of Diabetes (EASD). Guía de Práctica Clínica de la ESC sobre diabetes, prediabetes y enfermedad cardiovascular, en colaboración con la European Association for the Study of Diabetes. *Rev Esp Cardiol*. 2014 [Acceso 4 de mayo de 2015]; 67(2): 1-56. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/guia-practica-clinica-esc-sobre/articulo/90267575/>
10. Grupo de trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 2013 [Acceso 4 de mayo de 2015]; 66(10):1-64. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/guia-practica-clinica-esh-esc-2013/articulo/90249392/>

11. Martínez JM, Guisado R, Ocaña F y Salgado FJ. Modelos de estimación de riesgo cardiovascular y papel de enfermería en la prevención. *Enferm Cardiol*. 2014 [Acceso 4 de mayo de 2015]; 21(63): 44-48. Disponible en: http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/63_06.pdf
12. Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP). El papel de la enfermera familia y comunitaria en la cronicidad. 1ª ed. Madrid: Cuadernos SEMAP; 2013 [Acceso 4 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.semap.org/docs/CUADERNOS_SEMAP_El_papel_de_la_EFyC_en_la_cronicidad.pdf
13. Fernández AM. Atención a cuidadoras en Atención Primaria: a propósito de un caso relacionado con Procesos Asistenciales Integrados. Trabajo Fin de Grado. Universidad de Granada; 2014.
14. Consejería de Igualdad, Salud y Bienestar Social. Proceso Asistencial Integrado: Riesgo Vascular. 2ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía; 2010. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/riesgo_vascular/riesgo_vascular.pdf
15. Herdman TH y Kamitsuru S. NANDA International. Nursing diagnoses: Definitions and Classification. 2015-2017. 10th ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
16. Moorhead S, Johnson M, Maas ML y Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
17. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM y Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
18. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Boletín Oficial del Estado, 31 de diciembre de 2010. 318: 109188-109194 <https://www.boe.es/boe/dias/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20138.pdf> (último acceso 11 mayo de 2015).
19. Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. Boletín Oficial del Estado, 6 de julio de 2011. 160: 71283-71319. <http://www.boe.es/boe/dias/2011/07/06/pdfs/BOE-A-2011-11604.pdf> (último acceso 11 mayo de 2015).
20. Real Decreto 1146/2011, de 29 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1631/2006, de 29 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a la Educación Secundaria Obligatoria, así como los Reales Decretos 1834/2008, de 8 de noviembre, y 860/2010, de 2 de julio, afectados por estas modificaciones. Boletín Oficial del Estado, 30 julio de 2011. 182: 86736-86765 www.boe.es/boe/dias/2011/07/30/pdfs/BOE-A-2011-13117.pdf (último acceso 11 mayo de 2015).

TABLA 1. DIAGNÓSTICO 00078 “GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD”	
Objetivo y resultado	Intervenciones y actividades
<p>(1602) Conducta de Fomento de la Salud.</p> <p>(160201) Utiliza conductas para disminuir los riesgos, dicho indicador reflejó el 10/02/2015 una puntuación basal de 3 (a veces demostrado), y se espera que evolucione a 5 (siempre demostrado). En la consulta del 17/02/2015 presentó una puntuación de 4 (frecuentemente demostrado), por lo que se ha de continuar con el seguimiento y consolidar el plan de cuidados propuesto.</p>	<p>(6610) Identificación de riesgos. Se calculó el riesgo vascular mediante el modelo SCORE, y se diseñaron las adecuadas estrategias preventivas. En nuestro caso, establecimos el nivel de prevención primaria con riesgo vascular alto (>5%).</p> <p>(5520) Facilitar el aprendizaje mediante la educación para la salud, de una forma dinámica, interactiva y estimulante.</p> <p>(5603) Enseñanza: cuidados de los pies. Se proporciona información oral y escrita acerca del riesgo vascular asociado a diabetes.</p>

TABLA 2. DIAGNÓSTICO 00239 “RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR”

Objetivos y resultado	(1914) Control Del Riesgo: Enfermedad Cardiovascular.
<p>En la consulta del 10/02/2015, los indicadores <i>(191404) Controla presión arterial</i>, <i>(191408) Sigue dieta cardiosaludable</i>, y <i>(191422) Mantiene el control glucémico</i> presentaron una puntuación basal de 2 (raramente demostrado), y mejoraron positivamente en la consulta de seguimiento del 17/02/2015, logrando una puntuación tras intervención de 4 (frecuentemente demostrado), a pesar de que la puntuación diana establecida fue de 5 (siempre demostrado). Concretamente, el 27/01/2015 la tensión arterial era de 160/100 mmHg y descendió a 145/90 mmHg el 10/02/2015 y a 140/90 mmHg a la semana siguiente. Por otro lado, el 27/01/2015 los niveles de glucemia postprandrial correspondían a 243 mg/dl y se mantuvieron similares dos semanas después (220 mg/dl). El 17/02/2015 la glucemia al azar era de 123 mg/dl. El indicador <i>(191414) Utiliza medicación según prescripción</i>, tras una puntuación basal de 2 y una puntuación diana establecida de 5, el paciente logra una puntuación tras intervención de 3 (a veces demostrado), por lo que se refuerza dicho objetivo. Por último, el indicador <i>(191415) Hace ejercicio con regularidad</i> se mantiene constante a lo largo del proceso con una puntuación de 4.</p>	
Intervenciones y actividades	
<p>(5246) Asesoramiento nutricional. Se proporcionó un consejo dietético básico gracias a la herramienta “Método del plato”, una fórmula alternativa para elaborar un plan nutritivo por raciones de 1200-1500 kcal, adaptado a los requerimientos de la diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad.</p>	
<p>(0200) Fomento del ejercicio. Se fortaleció la continuidad en la práctica de ejercicio físico.</p>	
<p>(5616) Enseñanza: medicamentos prescritos. Se describió la adecuada toma de medicación.</p>	

TABLA 3. DIAGNÓSTICO 00079 “INCUMPLIMIENTO”	
Objetivo y resultado	Intervenciones y actividades
<p>(1209) Motivación.</p> <p>(120905) Inicia conductas dirigidas hacia los objetivos. El 10/02/2015 presentó una puntuación basal de 2 (raramente demostrado) y se fijó una puntuación diana de 5 (siempre demostrado). El 17/02/2015 el paciente obtuvo una puntuación de 4 (frecuentemente demostrado) y se le felicitó por los logros alcanzados.</p> <p>(120907) Mantiene la autoestima positiva. El indicador se mantuvo constante a lo largo del plan de cuidados con una puntuación de 5.</p>	<p>(5395) Mejora de la autoconfianza</p> <p>Se proporcionó un refuerzo positivo y apoyo emocional constantes durante el proceso de implementación de la conducta saludable.</p>

Fecha de recepción: 7 de junio de 2015

Fecha de aceptación: 16 de septiembre de 2015

Atención a cuidadoras en atención primaria: plan de cuidados relacionado con procesos asistenciales integrados

Caregivers care in primary care: care plan related with integrated assistance processes

Autores:

Estela María Lomas Muñoz

Universidad de Granada, Granada, España.

Estefanía Murcia Alabarce

Universidad de Granada, Granada, España.

Jacobo Cambil Martín

Universidad de Granada, Granada, España.

Autor de correspondencia: Estela María Lomas Muñoz, C/ Avenida de Andalucía, número 6, 18339 Romilla (Granada), España, Teléfono: 645343926, e-mail: estelalm84@gmail.com

RESUMEN

Ha aumentado la esperanza de vida de las personas mayores, muchas de las cuales son dependientes y necesitan ayuda para desarrollar actividades de su vida diaria que suele ser proporcionada por un familiar. Se expone el caso de María, cuidadora principal de su madre que padece de Alzheimer y es dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria. El enfermero familiar acude al domicilio y se encuentra a la cuidadora desbordada por la situación. Tras realizar la valoración integral siguiendo los patrones de Marjory Gordon, se procedió a la elaboración de un Plan de Cuidados Individualizado. Los diagnósticos que se consideraron prioritarios fueron: Cansancio del Rol de cuidador y Gestión ineficaz de la propia salud. Tras la realización de intervenciones individualizadas, los resultados fueron satisfactorios, aunque los objetivos requieren de seguimiento. El papel de enfermería en el bienestar físico y psíquico del cuidador es fundamental.

Palabras clave: agotamiento psíquico, atención al paciente, cuidadores, enfermería de atención primaria.

ABSTRACT

Life expectancy of people has increased. Many older people are dependent and need help to develop their daily life activities. This care is usually provided by a caregiver, a member of the family. This work studies Maria's case, her mother's primary caregiver, who suffers Alzheimer's disease and is dependent for all basic activities of daily living. The Family and Community Nurse visited the patient and the caregiver at home. The caregiver was overwhelmed by the situation. After making a comprehensive assessment following the patterns of Marjory Gordon, we proceeded to the development of an Individualized Care Plan. Diagnoses that were considered priority were: tiredness of the role of family caregiver and inefficient health management itself. Following the completion of individualized interventions, the results have been satisfactory, although the objectives require monitoring. The role of Nursing in the physical and mental well-being of the caregiver is essential.

Keywords: family caregiver, nursing, patient-centered care, primary care, psychic tiredness.

INTRODUCCIÓN

En pleno siglo XXI se habla cada vez más de una población envejecida. Como consecuencia del cambio demográfico la pirámide poblacional se ha invertido, es decir, las tasas de natalidad están en descenso, en contraposición de la esperanza de vida que ha venido aumentando en los últimos años.

Según las proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) el porcentaje de población mayor de 65 años, que actualmente se sitúa en el 18,2% pasaría a ser el 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064.¹ La esperanza de vida al nacimiento se sitúa en 82,82 años en 2013. En mujeres alcanza los 85,60 años y en los hombres los 79,973.²

Las tasas de dependencia en personas mayores de 64 años, en 2014, se sitúan en torno a un 27.56%.³ En España, entre el 10 y el 14,9 % de la población mayor de 60 años se encuentra afectada por trastornos cognitivos, de los que el 60-70% corresponde a la enfermedad de Alzheimer.⁴

El incremento de personas mayores, dependientes y enfermos crónicos, implica un aumento en la necesidad de personas que se dedican a brindar cuidados en el ambiente familiar y suele ser solo un individuo de la familia el que asume todo el cuidado.

Se entiende por cuidador informal la persona, familiar o no, que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quien padece una enfermedad, y le permite seguir viviendo en su entorno de una manera confortable y segura, pues por razones de edad o incapacidad no es totalmente independiente.⁵

La labor de los cuidadores informales contribuye al mantenimiento de la persona dependiente en el entorno social, así como a un ahorro de tiempo y coste al sistema sanitario.

Las características más comunes de la persona cuidadora son las siguientes:^{5,6}

-La función de cuidador principal la desempeñan las hijas y esposas cuando la persona cuidada es hombre, y nuera e hijas cuando la persona dependiente es mujer.

- Más de 55 años de edad.

- Estudios primarios o secundarios y escasos recursos económicos.

-Se realiza de forma altruista.

-El cuidador familiar ofrece a menudo una atención sin límites de horarios, que puede llegar cuando la enfermedad evoluciona con gran dependencia, a la necesidad de cuidados las 24 horas los 365 días del año, con una media de cuidados de más de cinco años.

Estudios realizados a la población de cuidadores arrojan que los principales problemas que enfrentan en su labor diaria, generan diversas alteraciones psíquicas (ansiedad y depresión), sociales, físicas y laborales que repercuten en su salud, las cuales caracterizan el llamado "Síndrome del Cuidador Crucial".⁷ Estas alteraciones pueden llevar al cuidador a tal grado de frustración que claudique en las labores del cuidado.

Las manifestaciones negativas son mayores, cuanto mayor es el grado de dependencia física y deterioro mental del paciente y también cuanto mayor es el tiempo que lleva cuidando el cuidador. La cercanía y el conocimiento que los profesionales de enfermería suelen tener de la situación del cuidador, facilitan su papel para resolver dudas en los momentos más conflictivos.⁶

Por todo esto, existe la puesta en marcha de actuaciones para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras:

-La Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se establece con motivo de atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.⁸

-Se desarrolla en España un modelo de gestión por "Procesos asistenciales integrados" (PAI) como parte central de una estrategia para impulsar un cambio en la organización basado en la

fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario [Figura 1]. Es necesario destacar que una de las aportaciones esenciales del PAI Atención al Paciente Pluripatológico¹¹ ha sido su contribución a difundir las técnicas de valoración integral y el reconocimiento de la importancia del papel de la persona cuidadora en la atención de enfermos crónicos.^{9,10}

- Hacer mención a la Escuela de Pacientes de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales,¹² que ofrece un aula de personas cuidadoras con el objetivo de mejorar la calidad de vida de estas personas y como consecuencia la de las personas dependientes, a las que dedican sus cuidados. Cuidar es una tarea difícil y cansada, por ello hay que entrenarse física y psicológicamente para que no afecte a la salud.

Teniendo en cuenta todo lo referido, nos planteamos este trabajo, cuyos objetivos principales fueron: destacar la importancia del papel de enfermería comunitaria en facilitar el acceso al sistema sanitario de los cuidadores para establecer una adecuada comunicación, que nos permita detectar aquellos factores de riesgo que incrementan la sobrecarga del cuidador y desarrollar un plan de cuidados individualizado, identificando el diagnóstico principal (Cansancio del Rol del cuidador). Incluir intervenciones de enfermería individuales (apoyo emocional, periodos de respiro, aumentar la autoestima y motivación) y grupales (talleres de cuidadoras), que tengan evidencia científica suficiente como para asegurarnos de que conseguiremos los objetivos a corto y largo plazo propuestos en este plan.

RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

Mujer, de 49 años de edad, es cuidadora informal desde hace 4 años de su madre. Es la única de tres hijos que puede desempeñar esta labor. La anciana tiene 93 años, requiere de ayuda para todas las actividades de la vida diaria (AVD)

y padece de Alzheimer, entre otras patologías. El Enfermero de Familia y Comunitario (EFYC) acude al domicilio para visitar a la persona dependiente y se encuentra a la cuidadora desbordada por la situación. Se ve necesario realizar el seguimiento del paciente a través del plan de cuidados individualizado, debido a que se identifican factores de riesgo de sobrecarga del cuidador.

Se realiza una entrevista clínica integral para la valoración de la cuidadora el día 26/01/2015, y detectamos que se siente agotada psíquicamente por la gran atención que su madre requiere y el poco tiempo que tiene para autocuidarse a sí misma. Se ha visto obligada por la situación a llevar una vida sedentaria.

Su vida social es nula y a pesar de que su marido y sus hijas se ofrecen a cuidar de Josefa para que pueda salir con sus amigas y distraerse, no lo hace porque su madre adopta actitudes agresivas y dice: “Yo he elegido limitar mi vida, pero no la de mis hijas, esta es mi obligación”. Perdió el trabajo y actualmente no se plantea buscar ningún otro porque no dispone de tiempo. Refiere tristeza por la evolución negativa en la salud de su madre.

No concilia el sueño porque le angustia la idea de que su madre pueda caerse y que ella no se dé cuenta debido a que no dispone de barandillas adecuadas para la cama. Durante el día se siente cansada y define su sueño como no reparador: “Me levanto igual que me acuesto”.

Actualmente en tratamiento con Lexatin 1.5 mg, ya que no logra conciliar el sueño e Hierro 5 mg, en el último mes se sentía muy cansada, acudió a su médico referente que tras una analítica le diagnóstico Anemia, pero que rehúsa tomar.

Tras la finalización de la primera entrevista vemos imprescindible la derivación a la Enfermera Gestora de Casos (EGC) para valorar la solicitud de cama eléctrica, elevador, barandillas y colchón viscolástico. El EFYC ejecutó el plan de cuidados individualizado a partir de la primera visita, se realizaron otras tres visitas domiciliarias más y una llamada

telefónica para llevar a cabo el plan de cuidados y evaluar su evolución.

Tras el análisis de los datos obtenidos de la valoración de la persona cuidadora, consideramos necesario intervenir sobre dos diagnósticos conforme a la taxonomía enfermera NANDA¹³ (North American Nursing Diagnosis Association): identificamos el diagnóstico principal *Cansancio del Rol de Cuidador*, ya que tras cuatro años de cuidados diarios la cuidadora se siente agotada psíquicamente y se plantea hasta cuándo será capaz de continuar en su labor. Ella se niega a institucionalizar a su madre, por tanto, tendrá que seguir afrontando la situación y se hace necesario abordar este diagnóstico para ayudarla a brindar cuidados de calidad a la persona dependiente. Este diagnóstico está reflejado en el PAI atención a pacientes pluripatológicos, en el plan de cuidados estandarizado de atención a la persona cuidadora.

Se consideró necesario intervenir sobre la *Gestión ineficaz de la propia salud* ya que antepone cualquier cosa como más importante, e incluso rehúsa del régimen terapéutico necesario para tratar la anemia o la falta de conciliación del sueño. No acude a revisiones ginecológicas.

Para la consecución del plan de cuidados, nos propusimos objetivos e intervenciones necesarias para poder alcanzar dichos objetivos propuestos, según las taxonomías NOC¹⁴ (Nursing Outcomes Classification) y NIC¹⁵ (Nursing Interventions Classification), respectivamente [Tabla 1, Tabla 2]. La mayoría de las intervenciones que se llevaron a cabo en el Plan de Cuidados están recomendadas y justificadas en la Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al cuidador en Atención Primaria⁶ y en el PAI de demencia,¹⁶ en el apartado medidas de atención al cuidador e intervenciones educativas grupales con cuidadores.

Los resultados obtenidos se valoran a través de la Escala de Likert, con un valor actual en el momento de la entrevista y el valor que se propone como objetivo a alcanzar. Relacionando las taxonomías NANDA y NOC, la

evolución del paciente, reflejada por la modificación o mejora de los indicadores monitorizados, queda expuesta en las [Tabla 3 y Tabla 4].

DISCUSIÓN

La demencia provoca una pérdida progresiva de la autonomía del enfermo, el que se torna dependiente de las demás personas para realizar sus AVD. La familia es la principal proveedora de cuidados al adulto mayor dependiente.¹⁷

A pesar de que los cuidadores informales son un soporte fundamental para el sistema formal de cuidados, muchas veces son considerados “recursos” que disminuyen la carga laboral del sistema sanitario. Por ello, este grupo vulnerable de población ha estado oculto durante mucho tiempo. Se evidencia que entre las enfermeras predomina la visión del cuidador como recurso y no se le reconoce como sujeto de su cuidado.¹⁸

El personal de enfermería se centra en los cuidados de la persona dependiente y olvida lo esencial de dar apoyo constante y refuerzo positivo en la labor realizada por la cuidadora. Debemos de evitar que se conviertan en pacientes, debido a las consecuencias psicológicas, sociales y físicas que ocasiona el cuidado de personas dependientes, lo que supondría un aumento del costo sanitario y un alto riesgo de claudicación familiar. Un estudio realizado por el IMSERSO¹⁹ muestra que la identificación de factores de riesgo que predisponen a la sobrecarga del cuidador es poco favorable: un 55,6 % de los cuidadores informa que el cuidado ha afectado negativamente a su salud. Es igualmente significativo señalar que el cuidado afecta, además de a la salud, a áreas de la vida de los cuidadores tales como el ocio y tiempo libre, la vida familiar (un 80,2 % de los cuidadores informa de que tienen problemas en estas áreas a consecuencia del cuidado) y el trabajo o la economía (un 61,1 % presenta problemas de este tipo). ¿Por qué enfermería no realiza una correcta prevención primaria? ¿Existen limitaciones

que lo impiden? ¿Cuáles son? Es cierto que con la actual crisis en España y los recortes sanitarios, que han supuesto un aumento del cupo de pacientes por profesional sanitario, hacen difícil dedicar el tiempo que se debería a realizar intervenciones de educación para la salud y medidas terapéuticas frente a factores de riesgo. Sin embargo, a pesar de las dificultades que se presentan, es necesario concienciar a los profesionales de que la realización correcta de la prevención primaria nos evitará un aumento de consecuencias negativas a largo plazo. Por otra parte, existe una difícil captación de este grupo de población debido a que no acude al sistema sanitario.

La captación se hizo a través de una visita domiciliaria por parte del EFYC a la persona dependiente. En este caso, no ha habido una buena actuación por parte del enfermero de Atención Primaria que debería de haber realizado promoción de la salud y prevención primaria desde que la cuidadora empezó a desempeñar su rol. No ha existido una buena coordinación entre los profesionales de Atención Primaria, es decir, el paciente debió derivar a la cuidadora a la EGC para garantizar la continuidad de los cuidados, desde el principio. Actuar después de cuatro años de cuidado permanente supone un aumento del costo sanitario y de las consiguientes consecuencias negativas para la salud.

Y es que el papel de enfermería es clave para la consecución de la promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria. En nuestro trabajo con el paciente se llevaron a cabo intervenciones individualizadas como estrategias psicoeducativas e intervenciones psicoterapéuticas. Se evidencia que con dichas intervenciones se han obtenido resultados positivos en diversos aspectos relativos tanto a la persona atendida, como al cuidador (retraso en la institucionalización del paciente, disminución de la sobrecarga percibida por parte del cuidador y de las repercusiones que dicha sobrecarga suponía para las distintas esferas de la salud, etcétera), siendo necesario adaptar las intervenciones a las

características y necesidades específicas de cada cuidador.²⁰

Se les planteó a los miembros de la familia ponerse de acuerdo para asignarse actividades del hogar y de los cuidados de la persona dependiente, con el objetivo de disminuir la sobrecarga de la cuidadora y aumentar la percepción de apoyo social y ayuda en la misma. Tal y como se refleja en el estudio de Spín Andrade,¹⁷ hay una menor sobrecarga en el cuidador cuando este recibe el apoyo social de sus familiares allegados, vecinos y otros, mientras que los que no lo reciben son más propensos a padecer depresión y a sentir angustia.

¿Qué líneas de mejora se podrían llevar a cabo en un futuro para mejorar la calidad de vida de las cuidadoras? Una posible vía innovadora y alternativa para el cuidado informal y/o el cuidado domiciliario pueden ser las tecnologías de la información y la comunicación (TIC's), por ejemplo, a través de la Escuela de Pacientes,¹² que aporta documentos y material audiovisual para obtener información y resolver dudas y que ofrece encuentros de participación comunitaria entre pacientes, familiares, cuidadoras, asociaciones y profesionales sanitarios. Además de la Escuela de Pacientes, se pueden compartir experiencias con personas en similares situaciones, a través del blog CuidandoTe.²¹ Como propuesta de mejora, una de las sesiones de los talleres de cuidadores debería estar destinada a indagar en esta web, a saber de la existencia de los blog, vinculando así a los cuidadores a una red de apoyo social. Tal y como señala el artículo de Mabel Carrillo *et al.*,²² se reconoce que la utilización de herramientas tecnológicas como el internet para brindar soporte social a personas con enfermedades crónicas y cuidadores familiares, es una iniciativa novedosa y pertinente en la generación de propuestas de intervención para el cuidado de la salud.

Por otro lado, a pesar de que la cuidadora ha sido "el paciente oculto" durante mucho tiempo,

desde las políticas sanitarias se han puesto en marcha líneas de actuación y estrategias encaminadas a la discriminación positiva en la atención a los cuidadores de pacientes dependientes:

-Se ha incluido en la Cartera de Servicios de la Junta de Andalucía la atención a las cuidadoras.

-En el programa “DIRAYA”, utilizado en Atención Primaria de Salud en Andalucía, ha sido incluida la figura de la cuidadora con la opción de asignar al paciente dependiente su cuidadora principal.

-Se ha creado la tarjeta “+ Cuidado” que permite el acceso de las cuidadoras a circuitos asistenciales diferenciados, potenciando su accesibilidad y dando respuesta a otra serie de necesidades. Según el estudio de Poyato y Gutiérrez,²³ la accesibilidad a los servicios es una de las cuestiones más valoradas por este tipo de usuarios.

-La gestión por procesos asistenciales integrados, como el PAI de Atención a pacientes pluripatológicos o demencias, que incorpora la figura de la cuidadora y presenta un plan de cuidados estandarizado dirigido a esta población.

CONCLUSIONES

De la práctica de este caso se derivan principalmente implicaciones clínicas que se relacionan, por un lado, con la importancia del reconocimiento de los cuidadores por parte del sistema formal desde el primer momento y por otro, con el identificar a tiempo los factores de riesgo que conducen a un “Cansancio en el Rol del cuidador”, y por tanto, a un aumento del costo sanitario debido a las consecuencias negativas en la salud de los cuidadores.

Se debe trabajar conforme a los procesos asistenciales integrales, como parte central de una estrategia, para garantizar la calidad de las prestaciones en el sistema sanitario público, centrado en la persona y desde un abordaje global, con todo

el equipo multidisciplinar integrado para conseguir los máximos beneficios posibles.

El papel de la enfermería en el bienestar físico y psíquico del cuidador es básico; en definitiva, cuidando del cuidador también se estará cuidando del paciente.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Declaración de contribución:

Estela M^a Lomas escribió este artículo basado en su Trabajo de Fin de Grado. Estefanía Murcia Alabarce colaboró activamente en el planteamiento del plan de cuidados y la redacción del artículo. Jacobo Cambil dirigió este TFG y revisó el artículo para su publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la población 2014-2064. [Acceso 13 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np1014.htm>.
2. Instituto Nacional de Estadística. España en cifras. Población. [Acceso 13 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=0&c=INE-Publicacion_C&cid=1259924856416&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratis.
3. Instituto Nacional de Estadística. Tasas de dependencia de la población mayor de 64 años. [Acceso 16 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1421>.
4. Badia Llach X, Lara Suriñach N, Roset Gamisans M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Aten Primaria*. 2004. [Acceso 19 de abril de 2015]; 34(4):170-177. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-calidad-vida-tiempo-dedicacion-carga-13065825>.

5. Álvarez Tello M, Morales Asencio JM. Guía para cuidadoras de personas dependientes. Málaga: ASANEC; 2007.
6. Ferré Grau C, Rodero Sánchez V, Cid Buera D, Vives Relats C, Aparicio Casals MR. Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. Tarragona: Publidisa; 2011.
7. Lluch Bonet A, Morales López A, Cabrera Adán M, Betancourt Navarro M. Factores previsibles en la salud física y psicosocial del cuidador crucial del anciano con demencia en el hogar. *Rev Cubana Enfermer*. 2010. [Acceso 17 de abril de 2015]; 26(2):3-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000200002&script=sci_arttext.
8. De Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15-12-2006). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>. Último acceso 11 de mayo de 2015.
9. Moral Campaña MC. Procesos asistenciales integrados: una herramienta para la mejora continua de la asistencia sanitaria. *SEMERGEN*. 2009. [Acceso 4 de abril de 2015]; 35(6):255-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-procesos-asistenciales-integrados-una-herramienta-13139666>.
10. Consejería de Salud, Igualdad y Políticas sociales. Proceso Asistencial Integrado. Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales Integrados. 2ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía; 2009.
11. Consejería de Salud, Igualdad y Políticas Sociales. Atención a pacientes pluripatológicos: Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Junta de Andalucía; 2007.
12. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales. Escuela de Pacientes. [Acceso 25 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.escueladepacientes.es/ui/aula.aspx?stk=Aulas/Personas_cuidadoras.
13. Herdman TH y Kamitsuru S. NANDA International. Nursing diagnoses: Definitions and Classification. 2015-2017. 10th ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
14. Moorhead S, Johnson M, Maas ML y Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
15. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM y Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
16. Consejería de Salud, Igualdad y Políticas Sociales. Proceso Asistencial Integrado: Demencia. Sevilla: Junta de Andalucía; 2002.
17. Spín Andrade AM. “Escuela de Cuidadores” como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cubana Salud Pública*. 2009. [Acceso 11 de abril de 2015]; 35(2):1-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200019.
18. Delicado Useros MV, Candel Parra E, Alfaro Espín A, López Máñez M y García Borge C. Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes. *Aten Primaria*. 2004. [Acceso 9 de abril de 2015]; 33 (4):193-199. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-interaccion-enfermeria-cuidadoras-informales-personas-13058766>.
19. Losada A, Márquez González M, Peñacoba C, Gallagher Thompson D, G. Knight B. Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual*. 2007. [Acceso 20 de abril de 2015]; 15(1): 57-76. Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Andres_Losada/publication/228347609_Reflexiones_en_torno_a_la_atencion_a_los_cuidadores_informales_de_personas_con_demencia_y_propuesta_de_una_intervencion_interdisciplinar/links/00b49517527ffd4aa8000000.pdf.
20. López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de

- la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam.* 2009. [Acceso 15 de mayo de 2015]; 2(7): 332-339. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004.
21. Escuela de pacientes. CuidandoTe. [Acceso 26 de abril de 2015]. Disponible en: <http://cpaliativos-escueladepacientes.blogspot.com.es/>.
22. Mabel Carrillo G, Chaparro Díaz L, Barrera Ortiz L, Pinto Afanador N, Sánchez Herrera B. El blog como herramienta de soporte social para personas con enfermedad crónica. *Cienc. Enferm.* 2011. [Acceso 13 de abril de 2015]; 17(3): 137-149. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300012.
23. Poyato Luque I, Gutiérrez Sequera JL. Evaluación del plan de atención a las cuidadoras portadoras de tarjeta + cuidado en el DS Guadalquivir. *Rev Paraninfo Digital.* 2012. [Acceso 26 de abril de 2015]; 12. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/pdf/pdf.php?p=145o>.

TABLA 1. DIAGNÓSTICO (00061) CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR	
Objetivos e indicadores	Intervenciones y actividades
<p>(2508) BIENESTAR DEL CUIDADOR PRINCIPAL</p> <p>Con este objetivo se pretende que la cuidadora sienta satisfacción con el desempeño de los cuidados y sepa aprovechar los recursos económicos, así como los periodos de descanso necesarios para sentir bienestar.</p> <p>INDICADORES</p> <p>[250802] Satisfacción con la salud emocional. [250803] Satisfacción con el estilo de vida. [250805] Satisfacción con el apoyo social.</p> <p>[250812] Disponibilidad de descansos. [250813] Capacidad para el afrontamiento.</p>	<p>(7040) APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL</p> <p>- Plan de actuación por parte de la EGC:</p> <p>*Informamos sobre los beneficios de la tarjeta + Cuidado. *Animación para participar en grupos de apoyo.</p> <p>*Se proporciona material ortoprotésico para la madre de la cuidadora.</p> <p>* Se le informa sobre los recursos sociales existentes y de la posibilidad de contactar con la trabajadora social para buscar un centro de estancia diurna cercano a su domicilio.</p> <p>-Plan de actuación por parte del EFYC:</p> <p>*Valoramos los conocimientos que tiene la cuidadora y deducimos que tiene un buen nivel de conocimientos acerca de prestar cuidados de calidad a la persona dependiente.</p> <p>* Reconocimiento de las principales dificultades encontradas en el desempeño del rol.</p> <p>* Refuerzo positivo para aumentar la autoestima y la motivación por vía telefónica.</p> <p>*Se ve necesario tratar el tema de cuidar la propia salud:</p> <p>-Se trabaja con el núcleo familiar, se plantean actividades del hogar y de los cuidados que cada miembro de la familia puede desempeñar para disminuir la sobrecarga de la cuidadora y que ella se sienta apoyada y ayudada.</p> <p>- Cómo poner límites al cuidado.</p> <p>- Lo esencial que es: dormir lo suficiente, hacer ejercicio con regularidad, evitar el aislamiento, descansar, organizar el tiempo, relajarse (se le explican técnicas de relajación).</p> <p>- Se le enseña cómo aprender a controlar sentimientos como la culpa, la tristeza o el enfado.</p>

TABLA 2. DIAGNÓSTICO (00078) GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD	
Objetivos e indicadores	Intervenciones y actividades
<p>(1601) CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO</p> <p>La cuidadora no cumple el tratamiento médico prescrito por el médico, por este motivo se hace necesario tomar medidas para hacer al paciente responsable de su propia conducta de salud.</p> <p>INDICADORES:</p> <p>[160103] Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito.</p> <p>[160105] Conserva la cita con un profesional sanitario.</p> <p>[160108] Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción. [160109] Busca ayuda externa para realizar la conducta sanitaria. [160111] Expresa los cambios de síntomas al profesional sanitario.</p>	<p>(4480) FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>* Valoramos el nivel de conocimientos que tiene el paciente acerca del estado de los cuidados de salud y deducimos que son bastantes deficientes.</p> <p>* Se hace hincapié en la importancia de asumir la responsabilidad de sus propios autocuidados y se le anima a cumplir el tratamiento prescrito por el médico de familia.</p> <p>* Comentamos las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias y la importancia de aprender a cuidarse para cuidar.</p> <p>* Involucrar a la familia en el apoyo para conseguir el nivel de responsabilidad buscado.</p>

Tabla 3. Evolución indicadores NOC para el diagnóstico (00061) CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR

NOC (2508) BIENESTAR DEL CUIDADOR PRINCIPAL	
Escala: 1 (no del todo satisfecho) 2 (algo satisfecho) 3 (moderadamente satisfecho)	
4 (muy satisfecho) 5 (completamente satisfecho)	
INDICADORES	1º VALORACIÓN
ÚLTIMA VALORACIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
[250802] Satisfacción con la salud emocional.	1 3 3
[250803] Satisfacción con el estilo de vida.	2 4 4
[250805] Satisfacción con el apoyo social.	3 3 5
[250812] Disponibilidad de descansos.	1 3 3
[250813] Capacidad para el afrontamiento.	1 4 4
Resultado de evolución: NOC NO RESUELTO.	
<p>No conseguimos alcanzar la puntuación diana en el indicador “Satisfacción con el apoyo social”, ya que considera que el apoyo que recibe sigue siendo el mismo (el de su marido e hijas) y que esta situación no va a cambiar, porque su hermano vive fuera de España y su hermana tiene Alzheimer y no se siente arropada por ellos y sabe que ella tendrá que seguir siendo la única responsable del cuidado de su madre. Con respecto a los demás indicadores, la puntuación mejoró bastante cuando su madre empezó a acudir al centro de estancia diurna, ya que dispone de descanso en esta parte de día y esto ha mejorado su salud emocional y la satisfacción con la vida.</p>	

Tabla 4. Evolución indicadores NOC para el diagnóstico (00078) GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD

(1601) CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO. Escala de Likert: 1 (nunca demostrado) 2 (raramente demostrado) 3 (a veces demostrado) 4 (frecuentemente demostrado) 5 (siempre demostrado)	
INDICADORES 1° VALORACIÓN ÚLTIMA VALORACIÓN PUNTUACIÓN DIANA	
[160103]	Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito. 1 5 5
[160105]	Conserva la cita con un profesional sanitario. 2 5 5
[160109]	Busca ayuda externa para realizar la conducta sanitaria. 1 5 5
[160111]	Expresa los cambios de síntomas al profesional. 2 5 5
Resultado de evolución: NOC RESUELTO.	
La cuidadora siempre ha antepuesto el cuidado de su madre y de cualquier otro miembro de la familia a su propia salud. No se tomaba el tratamiento prescrito para la anemia y no acudía a revisiones ginecológicas, sin embargo, a partir de la 4ª visita, donde le hacemos tomar conciencia de lo importante de cuidarse para poder continuar realizando cuidados de calidad a su madre y por su propio bienestar psicológico, es cuando mejora la puntuación de los indicadores. En la última visita realizada, ella refiere que se estaba tomando el tratamiento pautado en las horas y dosis correspondientes, gracias a la insistencia de su familia. Por lo tanto, conseguimos la puntuación diana referente a todos los indicadores de este objetivo.	

Fecha de recepción: 17 de junio de 2015

Fecha de aceptación: 29 de septiembre de 2015

Artículos de revisión

Cuidadores: respaldo legal y bioético en Cuba

Carers: legal and bioethical support in Cuba

Autores:

Katiuska Figueredo Villa

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Eida Ortiz Zayas

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Juan Luis Figueredo Morales

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba

Odalys García Joanicot

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba

Luz María Lalón Ramos

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Mayra Carola León Insuasty

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Autor de correspondencia: Katiuska Figueredo Villa, email: katyfigueredo@outlook.com

RESUMEN

Los cambios anatómicos y funcionales del anciano se manifiestan en las limitaciones al realizar sus actividades básicas de la vida diaria. La familia y el cuidador desempeñan un rol protagónico en el cuidado de estas personas. El presente artículo tuvo como objetivo describir el respaldo legal y bioético vigente en Cuba para cuidadores remunerados. El Ministerio del Trabajo y Seguridad Social implementó una nueva forma de inserción laboral, mediante el trabajo por cuenta propia como cuidadores remunerados. La bibliografía consultada confirmó que la inserción de la bioética contribuye a contar con ciudadanos más responsables, éticos y comprometidos con la actividad que realizan. Como resultado se propusieron los temas para un curso de habilitación de las personas que cuidan ancianos no institucionalizados, encaminados a mejorar la calidad del cuidado que brindan, sustentados en elementos teóricos y metodológicos.

Palabras clave: cuidador, bioética

ABSTRACT

The anatomical and functional changes of the elderly are manifested in limitations in performing their basic activities of daily life. Family and caregiver have a leading role in the care of these people. This paper aimed to describe the current legal and bioethical support in Cuba for paid caregivers. The Ministry

of Labor and Social Security implemented a new form of employment through self-employment as paid caregivers. The literature reviewed confirmed that the inclusion of bioethics contributes to have more responsible, ethical and committed citizens to the activities done. As a result topics for a course to enable people who care noninstitutionalized elderly were proposed in order to improve the quality of care they provide, supported by theoretical and methodological elements.

Keywords: caregiver, bioethics

INTRODUCCIÓN

La familia se concibe como la institución que tradicionalmente se ha ocupado del cuidado de los ancianos dependientes. Por lo general son las mujeres, mayoritariamente las hijas o esposas, quienes responden a la necesidad de cuidar a los ancianos de la casa. Esta acción se relaciona con conceptos patriarcales y estereotipos de roles establecidos desde tiempos pasados.

Actualmente, como consecuencia de los cambios producidos en la sociedad cubana, entre los que se encuentran: la disminución del número de hijos, el incremento de separaciones matrimoniales, el aumento del número de personas que viven solas y la incorporación mayoritaria de las mujeres al mundo laboral, contiguo a las escasas instituciones públicas destinadas al respecto; la familia cada vez

más presenta dificultades para seguir haciendo frente a este problema en la forma que lo venía realizando. Esta realidad provoca que el cuidado de los ancianos dependientes se viva como un dilema y que sea una de sus principales preocupaciones.

Cada vez en más hogares cubanos se impone el reto de cuidar a parientes longevos, lo cual tiene también un impacto económico en las familias. Al doblar de la esquina, se avizora un preocupante panorama que atañe tanto a la economía del país como a la familiar, porque en los hogares, ¿quiénes y cómo podrán auxiliar a sus parientes ancianos?, ¿estará capacitada la familia para ello?, ¿de qué manera tales atenciones, en muchos casos complejas, limitarán el aporte laboral de los cuidadores familiares? No existe duda de que esta demanda establece un verdadero reto para el Estado y el Ministerio de Salud Pública,¹ pues el objetivo que se persigue con el adulto mayor no solo es incrementar en él la expectativa de vida, sino también conservarlo lo más sano, autónomo e independiente posible.

En muchos casos el cuidado ha sido asumido por cuidadores no familiares que reciben remuneración por su trabajo, con diferentes características, tanto socio-demográficas, psicológicas como profesionales, los cuales hacen que la atención de ancianos no institucionalizados tenga una amplia gama de condiciones y realidades. Esta alternativa del trabajador por cuenta propia que se denomina: cuidador de enfermos, ancianos y personas con discapacidad, ha tenido un auge creciente en los últimos años desde su legalización; mediante la Resolución 41 y la Resolución 42 de los Lineamientos del Partido.²

Los autores consideran que resulta necesario diseñar un curso de capacitación a todas las personas que soliciten esta licencia, el cual no solo debe incluir nociones técnicas del cuidado de ancianos, ante las patologías más frecuente a esta edad; sino también ha de abordar el manejo ético que merecen estas personas. Son evidentes las prácticas actuales que despliega el sistema de Salud en la promoción y

la prevención, con el objetivo de promover poblaciones adultas mayores más sanas, que disfruten de una longevidad satisfactoria, por lo que la figura del cuidador es fundamental y sobre todo el remunerado.

Este fenómeno enmarcado dentro de la ética del cuidar demanda principios bioéticos, amén del conocimiento, la preparación y los valores morales con los que cuente el personal que lo protagonice.

El objetivo de los autores en este artículo es describir el respaldo legal y bioético vigente en Cuba para cuidadores remunerados.

DESARROLLO

La ética del cuidar

Los seres humanos constantemente están expuestos a daños y peligros potenciales. En algunas ocasiones se pueden evitar y en otras alguien lo hace por nosotros. Por tanto, “el cuidado es un fenómeno constitutivo básico de la existencia humana y la asimilación del concepto incluye un cuidado hacia uno mismo —o autocuidado— y un cuidado hacia los demás”.³

Cada una de las acciones encaminadas al cuidado sin importar las circunstancias, lleva implícita una conducta moral. La ética del cuidar no es exclusivo de género alguno, es una actitud humana de los unos para con los otros. Esta ética se basa en respetar el sufrimiento del otro y ser sensible a su dolor, brindar protección tanto al aquejado como a sus acompañantes para evitar el aislamiento, la sensación de abandono y hacerle sentir en menor cuantía su discapacidad.⁴

El primer significado de cuidar es proporcionar cuidados. La palabra cuidado ha sido la central en la bibliografía sobre Enfermería durante muchos años, se utiliza en dos sentidos diferentes entre sí pero a la vez relacionados: primero, cuidar a alguien o proporcionar cuidados y segundo, preocuparse o interesarse por otro.

La primera definición significa realizar actividades beneficiosas para otra persona. Los cuidados suelen implicar a dos personas cuya

conexión está determinada principalmente por la responsabilidad que tiene una de ellas de dar respuesta a la otra y de satisfacer sus necesidades.

El segundo significado refleja cómo una persona piensa sobre otra o cómo se siente comprometida con ella y le responde. Hablando en términos generales, este cuidar es una respuesta emocional que conlleva una preocupación por el otro, y le brinda importancia a la relación, al afecto, a la franqueza y a la atención a las necesidades de la persona a la que se cuida.

El rápido envejecimiento de la población, la prevalencia elevada y creciente de enfermedades crónicas, con morbilidad, fragilidad, discapacidad y una alta dependencia funcional de las personas mayores, ha condicionado un nuevo tipo de cuidado de carácter complejo: los cuidados a largo plazo. Estos marcan un desafío a gran escala en la infraestructura de los servicios socio-sanitarios, donde la evaluación geriátrica integral y el manejo de los cuidados y especialmente los cuidados prolongados asumen, cada vez más, una mayor relevancia como piedra angular de la geriatría moderna.

Los cuidados a largo plazo se pueden suministrar en una amplia variedad de entornos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), los describe como un sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales “familiares, amigos o vecinos” o profesionales “sanitarios, sociales u otros”, o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana.⁵

En todas las definiciones descritas sobre los cuidados a largo plazo, dentro de los que se incluye el cuidado de ancianos, aparece como elemento común la dependencia de un individuo de los servicios de otro, a causa del deterioro funcional de la persona. El desarrollo

de estos cuidados se enmarca sobre todo en la comunidad, debido al interés de mantener al individuo en su medio.

El ejercicio del cuidar responde a necesidades básicas ineludibles. Su principal fundamento es la relación que se establece entre la persona que requiere ser cuidada y la que cuida; entre el anciano y el cuidador se ha de entablar una delicada relación interpersonal de naturaleza particular, que tenga en cuenta a la persona en su totalidad. El primer rasgo fundamental de esta ética es la acogida, sentirse responsable del otro, este deber es anterior al ejercicio de la libertad personal del cuidado, pues la preocupación por el otro constituye la fuerza motriz del cuidar.

Los problemas de esta persona, “la que necesita ser cuidada”, tienen una prioridad absoluta, es imperativo preservar al sujeto de sus padecimientos y acompañarle en la vivencia de su enfermedad. Siempre hay posibilidad de cuidar, aunque no haya posibilidad de curar. Cuidar a alguien es tanto más necesario cuanto más imposible resulte curarle. La ética del cuidado aplicado al mundo de la asistencia geriátrica supone tener en consideración una asistencia humana y médica integral. Cuidar de alguien, en último sentido, es velar para que pueda desarrollar sus posibilidades reales, sus capacidades y sus dones en el presente y el futuro.

Bioética. Su carácter interdisciplinar

Uno de los requisitos básicos del desarrollo de un pueblo es contar con ciudadanos responsables, éticos y comprometidos con su país, para que su entorno se convierta en un medio idóneo donde cada uno pueda alcanzar el máximo de su potencial y el mayor bienestar. La Bioética tiene el objetivo de contribuir a que la sociedad sea mejor, buscando la promoción e inserción de sus conceptos en la práctica cotidiana y le corresponde acompañar moralmente a los nuevos paradigmas en los distintos escenarios del quehacer humano.⁶ La génesis conceptual está referida a Van Renssenlaer Potter, un médico oncólogo norteamericano que a pesar de sus múltiples méritos en

el mundo de la biología celular, acuña el término bioética desde el inicio de la década de los sesenta, con una perspectiva cuestionadora sobre el vertiginoso avance de la ciencia y la tecnología.⁷

La Bioética aborda la responsabilidad sobre el futuro. El acercar la moral a la práctica de lo cotidiano la fue perfilando como una disciplina con estatuto propio. A diferencia de la ética clásica, no se fundamenta de manera exclusiva en el deber o las deontologías, sino que acompaña a los procesos de construcción de los distintos escenarios profesionales.

Posterior a la Segunda Guerra Mundial en 1945 y tras el escándalo producido por los experimentos llevados a cabo por facultativos del gobierno de Hitler en los campos de concentración, sale a luz el Código de Nüremberg, que destaca el consentimiento informado obligatorio en la investigación médica.⁸ Todo ello va configurando un panorama donde se hace necesaria la regulación, o al menos, la declaración de principios a favor de las personas objeto de experimentos, lo que provoca la publicación de diversas declaraciones y documentos bioéticos a nivel mundial.

El término “bioética” fue utilizado por primera vez por Van Rensselaer Potter en 1971, en el volumen “Bioethics, The Science of survival” para referirse a los problemas surgidos a partir del desarrollo vertiginoso de la ciencia y la tecnología en un mundo imbuido en una profunda crisis de valores, y a la necesidad de superar la ruptura entre investigación científica y humanidad.⁸ Bioética, fusión de “bios y ethos”, ética y costumbres, para indicar la necesidad del diálogo entre científicos y humanistas, para preservar la humanidad de su propia destrucción por el incremento de la población y el exceso de consumo energético, por el agotamiento de recursos no renovables y el deterioro medioambiental.⁹

La intención de Potter demostraba la cercanía de la valoración ética, la medicina y las nuevas tecnologías aplicadas a los seres humanos y animales. La Bioética desde su perspectiva era

una herramienta transdisciplinar que se manifestaba más allá del ámbito médico y circulaba irrestrictamente por las Ciencias Sociales, difundándose no solo en el ámbito humano, sino profundamente en la naturaleza. La Bioética para Potter conjugaba el saber científico con la responsabilidad moral. Además, se oponía a la estrecha perspectiva que consideraba a la ética fuera de la ciencia y la filosofía. Consideraba que la ética era un puente hacia el futuro y se desarrollaba desde las ciencias biológicas, dado que los valores éticos no se pueden separar de los hechos biológicos.¹⁰

La Bioética se dedica a proveer los principios para la correcta conducta humana respecto a la vida, tanto la humana como la animal y vegetal, así como el medio ambiente. Es una ciencia interdisciplinaria que busca el bien común del hombre desde posiciones dialógicas y de no confrontación. No es una ciencia estática, está condicionada dialécticamente al ambiente y momento histórico en que se ejerce y a los constantes cambios que impone el desarrollo científico-técnico. Puede afirmarse además que es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto a que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales.

El carácter interdisciplinario de la Bioética es el resultado de la unión de varios conocimientos que crean otra disciplina. Así se puede hablar de la conjunción de ciencias como la Filosofía, el Derecho, las Ciencias Biomédicas y las Ciencias Sociales, en búsqueda de una comprensión más cierta para las cuestiones a ser estudiadas. Los elementos conceptuales utilizados con criterios adecuados pueden favorecer la construcción de una nueva bioética, ampliada en sus conceptos y verdaderamente comprometida con las cuestiones éticas persistentes constatadas en los países en donde vivimos.¹¹

Respaldo legal y bioético para cuidadores remunerados

El Código de Familia cubano no tiene concebida la figura del cuidador explícitamente. El Derecho Familiar desconoce la posibilidad de la existencia de los cuidadores, aun cuando en la actualidad es muy común su presencia. En algunos preceptos legales con carácter excepcional puede que al cuidador de ancianos se le nombre por alguna razón tutor; como por ejemplo en el artículo 149 del vigente Código de Familia,¹² por lo que este grupo en ocasiones ve desprotegidos sus derechos.

Los cuidadores familiares juegan un importante papel dentro del sistema de atención a personas dependientes; son un ejemplo de renunciación para sí mismos y entrega total a quienes brindan sus atenciones, con el propósito de prolongar y garantizar mejor calidad de vida. En la mayoría de los casos esta labor se realiza sin formación para el adecuado desarrollo de los cuidados.

El cuidado al anciano dependiente requiere del cuidador familiar atenciones extensas, sobre todo ante aquellos que padecen enfermedades de curso prolongado y en los que las exigencias de atención son mayores. El agravamiento progresivo, la idea de lidiar con una enfermedad irreversible y el sufrimiento al no poder resolver todas las complicaciones que surgen, genera una sobrecarga física y psicológica extenuante en el cuidador familiar.

Basado en ese fundamento se plantea que las personas cuidadoras suelen acumular una pluri-patología derivada de los esfuerzos físicos y la tensión emocional mantenida. Esta situación se acentúa en la medida en que las personas mayores incapacitadas requieren más cuidados, puesto que su atención se convierte en el elemento central de la vida de los cuidadores familiares y, por tanto, supedita el resto de sus facetas personales.¹³

Es normal que la sobrecarga por el exceso de trabajo mengüe sus fuerzas y provoque la aparición de enfermedades en el cuidador familiar, por tanto, este ha de reconocer la importancia de su autocuidado. Por lo general se ve expuesto a la soledad, a un aislamiento

social y a un deterioro de su salud. Una de las patologías asociadas al cuidador familiar es la codependencia.

La palabra codependencia surgió a finales de los años setenta en Estados Unidos. Originalmente se utilizó para describir a aquella persona cuya vida se había visto afectada a causa de su relación con adictos al alcohol, las drogas, el juego, entre otras. Con el tiempo el término se amplió y hoy en día se emplea para definir a quien ha dejado que el comportamiento de los demás afecte hasta el punto de abandonar y destruir su propia vida.¹³

Se ha demostrado que la codependencia es una condición psicológica en la que una persona manifiesta una excesiva e inapropiada preocupación por las dificultades del otro, llegando a olvidar su propia existencia. En muchas ocasiones las actitudes codependientes se confunden con actitudes sanas, muchos cuidadores familiares caen en esta situación de codependencia y cuando hacen conciencia de ello han perdido parte o toda su vida. La codependencia es un riesgo en el caso del cuidador familiar, vivimos en un sistema de pensamientos que estimula a las personas que se desviven por los demás y anteponen las necesidades de otros a las propias.

Actitudes como la abnegación, la ayuda desinteresada, la preocupación excesiva por el bienestar de otro, se consideran en la actualidad una muestra de interés y amor verdadero. Nos educan que debemos responder de forma generosa y diligente cuando alguien tiene un problema, ya que esta es una obligación moral. Por esta razón muchas personas ven la actitud codependiente como moralmente aprobada.

En Cuba, para los cuidadores familiares el Centro de Investigaciones sobre Longevidad Envejecimiento y Salud (CITED) ofrece un curso para adiestrarlos. La Escuela para cuidadores de adultos mayores en estado de dependencia, va dirigida a todos los cuidadores de pacientes con dependencia física, psíquica y social.

El curso contiene en su programa 7 encuentros de 2 horas cada uno, donde se abordan los siguientes temas:

- 1.-Grandes síndromes geriátricos.
- 2.-Recursos sociales comunitarios y ayudas técnicas.
- 3.-El cuidado para las actividades básicas y la prevención de accidentes.
- 4.-Depresión, trastornos de ansiedad y trastornos del sueño.
- 5.-Cuidando al cuidador.

Los temas dirigidos a las enfermedades específicas son:

- 1.-Demencias
- 2.-Enfermedad Cerebro Vascular
- 3.-Parkinson

Los autores opinan que en el programa de la escuela para cuidadores no se encuentran temas relacionados con el respeto y la no vulnerabilidad de los derechos del anciano, aun en estado de incapacidad. Además, desde el punto de vista bioético carece de herramientas fundamentales e inherentes a la Ética del Cuidar.

Por otra parte, la Ley 105 de Seguridad Social, Decreto No. 283, establece el Servicio de Asistencia Social a domicilio. Las asistentes sociales brindan sus servicios 4 u 8 horas diarias por 167.50\$ o 335\$ respectivamente y sus funciones se ajustan a las necesidades individuales del anciano.²

La gestora integral superior de Seguridad Social, del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social (MTSS), Belkis Delgado Cáceres, explicó sobre el servicio de Asistencia Social a Domicilio, que consiste en brindar atención de carácter personal, doméstico y social a los adultos mayores o a personas con discapacidad severa que vivan solas, careciendo de familiares obligados a prestar ayuda, y que se encuentren encamadas o con movilidad restringida. Este servicio hacia 2012 contaba con 4 416 beneficiarios y 3 544 trabajadores contratados para esa práctica. Cuando el único conviviente de la persona con discapacidad es un trabajador cuya responsabilidad es relevante para el desarrollo económico, científico

o social del país y no cuenta con hermanos u otros familiares obligados, excepcionalmente se realiza un análisis casuístico de la situación familiar y se le asigna un cuidador.^{1,14}

Al realizar el análisis los autores consideran que este servicio no cubre las necesidades reales de cuidadores, a juzgar por el creciente número de ancianos. En la actualidad son cada vez más las familias que se encuentran en este dilema.

Como requisito para su contratación las Asistentes Sociales deben aprobar el curso de habilitación que ofrecen especialistas de Geriatria del Municipio de Salud. Este curso se basa en capacitarlas en cuanto a las obligaciones de su trabajo, nociones higiénicas sanitarias generales y modos de actuación ante patologías más frecuentes. Son controladas como mínimo cada 3 meses por el Director de Trabajo Municipal, con el objetivo de verificar si las condiciones que dieron lugar a la asignación del servicio se mantienen o se modificaron. Si se comprueba que la Asistente Social incumple las funciones establecidas en su contrato de trabajo, se procederá conforme a lo dispuesto en la legislación laboral vigente.

A raíz de los lineamientos aprobados por la Asamblea Nacional del Poder Popular, la Resolución 41 enuncia el Reglamento para los Trabajadores por Cuenta Propia y en la Resolución 42 se enuncian las actividades aprobadas y su alcance. Entre ellas está la de cuidador de enfermos, ancianos y discapacitados. A partir de entonces se legaliza una práctica que desde años se había realizado sin amparo legal. La ley no indica requisitos para otorgar esta licencia.

Las condiciones físicas y mentales de los ancianos diferencian los cuidados a realizar, no es lo mismo que el anciano que se cuida deambule y conserve aunque sea el mínimo de independencia para las actividades básicas de la vida diaria, a que esté en estado de postración, en el cual hay que ejecutar toda la asistencia, cuya diversidad estará mediada por el estado físico y puede ir en incremento, como por ejemplo, alimentación por sonda de levine,

incontinencia de esfínter vesical y anal, úlceras por presión, rigidez, flacidez u otros. Las condiciones mentales también median los cuidados, la demencia puede ser un gran problema geriátrico que exige de los cuidadores un nivel superior de actuación y comprensión.

Con todo lo antes expuesto, se puede percibir que dentro de esta situación los cuidadores remunerados de ancianos no institucionalizados emergen como una solución importante. Dicha fuente de empleo ayuda a resolver la situación de muchas familias al brindarles una asistencia fundamental a los ancianos, dedicándole cuidados, evitándole complicaciones y otros trastornos.

En Cuba, a pesar del predominio de familias extensas y ampliadas, existen otras en que los mayores viven solos, alejados de hijos y nietos, por lo que necesitan cuidados de forma intermitente o continua. En estos casos los cuidadores remunerados de ancianos no institucionalizados juegan un importante papel, siempre que la familia pueda costear este tipo de atención personalizada.

Los cuidadores de ancianos deben tratar con respeto a aquellos que recibirán sus servicios, sin distinción de sexo, color de la piel, etnias, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud. Consecuentemente, deben proteger los derechos de las personas a su cuidado, es decir, evitar posibles tratos humillantes que afecten su dignidad personal. Teniendo en cuenta que permanecen de forma continua junto a las personas que cuidan, deben asumir la función de defensores de sus derechos, dentro del ámbito familiar.

Estos deben tener presente su función de ayuda y orientación al anciano en la identificación de sus propias necesidades, así como el brindar toda la información a su alcance para que pueda tomar sus propias decisiones, conforme a sus condiciones mentales.

La responsabilidad ética de los cuidadores surge de su propio sistema de valores, que les hace elegir una conducta y no otra cuando deben asumir una decisión frente a la persona a su cuidado. Los actuales cuidadores de

ancianos deben estar conscientes de que tal ejercicio no les proporciona una experiencia cualquiera, sino una capacidad que los ayuda para contribuir, con inteligencia, al bien común, respetando el derecho de autonomía y actuando con justicia. El anciano, su familia, y su entorno, constituyen el centro de atención y el deber ineludible del cuidador.

Brindarle cuidado al adulto mayor no es una tarea fácil, puesto que requiere de mucha dedicación, tiempo y compromiso por parte de los cuidadores, tanto como la participación de la familia.

El cuidador remunerado debe identificar las necesidades del anciano, personalizar los cuidados, ayudarlo a afrontar los problemas que le impiden satisfacer sus necesidades básicas con el fin de que pueda llevar una vida plena y así garantizarle el mayor grado de bienestar posible dentro del contexto en que se desarrolla. Por una parte se trata de lograr una conducta equilibrada y evitar agredir su dignidad sin dejar de brindarle los cuidados adecuados. Por otro lado, no incurrir en el error de transgredir su autonomía, respetarlo como persona, ya que solo así se podrá brindar una atención de calidad, lo cual implica un modo de ser donde la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud. Se incorpora la preocupación, la inquietud del cuidador y el lograr sentirse afectivamente ligado al anciano, esto implica comprender y necesariamente incluye un proceso de empatía, identificación y proyección. También como fenómeno humano, tiene la dimensión de la intersubjetividad, la cual precisa de apertura, simpatía y generosidad.

Mientras tanto, esto implica una responsabilidad consciente e intencional para el cuidador. Es un ideal moral que requiere sensibilidad y un alto compromiso ético. En la gran mayoría de la bibliografía revisada se considera que el cuidar debe fundamentarse en un conjunto de valores humanos universales: amabilidad, afecto y amor por uno mismo y los demás, el desarrollo de un sistema de valores humanista-altruista, tomar en consideración creen-

cias y esperanzas, una relación de ayuda y confianza, la creación de un medio ambiente mental, físico, sociocultural y espiritual de sostén, protección y corrección. En estas prácticas se valora el hacer por el otro, hacerse cargo del tratamiento y cuidar usando los medios a su alcance, todo esto debe combinar sentimientos de empatía por el anciano, con una profunda comprensión del dolor que sufre.

Todo lo mencionado anteriormente se emplea para evaluar la calidad del servicio que puede ser única para los ambientes domiciliarios y no basarse en los servicios de ambientes institucionales. Esta actividad le exige al cuidador fuerte confianza en sus valores éticos, dedicación para expandir sus destrezas de razonamiento, así como la determinación de tomar todos los pasos necesarios para solicitar supervisión si lo necesita. Debe procurar cumplir con su labor y establecer un efectivo intercambio de información con la familia, para asegurar la calidad del servicio que brinda.

Propuesta de temas para curso de habilitación a cuidadores remunerados de ancianos no institucionalizados

Elementos teóricos y metodológicos para un adecuado manejo ético de los conflictos y dilemas que se presentan en la atención del anciano

Durante la aplicación de las técnicas de recolección de información aplicadas en la investigación de Figueredo en el año 2014, salieron a la luz diversas carencias y conflictos éticos que afectan el desempeño de los cuidadores remunerados de ancianos no institucionalizados y a las familias en las que están insertados. Los temas que las/os autoras/es relacionan a continuación han sido seleccionados por esta causa, basados en el Módulo 9 de la Organización Mundial de la Salud, Asuntos Éticos, relacionados con la atención del adulto mayor. Además, se propone analizar dilemas éticos que se presentan en la atención de los ancianos con enfermedad terminal.

La autonomía del anciano a la hora de tomar sus propias determinaciones.

“Autonomía significa autodeterminación y autodirección sin coerción o control externo”.¹⁵ En los adultos mayores puede disminuir enormemente en la medida en que avanza la edad y/o la fragilidad. Sin embargo, toda persona adulta tiene derecho a la toma de decisiones sin coerción o control externo y este derecho no tiene fecha de vencimiento. La edad, por lo tanto, no es criterio para restringir la autodeterminación o la toma de decisiones en asuntos de salud.

A consideración de los autores es pertinente habilitar a los cuidadores remunerados para reconocer la importancia de respetar el derecho de los adultos mayores a participar en la toma de decisiones de asuntos que le conciernen, respetando su autonomía, así como evaluar su capacidad para participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento y cuidado, estableciendo una adecuada comunicación con el anciano y respetando su derecho a la verdad, la privacidad y la confidencialidad.

Para poder considerar válida la decisión de un adulto mayor, desde una perspectiva de ética y de derechos, se requieren analizar los tres elementos siguientes¹⁵.

La capacidad de la persona adulta mayor para:

- Recibir la información que necesita para tomar una decisión.
- Hacer un juicio, o sea, sopesar una decisión.
- Tomar su decisión sin coerción o control externo.

Las personas mayores necesitan ayuda en ámbitos privados y personales. El cuidador debe respetar siempre la dignidad y el derecho a la intimidad de la persona mayor cuando le ofrezca atención.

Se debe otorgar al anciano la dignidad que se merece, el cuidador ha de estar convencido de que las personas son todas diferentes y no debe dar por sentado que una persona mayor no puede hacer algo, a menos que esté seguro de esto. Cuando se fomenta la autonomía, se acrecienta la dignidad del anciano.

Toma de decisiones del anciano

Se debe subrayar que la incapacidad para tomar decisiones no es una categoría diagnóstica de tipo médico o psiquiátrico. La evaluación de “capacidad” tiene que ver con juicios esenciales de tipo moral, lo cual la hace compleja y de gran consecuencia.

En el caso de personas con secuelas de accidentes cerebrovasculares, con problemas del habla, la audición o la visión, pueden necesitar más tiempo y ayuda para entender y poder comunicar una decisión. Es importante que no confundamos la incapacidad física con la de tomar decisiones. Una persona puede tener varias discapacidades físicas sin perder por esto la capacidad de razonamiento o de juicio. En caso de que la persona esté verdaderamente incapacitada para tomar decisiones, se debe identificar al familiar más cercano o al cuidador para que lo haga en lugar de este.

Atención de calidad a los ancianos hasta el final de la vida

La autora propone que en el curso de capacitación un tema fundamental es la calidad de la atención al final de la vida. El cuidador debe observar que el anciano satisfaga todas sus necesidades.

Para mantener la calidad de atención al final de la vida, es necesario¹⁵:

1. Controlar y manejar apropiadamente síntomas tales como:
 - dolor
 - disnea o problemas respiratorios
 - confusión y delirio
 - anorexia
 - depresión
 - estreñimiento o constipación
 - náusea/vómitos
 - ansiedad
 - úlceras por presión
2. Incluir al anciano activamente en la toma de decisiones y respetar sus valores de privacidad y autonomía.
3. Controlar y manejar apropiadamente problemas como:
 - el aislamiento

- la marginación al interior de la familia
 - el miedo a perder su independencia
 - el miedo a ser una carga para la familia
 - el miedo a la muerte
4. Utilizar redes de apoyo comunitarias, iglesias, y casa de abuelos que ofrezcan apoyo a los enfermos terminales.
 5. Potenciar las relaciones familiares y sociales del anciano.

Aunque dentro del ámbito familiar donde por lo general las relaciones ya preestablecidas y sujetas a condiciones subjetivas y objetivas son difíciles de variar, con mucho tacto el cuidador remunerado debe educar a la familia y evitar la exclusión del anciano:

- Con dulzura recuerde a hijos y nietos despedirse del anciano antes de salir y saludarlo al llegar.
- Intente que al anciano se le sirva el almuerzo o la cena “de ser posible” junto con los demás miembros de la familia.
- Fuera del ámbito familiar, el cuidador puede acompañar al anciano a visitar vecinos, viejas amistades y otros familiares cercanos a la vivienda, siempre previa consulta con los familiares.
- Para evitar el enclaustramiento al que por lo general están sometidos, sugiera al anciano que le acompañe a lugares públicos como tiendas, mercados, florería, panadería, entre otros. En dependencia de sus capacidades permítale hacer y pagar algunas compras.
- Llévelo a sitios abiertos como parques, donde pueda interactuar con otras personas, preferiblemente de su edad.

CONCLUSIONES

- En Cuba, debido al envejecimiento poblacional que está presentando, los cuidadores remunerados de ancianos no institucionalizados desempeñan un rol importante, siempre que la familia cuente con la posibilidad de sufragar este tipo de atención individualizada.
- Es ineludible la capacitación de las personas que solicitan esta licencia para que de esta manera brinden una mejor atención a

los ancianos, respetando sus derechos contribuímos a que tengan una vejez sana y digna.

Conflictos de intereses: los autores declaran que no existe conflictos de intereses.

Declaración de contribución:

Katuska Figueredo Villa redactó el artículo y procesó datos.

Juan Luis Figueredo Morales, Luz María Lalón Ramos realizaron búsqueda de información teórica.

Eida Ortiz Zayas, Odalys García Joanicot y Mayra Carola León Insuasty recolectaron datos y los procesaron.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Población Cubana 2010–2030 Oficina Nacional de Estadísticas República de Cuba [internet]. 2013. [citado 14 may 2016]. Disponible en: www.one.cu/publicaciones/cep-de/proyeccion_2010_2030/6_resultados.pdf
2. Informes de la última sesión de la Asamblea Nacional del Poder Popular. La Habana. 2013
3. Montoya Montoya, GJ. La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. *Acta Bioética*. 2007, 13(2): 128-135.
4. Lescaille Taquechel, M. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. *Revista Cubana Enfermería*. 2006; 22(1):10-17.
5. Índice Mundial de envejecimiento. Resumen en español. OMS [internet]. 2013. [citado 14 jun 2014]. Disponible en: http://www.infomed.sld.cu/verpost.php?pagina=1&blog=http://articulos.sld.cu/editorhome&post_id=14393&c=1411&tipo=2&idblog=60&p=1&n=z
6. Suazo Báez MA. La Bioética y sus alcances. Universidad de Chile y Unidad Ética OPS: Chile; 2012.
7. Acosta Sariego JR. Recordando al maestro Van Rensselaer Potter. En: *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Publicaciones Acuario; 1992. p. 15-21.

8. Alonso Aguerrebere JM. Orígenes, factores y génesis de la Bioética. *Revista BIOÉTICA y Salud*. 2012; 4: 16-19.
9. Spinsanti, S. Bioética Global o la Sabiduría para sobrevivir. Cuaderno del Programa Regional de Bioética. 2011; 7:13.
10. León Correa FJ. Tema de estudio: ¿Que es la Bioética? *Dignidad humana, Libertad y Bioética*. 1992; 12(4): 5-22
11. Volnei Garrafa, KM, Saada A. *Estatutos Epistemológicos de la Bioética*. México; 2005.
12. Constitución de la República de Cuba. Código de Familia. Tabloide. Abril 2011.
13. Martínez Cepero, FE. *Cuidados en FAMILIA*. La Habana: Editorial de la Mujer; 2012.
14. Ruvio V. Machado D. TERCERA EDAD SOS, almanaques. *Revista Bohemia*. 2012; Secc Nacionales.
15. OMS, Asuntos Éticos relacionados a la atención del adulto mayor. Guía para cuidadores de ancianos en el hogar. Módulo 9. [internet]. 2012. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/06CuidadoresdeAncianos.pdf>

Fecha de recepción: 9 de abril de 2015

Fecha de aceptación: 13 de julio de 2015

Cuidados paliativos vs calidad de vida

Palliative Care vs. quality of life

Autores:

Katiuska Figueredo Villa

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Merlys Torres Pérez

Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Cuba

José Antonio Román Apiao

Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Cuba

Yolanda Elizabeth Salazar Granizo

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Viviana del Rocío Mera

Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador

Autor de correspondencia: Katiuska Figueredo Villa. E-mail: katyfigueredo@outlook.com

RESUMEN

Los cuidados paliativos constituyen un modelo asistencial que mejora las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente con enfermedades crónicas, debilitantes o amenazantes y las de sus familiares. En este artículo se describió el desarrollo de los cuidados paliativos y su repercusión en la salud de la persona enferma. A partir de referencias bibliográficas se fundamentó cómo fue introducida esta modalidad de atención de salud en varios sistemas sanitarios del mundo. Se recopiló información acerca del equipo interdisciplinario como célula principal del trabajo encaminado a aliviar los síntomas presentes en el enfermo; además, se realizó un análisis de cómo ha evolucionado la definición de calidad de vida y las dimensiones e indicadores para su evaluación. Su aplicación resultó de incuestionable valor para el mejoramiento de las dimensiones humanas esenciales en estos pacientes. Se concluyó que la calidad de vida es el principal indicador de efectividad.

Palabras clave: cuidados paliativos, calidad de vida.

ABSTRACT

Palliative care is a model that improves biological, psychological, social and

spiritual dimensions of patients with chronic, debilitating or threatening diseases and their families. In this paper the development of palliative care and its impact on the health of the sick person were described. It was based from bibliographical references how this model of health care in several healthcare systems in the world was introduced. Information was collected including the interdisciplinary team as the basis at relieving symptoms in the patient. Besides, an analysis of how the definition of quality of life, the dimensions and indicators for evaluation was carried out. Its application resulted in unquestionable value for the improvement of essential human dimensions in these patients. It was concluded that the quality of life is the principal indicator of effectiveness.

Keywords: palliative care, quality of life

INTRODUCCIÓN

El cuidado paliativo es un modelo asistencial de desarrollo significativo en los últimos años, fomenta el cuidado total activo, físico, social, psicológico y espiritual, y es proporcionado por un equipo interdisciplinario a pacientes y sus familiares, cuando la enfermedad ya no responde a tratamientos curativos. Está dirigido a preservar o mejorar la calidad de vida de los enfermos en fase avanzada, así como la de su familia.¹

Incorporan una concepción multiprofesional e interdisciplinaria en el cuidado de las personas con diagnóstico de enfermedad avanzada y progresiva.² Todos los miembros del equipo profesional tienen la misión de cuidar a estos pacientes y sus familiares.³

La calidad de vida relacionada con la salud, aunque se analiza desde un enfoque clínico post-tratamiento, resulta útil para diseñar y evaluar los resultados de las intervenciones;⁴ permite realizar un análisis de las repercusiones físicas, cambios en el comportamiento y los estados emocionales después de un diagnóstico de cáncer, lo que cada día más preocupa a los profesionales de la Oncología, interesados no solo en la eliminación de la enfermedad, sino también en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.⁵

Existen tres características importantes acerca de la calidad de vida sobre las que se tiene un acuerdo general: su naturaleza subjetiva, su carácter multidimensional y a la vez global y que la fuente primaria de información para su evaluación es el propio paciente.⁶

Los estudios acerca de los efectos derivados del tratamiento del cáncer de mama han sido pioneros en incorporar evaluaciones de la calidad de vida.^{7, 8} Un aspecto fundamental en el tratamiento del cáncer es el psicosocial;⁹ es necesario insistir en la importancia del soporte emocional, social, familiar y laboral en pacientes con cáncer.

La evaluación de la calidad de vida en enfermos avanzados debe responder a una serie de requerimientos metodológicos, prácticos y éticos. Si la calidad de vida es esencialmente subjetiva y depende de la valoración que el sujeto haga sobre su vida, el tipo de instrumentos para su evaluación debe partir de la propia valoración del paciente, por lo que se aconsejan medidas auto-administradas en forma de escalas auto-clasificadoras. Según la propuesta de investigadores de la calidad de vida en etapas avanzadas,¹⁰ su evaluación debe incluir el nivel de satisfacción con la atención brindada por profesionales de la salud no solo por ser

un criterio importante, sino porque es punto de partida de los modelos para su explicación, entre ellos el modelo de medición perceptual,⁷ basado en la satisfacción con la vida. Obviamente, estas dos razones se imbrican como presupuestos metodológicos cuando se evalúa la satisfacción con la atención al final de la vida del enfermo. El presente artículo tiene como finalidad describir los cuidados paliativos y su repercusión en la calidad de vida de la persona enferma con cáncer.

DESARROLLO

Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer en fase avanzada

La calidad de vida es una categoría frecuentemente usada con diferentes propósitos, se sustenta en un determinado desarrollo económico, cultural, jurídico, ético y en un sistema de valores sociales; abarca una concepción dinámica, de asociaciones causales diversas y tiene por tanto un carácter multidimensional. Se trata de un alto nivel de generalización que constituye una construcción abstracta, se deriva de todo un conjunto de dimensiones objetivas y subjetivas.¹¹ Es precisamente el carácter integrador de la calidad de vida lo que ha hecho posible la armonía en la información obtenida a través de diferentes investigaciones que difieren en metodología, objetivos y técnicas. Vale señalar que se puede aplicar en todas las enfermedades y manifestaciones que afecten la salud y deterioren el bienestar de las personas.¹² La evaluación de la calidad de vida en diferentes enfermedades, estadios y contextos socioeconómicos y socioculturales ha generado una gran cantidad de instrumentos.^{2,7} El término “paliar” significa, precisamente, preservar la calidad de vida, disminuyendo el sufrimiento.¹³

Se ha afirmado que la calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, de felicidad, satisfacción y recompensa. Varios autores insisten en que

no es el reflejo directo de las condiciones objetivas, sino de su evaluación por el individuo.^{7,14} Esta categoría se evidencia a partir de la propia actividad humana, en su contexto histórico, en sus resultados y su percepción personal, previamente educada. En el campo de los cuidados paliativos, la calidad de vida constituye un indicador fundamental; demuestra la efectividad de las intervenciones con estos pacientes, pudiendo ser definida como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la satisfacción, la felicidad, o un sentimiento de bienestar personal.^{7,15} El juicio subjetivo se encuentra vinculado a determinados parámetros o dimensiones, biológicos, psicológicos, espirituales y sociales.

Procurar la calidad de vida en la fase final de la existencia es, sin duda, el objetivo de los cuidados paliativos, en cualquiera de las modalidades en que se brinden estos servicios. Hay que verla como la característica que la hace deseable, aceptable para quien la vive y, por tanto, no puede imponerse desde fuera.¹⁶ Se define cuidados paliativos como la suma total de influencias de la enfermedad y la muerte sobre las experiencias y aspiraciones de los pacientes y sus familias.¹⁷ Las autoras de este trabajo recomiendan que la evaluación de la calidad de vida cubra varias dimensiones claves: síntomas físicos, rol físico y funcionamiento social, distrés psicológico, función cognitiva, imagen corporal y funcionamiento sexual como un método que permite abordar el problema de forma cosmovisiva. La calidad de vida también tiene que ver con la satisfacción, con la información y con el cuidado, magnitud del control, la autonomía y el grado de satisfacción espiritual. Se coincide con el criterio especializado de varios autores, los cuales aprecian la emergencia en los últimos años de muchos trabajos demostrativos de que la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, en cualquier tipo de institución de cuidados paliativos, hospicio, unidad de hospital, domicilio, constituye el principal foco de atención.^{2,18}

Se asume como referencia la relación que establecen autores como Méndez,⁶ Grau,⁷ Sanz¹⁶ y Barbat,¹⁷ entre calidad de vida y cuidados paliativos; los investigadores de este artículo afirman que se deben conocer las características de la persona enferma, su personalidad, necesidades, deseos, intereses, prioridades, para acometer el tratamiento con una idea lo más completa posible de la individualización que requiere cada paciente. Además del entorno familiar, social, cultural-religioso y condiciones de la vivienda en la cual se encuentra, con el objetivo de diseñar acciones personalizadas de cuidados paliativos que permitan mejorar la calidad de vida del paciente.

Se han realizado varias investigaciones con esta orientación, como la de Jarvis y col.,¹⁹ la de Grau y col.,²⁰ la de Figueredo²¹ y los estudios de evaluación de programas con enfermos terminales en la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital Universitario de Las Palmas de Gran Canaria “Dr. Negrín”, de María del Socorro Marrero²² y A. Guerra.²³ Los resultados de estos estudios apuntan al interés actual de medir la calidad de vida en varias dimensiones al evaluar las acciones de cuidados paliativos. La evaluación de esta categoría como indicador de impacto debe incluir el control de síntomas en el enfermo y la satisfacción en el paciente y sus familiares con el proceso de su atención. Además, debe incluir la calidad de vida laboral de los equipos de salud que prestan estos cuidados,²⁴ aun cuando no haya sido objetivo particular en este artículo.

La evaluación de la calidad de vida de pacientes y familiares, los dos grandes usuarios de los cuidados paliativos, así como la satisfacción de los enfermos con los cuidados recibidos, puede ser entonces muy útiles para evaluar la calidad de la atención que se brinda en la modalidad de atención domiciliaria, a nivel de la Atención Primaria de Salud (APS). Si los cuidados paliativos constituyen en esencia intervenciones para satisfacer integralmente las necesidades de los enfermos avanzados,

es pertinente identificar aquellas dimensiones de calidad de vida que están afectadas en cada enfermo para diseñar intervenciones individualmente orientadas, con un enfoque personalizado. Es poco frecuente encontrar en los reportes de intervenciones, estudios que partan de las afectaciones personales de la calidad de vida de los pacientes, a pesar de que se insiste en que esta es única para cada individuo y que resulta necesario conocer sus afectaciones para lograr diseñar las intervenciones y evaluar su efectividad.

A pesar de que la definición de calidad de vida es compleja, global e incorpora factores procedentes de muchas disciplinas,^{6,7,25} solapándose con términos como satisfacción, felicidad y bienestar, es una valoración individual, de naturaleza fundamentalmente subjetiva, en la que se deben emplear medidas simples, asequibles, válidas y confiables para determinar el impacto de las intervenciones paliativas sobre la calidad de vida. La aplicación de instrumentos sencillos y fáciles de administrar, facilitará la recopilación de la información y la comunicación con el enfermo con objetivos terapéuticos. Los autores consideran, que en el caso de las etapas avanzadas de la enfermedad oncológica, se puede exponer que existe un impacto en la calidad de vida cuando las estimaciones se modifican por las acciones de cuidados paliativos en términos de que disminuyen las afectaciones o, incluso, cuando se mantiene el mismo grado de afectación a pesar del progresivo avance de la enfermedad.

Cuidados paliativos: modelo asistencial para preservar la calidad de vida del paciente con cáncer en fase avanzada

El enfoque de cuidados paliativos tuvo su origen en los años 60, con los trabajos de Cicely Saunders y el movimiento "Hospice" en el Reino Unido,²⁶ ideas desarrolladas posteriormente en varios países.²⁷ Si bien el tratamiento paliativo de síntomas ha existido desde la antigüedad, los cuidados paliativos multidisciplinarios, estructurados

y organizados, tal y como hoy se conciben, comenzaron a expandirse a partir de 1970. En 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incorporó oficialmente el concepto y promovió el Programa de cuidados paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer²⁷ y 15 años después, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo integró oficialmente a sus programas asistenciales.²⁷⁻²⁹ La demanda social en los aspectos paliativos de la atención se ha venido incrementando notablemente desde finales del siglo XX.

La OMS promovió los cuidados paliativos en forma de programas nacionales para dar cumplimiento a uno de los cuatro objetivos del Programa Global de Control de Cáncer de esa organización.³⁰ Se ha favorecido la disponibilidad adecuada de recursos analgésicos y la capacitación especial de equipos interdisciplinarios.

El empleo de estos equipos tiene su fundamento en las difíciles y disímiles tareas que demanda la atención de cuidados paliativos: una óptima comunicación, un soporte efectivo y un despliegue de recursos de protección para evitar el desgaste de los profesionales de la salud.

De esta manera, se introducen cada vez más como recursos habituales en los programas de servicios de salud. La pertinencia se sustenta en la promoción de una atención digna y humanitaria a personas en fases avanzadas de la enfermedad. Estas nuevas concepciones de trabajo derivan en un instrumento profesionalizado para la racionalización de los recursos de salud y son aceptadas por pacientes y familiares. Igualmente, son reconocidas por las administraciones de salud que ven en los cuidados paliativos una forma de garantizar calidad de la atención.

Los programas de salud sustentados en los cuidados paliativos se reproducen y se convierten, cada vez más, no solo en una cuestión de valores, sino de aplicación del sentido común en la gestión de Salud Pública.²⁹ El propio desarrollo de estos cuidados impone un reto a la investigación y al desarrollo de

la medicina basada en la evidencia. De forma particular, consideramos que es necesario evaluar adecuadamente el desarrollo de estos programas, no solo a través de indicadores generales de recursos y de procedimientos, recomendados por la OMS. Los resultados y el efecto obtenido pueden ser inherentes a las características de cada programa y de cada región o país, en particular.

En el año 2002, la OMS define los cuidados paliativos como: cuidado activo integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas activas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. De acuerdo con esta definición, el objetivo de un servicio de salud que incluya cuidados paliativos, debe ser: alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos.³⁰

La OMS realiza en el año 2004 una revisión de las experiencias más avanzadas en la aplicación de los cuidados paliativos y fortalece su definición, precisando que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad amenazante para la vida, gracias a la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación y el tratamiento impecable del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.³¹

En consecuencia con lo planteado, los autores asumen esta conceptualización como un elemento importante de la revisión que se reseña, también reconocen, que el cuidado paliativo es un modelo asistencial, desde el precepto que considera la intervención de un equipo interdisciplinario, incorporando el trabajo integrado de médicos y otros profesionales como enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, farmacéuticos, entre otros.

Para el desarrollo de este trabajo resultó importante delimitar los principios sobre los que se sustentan los cuidados paliativos expuestos por Levin.³²

a) El paciente que requiere cuidados paliativos es definido como aquel que padece una enfermedad crónica, debilitante o amenazante y necesita de cuidados integrales para aliviar su sufrimiento y preservar o mejorar su calidad de vida.

b) El enfermo y su familia constituyen la unidad a tratar; el plan de tratamiento debe estar construido en base a las metas y preferencias de los pacientes y familiares, los cuales con el apoyo del equipo de salud deberían ser capaces de tomar decisiones informadas.

c) El momento en que el paciente comienza a recibir cuidados paliativos debiera coincidir con el momento en que se realiza el diagnóstico de una enfermedad amenazante y continuar a lo largo de todo el proceso de atención de salud hasta la muerte e incluso, después de ella, con el seguimiento y manejo del duelo en los familiares; sin embargo, suelen comenzarse en el momento en que las terapias curativas no surten efecto aún cuando sean coexistentes con tratamientos de soporte para prolongar la vida.

d) El cuidado brindado debe considerar todas las dimensiones del paciente y la familia, utilizando evaluaciones de tipo integral para identificar y aliviar el sufrimiento a través de la prevención o el tratamiento del distrés físico, psicológico, social y espiritual.

e) El tratamiento, cuidado del paciente y su familia será desarrollado por un equipo de trabajo integrado por distintos profesionales: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

f) Atención al paciente centrada en el alivio del sufrimiento físico, psíquico y espiritual originado por la enfermedad en sí y sus síntomas, los tratamientos o la perspectiva de la propia muerte.

g) Adecuada comunicación, tanto con el paciente y sus familiares, como con todo el personal involucrado en el cuidado de los mismos; es indispensable para una práctica clínica eficaz.

Esta comunicación deberá estar sustentada en ciertos conocimientos, habilidades y actitudes de la persona que establece una relación de ayuda, y es importante entregar al paciente y familia la información que necesitan conocer, de una forma ajustada a su nivel de desarrollo emocional, cognitivo, cultural y social; el equipo tratante, además, debe poseer habilidades de comunicación efectiva con pacientes y familiares con el fin de facilitar la definición de un proyecto terapéutico.

h) Conocimientos y habilidades de los miembros de los equipos en relación a la estimación del pronóstico de vida, el reconocimiento de signos y síntomas que son propios de una muerte inminente y la identificación de las necesidades de apoyo y requerimientos de cuidado del paciente y de su familia, antes y después de la muerte.

i) Continuidad garantizada del cuidado del paciente independientemente del ambiente al que se traslade este: hospital, sala de emergencia, control ambulatorio, hogar de ancianos u otra institución o domicilio.

j) Atención de excelencia y calidad en los servicios otorgados, es imprescindible la realización sistemática y regular de evaluaciones de procesos y resultados con instrumentos validados para ello.

Los principios expuestos anteriormente, se asumen por los autores para establecer los criterios de inclusión en la selección de los pacientes; la de los instrumentos de evaluación para la medición de las dimensiones de calidad de vida; los profesionales que deben integrar el equipo que realizará la intervención de cuidados, y el nivel de conocimientos que tienen sobre el tema que se investiga y el escenario donde se realizará y evaluará la intervención. Consideramos que el cumplimiento de los principios que sustentan los cuidados paliativos, resultan fundamentales para elevar la calidad en la formación de los profesionales con respecto al servicio que se brinda, así como la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado en sentido general.

Uno de los aspectos cardinales del modelo asistencial de cuidados paliativos es precisamente el trabajo en equipo interdisciplinario, el que debe ser capaz de cumplir diferentes funciones:^{2,30}

- 1) Manejar el dolor y otros síntomas físicos.
- 2) Optimizar la autonomía del paciente.
- 3) Apoyar psicológica y espiritualmente al paciente y a su propia red de apoyo.
- 4) Colaborar con los equipos tratantes en el desarrollo de planes terapéuticos centrados en el paciente.
- 5) Facilitar en lo posible y deseable la comprensión por parte del paciente tanto del diagnóstico de su enfermedad de base como de su pronóstico, con el fin de promover una toma informada de decisiones y la definición anticipada de conductas terapéuticas.
- 6) Asistir activamente al paciente en proceso de muerte y a su familia.
- 7) Promover un ambiente lo más confortable posible para el paciente y su familia.
- 8) Apoyar en el proceso de duelo.

De esta forma, la calidad de vida en cuidados paliativos se preserva mediante acciones que implican el control de síntomas y el fomento de bienestar emocional con tratamientos farmacológicos y apoyo psicosocial.^{2,33} Además, el cuidado incorpora la conservación de la autonomía y la preparación del paciente para una muerte digna y apropiada, con atención al duelo de sus allegados.³⁴

Los autores concuerdan con las opiniones encontradas en la literatura especializada, la cuales proponen valorar los cuidados paliativos como alternativa asistencial para el control de los síntomas ante la carencia de terapias curativas efectivas. Se incrementa la necesidad de reconocer al ser humano en su integralidad, de ahí que se esté prestando la máxima atención a los aspectos éticos relacionados con los enfermos al final de la vida: el respeto a la individualidad de la persona, el mantenimiento de su propia dignidad y el reconocimiento de su autonomía en la toma de decisiones, pasando por la identificación de los límites en las terapéuticas convencionales. Estos cuidados afirman la

vida y consideran el morir como un proceso normal: no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia.³⁵ Los principios éticos enunciados por Serna y Cano,³⁶ aceptados en los diversos códigos de Ética Médica, tienen especial importancia en la aplicación de los cuidados paliativos por un equipo interdisciplinario de salud:

1) Principio de inviolabilidad de la vida humana: la vida no es un bien extrínseco a la persona humana, sino un valor fundamental del que se derivan los derechos humanos. El deber de respetar y promover la vida es, por tanto, el primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y para con los demás. La vida corporal es condición necesaria para el ejercicio de cualquier otro derecho.

2) Principio de proporcionalidad terapéutica: parte del concepto ético de respetar y promover la vida humana, es el deber moral de utilizar los medios necesarios para cuidar la salud, propia y ajena.

3) Principio del doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia: el uso de opioides y otras drogas, que pueden alterar el estado de vigilia del paciente, es habitual en cuidados paliativos; pero ello a menudo genera dudas en la familia o en el equipo de salud. Se teme que los efectos adversos de estas drogas, como hipotensión, depresión respiratoria, puedan constituir una forma de eutanasia. Sin embargo, aún cuando en algún caso pueda preverse la ocurrencia de ciertos efectos adversos, no significa que usar este tipo de tratamiento sea moralmente reprobable, porque es diferente la intención con que se prescribe.

4) Principio de veracidad: comunicar la verdad al paciente y a sus familiares constituye un beneficio para ellos, pues posibilita su participación activa en el proceso de toma de decisiones. Caer en la conspiración del silencio, por un lado, representa una fuente de sufrimiento para el paciente y supone una injusticia, pues lo priva del derecho a ejercer su autonomía.

5) Principio de prevención: prever las posibles complicaciones o los síntomas que con mayor frecuencia se presentan en la evolución de una determinada condición clínica es parte de la responsabilidad médica.

6) Principio de no abandono: sería éticamente reprobable abandonar a un paciente que rechaza determinadas terapias o solicita la eutanasia, aun cuando los profesionales de la salud consideren que ese rechazo o petición sean inadecuados. Permanecer junto al paciente y establecer una comunicación adecuada con apoyo emocional es la mejor forma de asistirlo.

Los autores, al igual que Serna y Cano,³⁶ consideran que los principios éticos aplicados en cuidados paliativos son importantes y que el equipo interdisciplinario los debe cumplir durante la intervención.

La atención de pacientes avanzados provoca el enfrentamiento con las realidades del sufrimiento y la muerte, frente a las que pueden surgir la sensación de impotencia y la tentación de evadirla. Ello pone a prueba la verdad del respeto por la dignidad de toda persona, hasta en condiciones de extrema debilidad y dependencia. El *ethos* de los cuidados paliativos hace recordar que incluso cuando no se puede curar, siempre es posible acompañar y a veces, también consolar.

Formalmente, las acciones de cuidados paliativos en Cuba tuvieron su primera introducción en la práctica en el “Programa de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos al paciente oncológico”,¹ formulado como parte del Programa Nacional de Control de Cáncer en 1996¹, con antecedentes en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología entre 1992 y 1994. Estas acciones se implementaron y evaluaron en varios municipios de cuatro provincias del país: Santiago de Cuba, Camagüey, Villa Clara y La Habana,³⁷ y así demostró su pertinencia, fundamentalmente en la APS.

Debido a la complejidad geográfica, demográfica y de organización de los servicios de salud en la actual provincia de La Habana, se concibieron nuevas formas organizativas a

través de la puesta en marcha de un proyecto demostrativo en el municipio Plaza de la Revolución, conocido como “Proyecto Palia-Plaza”.²¹

Su objetivo fue implementar los cuidados paliativos a enfermos en etapas avanzadas, terminales y no terminales, con énfasis en la APS, a través de cuidados domiciliarios.

De esta forma, el desarrollo de los cuidados paliativos al paciente oncológico, ha considerado como base de partida la APS, con sus recientes transformaciones. Desde 2007 se brinda en el municipio Plaza de la Revolución un nuevo servicio a partir de la dispensarización de todos los pacientes con cáncer avanzado, con el objetivo de preservar su bienestar subjetivo y calidad de vida. Se establece un plan terapéutico mediante la atención personalizada, interdisciplinaria, integral y continua, que considere los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales, con la menor afectación para el equipo de salud. A partir del “Proyecto Palia-Plaza” se crearon equipos interdisciplinarios en los siete policlínicos del municipio, combinando la atención domiciliaria con la ambulatoria a más de 1,000 pacientes entre 2007-2010 y la orientación a familiares cuidadores y seguimiento del duelo, con una pequeña unidad de internamiento en el Hospital “Manuel Fajardo”. En este período, se capacitaron más de 2,000 profesionales del país, entre ellos unos 700 de la provincia La Habana, a partir de diferentes figuras certificativas.

CONCLUSIONES

- Los cuidados paliativos han experimentado un gran desarrollo en las últimas décadas a nivel mundial, en correspondencia con una forma oportuna y eficaz al número creciente de pacientes que se beneficiarían con esos cuidados.
- Los cuidados paliativos proporcionan una alternativa de atención profesional para aquellos pacientes a quienes ya no

es posible curar y se pretende mejorar o preservar la máxima calidad de vida posible.

- Los principios que sustentan los cuidados paliativos y las funciones del equipo interdisciplinario contribuyen desde el punto de vista teórico al conocimiento científico como pilares fundamentales para el desempeño de los profesionales que se dedican a estos cuidados.
- En los pacientes con cáncer los cuidados paliativos constituyen una herramienta que posibilita los cuidados personalizados a partir de las dimensiones biológicas, psicológicas, espirituales y sociales identificados en los enfermos y sus familiares más cercanos.
- Se constató la pertinencia de integrar el enfoque de cuidados paliativos como modelo asistencial que centra su interés en la calidad de vida de pacientes con cáncer.

Conflictos de intereses: los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Declaración de contribución:

Katuska Figueredo Villa redactó el artículo y dirigió la investigación.

Merlys Torres Pérez y Viviana del Rocío Mera recogieron información realizando revisión bibliográfica.

José Antonio Román Apiao y Yolanda Elizabeth Salazar Granizo trabajaron en el procesamiento de la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Figueredo K. Cuidados paliativos: evolución y desarrollo en Cuba. *Revista Enfermería Global*. 2011;2(21).
2. Reyes MC, Grau J, Chacón M. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2009.

3. Ando M, Morita T, Akechi T, Okamoto T. Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. Faculty of Nursing, St. Mary's College, Kurume City, Fukuoka, Japan. 2010;39(6).
4. Dean D. Quality of Life Research in Patients with Cancer. Canadian Journal of Public Health. 2011;1(6).
5. Grau J, Romero T. Los enfermos de cáncer y su calidad de vida: apuntes para una reflexión. En: Aréchiga G y cols, editores. Dolor y paliación. Recursos en la Medicina Actual. Guadalajara: Cuellar; 2001, p. 295-320.
6. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Revista Terapia psicológica. 2012.; 30(1).
7. Grau J. Calidad de vida y salud: problemas en su investigación. Tesis de Especialidad en Psicología de la Salud. Facultad de C. Médicas "C. García". Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, 1997.
8. Blank PR, Dedes KJ, Szucs TD. Cost-Effectiveness of Cytotoxic and Targeted Therapy for Metastatic Breast Cancer. A Critican and Systematic Review. PubMed - as supplied by Publisher. 2010; 16(3): 186-91.
9. Thompson GN, Chochinov HM, Wilson KG. La aceptación del pronóstico y el bienestar de los enfermos oncológicos que reciben Cuidados Paliativos. Biblioteca Telemática www.secpal.com 79^aFebrero 2013.
10. Peñacoba C, Velasco L, Mercado F, Moreno R. Comunicación, calidad de vida y satisfacción en pacientes de Cuidados Paliativos. Psicología y Salud. 2010; 11(4).
11. Celia DF, Tulskey DS. Measuring the quality of life today: methodological aspects. Oncology. 1990; 4: 29-38.
12. Sharpe L, Buttow P, Smith C, McConnell D, Clarke S. Changes in Quality of Life in patients with advanced cancer: evidence of response shift and response restriction. J Psychosom Res. 2005; 58: 497-504.
13. Grau J. La calidad de vida en el enfermo de cáncer avanzado. En: Gómez Sancho M, editor. Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas: ICEPSS. 1998: 221-34.
14. Withey SB. Social indicators of well-being. American's perceptions of life quality. New York: Plenum Press, 2011.
15. Diener E. Subjective well-being. Psychological Bulletin. 1984; 95(3): 542-75.
16. Sanz J. Enfermedad progresiva y ética. Med Clin 1990; 94(4): 137-39.
17. Barbat, I. Eficacia de los Cuidados Paliativos en la comunidad y la calidad de vida del paciente oncológico. Tesis de Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, 1995.
18. Grau J, Barbat I, Chacón M, Llantá MC, Massip C. Calidad de vida en enfermos de cáncer: problemas y perspectivas. En: Oblitas L, editor. Calidad de vida. México: Thompson; 2014.
19. Jarvis H, Burge FI, Scott CA. Evaluating a Palliative Care Program: Methodology and Limitations. J Pall Care. 1996; 12(2).
20. Grau J, Chacón M, Romero T. Evaluación del Programa Nacional de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos en su primera fase de implementación. Memorias del 23th Annual Meeting of the Internacional Association of Cancer Registries. Palacio de Convenciones, La Habana, octubre, 2001.
21. Figueredo K. Intervención de cuidados paliativos domiciliarios para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama avanzado. Tesis defendida en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. 2013.
22. Marrero MS. La evaluación de la calidad de vida en pacientes y familiares como indicadores de impacto de un Programa de Cuidados Paliativos. Tesis doctoral defendida en el Centro de Ciencias de la

- Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, 2005.
23. Guerra A. Evaluación del impacto del programa de cuidados paliativos en la calidad de vida de pacientes atendidos en la unidad de cuidados paliativos del Hospital Universitario “Dr. Negrín”: hospital, domicilio y consultas externas. Tesis doctoral, Las Palmas de Gran Canaria, 2007.
 24. Nabal M. Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios de control de síntomas. Atención Primaria. 2006; 38 (Supl 2): 21-8.
 25. Grau J. La evaluación de la calidad de vida al final de la vida: problemas y retos para la Psicología de la Salud (conferencia magistral en PSICOSALUD 2011). Memorias de la VI Conferencia Internacional de Psicología de la Salud, PSICOSALUD 2011, Palacio de Convenciones, La Habana. Noviembre de 2011.
 26. Saunders C. Foreword. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, editors. Oxford textbook of Palliative Medicine. New York: Oxford Textbook University Press, 5th ed., 2012.
 27. De Lima L. Cuidados Paliativos en Latinoamérica: nuevos avances. En: Gómez Sancho M, editor. Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, 2013.
 28. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cuidados Paliativos: Guía para el manejo clínico. Washington: OPS, 2012, 4^{ta} ed.
 29. Gómez Batiste X. Principios y modelos de organización de los Servicios de Cuidados Paliativos. En: Gómez Sancho M. Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Madrid. 2011.
 30. World Health Organization (WHO). National cancer control programmers: policies and managerial guidelines. Geneva: WHO; 2002.
 31. Organización Mundial de la Salud (OMS). Programas nacionales para el control del cáncer: Políticas y pautas para la gestión. Ginebra: OMS, 2^{da} ed, 2004.
 32. Levin R. Cuidados Paliativos: Principios Generales. OMS y OPS. Consulta 2012. Disponible en: www.paho.org
 33. Gómez M, Ojeda M. Cuidados Paliativos: control de síntomas. Madrid: Acta Médica. 1999.
 34. Grau J. Dolor y sufrimiento al final de la vida. Madrid: Acta Médica. 2011.
 35. Diccionario Latinoamericano de Bioética. Universidad Nacional de Colombia, 2008.
 36. Serna I, Cano F. Principios éticos en cuidados paliativos. Diccionario Latinoamericano de Bioética. Universidad Nacional de Colombia, 2008.
 37. Grau J, Chacón M, Reyes MC. Los Cuidados Paliativos al paciente oncológico en Cuba. Periodos y etapas (Pasado y Presente). Ministerio de Salud Pública, 2013.

Fecha de recepción: 15 de febrero de 2015

Fecha de aceptación: 22 de junio de 2015



Unach

FACULTAD DE
CIENCIAS DE
LA SALUD

Libres por la Ciencia y el Saber

Campus Universitario "M. Sc. Edison Riera Rodríguez"

Av. Antonio José de Sucre Km 1^{1/2} Vía a Guano

Teléfonos: 032 364 316 - 032 364 315 - 032 364 314

Ext. 220 - 224 - 223 Fax: Ext. 117

Riobamba - Ecuador

www.unach.edu.ec