

NUEVOS RETOS DE LA ENFERMERÍA EN ASISTENCIA A ENFERMEDADES CRÓNICAS

Vera García Martha del Rocío¹; Álava Mariscal Elisa María²; Acosta Gaibor Mónica³; Otero Tobar Lídice Lorena⁴.

mverardr@utb.edu.ec¹, ealava120@gmail.com², macosta@utb.edu.ec³; lotero1476@hotmail.com⁴.
Universidad Técnica de Babahoyo^{1 2 3 4}

Recibido (29/10/19), Aceptado (18/11/19)

Resumen: El objetivo del presente estudio es conocer las percepciones que sobre las enfermedades crónicas tienen los involucrados en el proceso de atención y cuidado de las mismas a fin de determinar los retos que debe afrontar la enfermería de cara al cambio epidemiológico y el desarrollo de las enfermedades crónicas. El método seleccionado es cualitativo mediante la ejecución de grupos focales y los resultados han sido procesados por análisis del discurso y triangulación. Los resultados indican una necesidad impostergable de adaptaciones en la formación y modificaciones a los protocolos y condiciones de atención a los pacientes crónicos desde el ejercicio sanitario en general y de la enfermería en particular.

Palabras Clave: Cambio Epidemiológico, Enfermedad Crónica no Trasmisible, Cronicidad.

NEW CHALLENGES ON NURSING TO EPIDEMIOLOGICAL CHANGE AND CHRONICITY

Abstract: The objective of this study is to understand the perceptions of chronic diseases that are involved in the care and care process in order to determine the challenges that nursing must face in the face of epidemiological change and development of chronicity. The selected method is qualitative by executing focus groups and the results have been processed by speech analysis and triangulation. The results indicate an impossible need for adaptations in training and modifications to protocols and conditions of care for chronic patients from health care in general and nursing in particular.

Keywords: Epidemiological Change, Chronic Noncommunicable Disease, Chronicity

I. INTRODUCCIÓN

Los médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios han fundado su formación y ejercicio profesional en brindar salud a la población, por medio del control de enfermedades, pero mientras se modernizaba el conocimiento del proceso salud-enfermedad, la primacía la tuvieron siempre las enfermedades infecciosas.

Los logros en el desarrollo de medicamentos, procedimientos quirúrgicos y protocolos de atención hizo que se controlaran las enfermedades infecciosas y aumentara la esperanza de vida, pero ahora la primacía la tienen enfermedades no transmisibles para las cuales el sistema sanitario global no tiene el mismo nivel de preparación y debe adaptarse [1].

Dichas adaptaciones tienen más tiempo en los países en desarrollo porque el envejecimiento de la población se inició antes, en Ecuador ese cambio o adaptación se viene realizando paulatinamente. La cuestión es que mientras esa adaptación se logra, cuál es la percepción que tienen los involucrados en la enfermedad crónica con respecto a la misma y la atención y cuidados recibidos/brindados.

II. DESARROLLO

A. Cambios epidemiológicos y enfermedades crónicas no transmisibles

En el paradigma epidemiológico tradicional existen dos grandes grupos de enfermedades: las de origen infeccioso y carácter transmisibles conocidas con el nombre de agudas por la intensidad con la que acontecen sus episodios y que pueden causar de no ser tratadas a tiempo la muerte del paciente de manera abrupta y rápida, son sin embargo enfermedades consideradas como curables en su mayoría; y por otro lado existen las de origen no infeccioso que no son transmisibles y cuyo desarrollo es largo y lento, son enfermedades que si bien no se les conoce una cura definitiva pueden ser controladas y son a las que se les conoce también como crónicas.

Este mismo paradigma epidemiológico tradicional ha hecho hincapié en la atención de las enfermedades agudas por ser las de mayor mortalidad y morbilidad a nivel mundial, un énfasis especialmente curativo con el desarrollo de fármacos (especialmente antibióticos) para controlar las infecciones bacteriológicas y el desarrollo de procedimientos quirúrgicos que corrigieran los daños generados por dichas enfermedades o por la diversidad de traumatismos también considerados agudos; acompañado de medidas preventivas de control epidemiológico basado en procesos de inmunización (vacunas) frente a virus y otros agentes patógenos, así

como medidas de saneamiento en general (higiene personal, fumigación, control de aguas servidas, etc.).

Este sesgo hacia este énfasis fue con el cual se constituyó el tipo ideal de sistema sanitario público en el mundo entero, con una fuerte inclinación del personal sanitario en general hacia las enfermedades agudas y un involuntario desdén hacia las enfermedades crónicas, consideradas menos amenazantes por su carácter latente e infrecuente.

Estas enfermedades generalmente se caracterizan por la fuerte incidencia del estilo de vida o conductas como determinantes causales, especialmente el consumo de tabaco y alcohol, la mala alimentación y la inactividad física. Habitualmente asociados a decisiones individuales, sin embargo, recientemente una creciente evidencia epidemiológica demuestra de manera contundente que estos comportamientos poco saludables son inseparables del contexto socioeconómico y cultural en el que se encuentran inmersos [2].

Es innegable que desde hace poco más de un siglo ha ocurrido una marcada disminución de las tasas mundiales de mortalidad bruta, con un consecuente aumento de la longevidad de la población. Las mejoras en el saneamiento, nutrición y condiciones generales de vida, especialmente desde finales del siglo XIX hasta nuestros días, han condicionado un profundo cambio en las causas de muerte, provocando la disminución de las enfermedades infecciosas o transmisibles (agudas), mientras se ha situado destacadamente a la cabeza de este escalafón las denominadas enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se incluyen las cardiovasculares, oncológicas, respiratorias, neurodegenerativas, y diabetes mellitus.

Esto es también coherente con el fenómeno que ha sido acuñado como de transición epidemiológica, o llamado en ocasiones cambio epidemiológico lo que ha venido siendo utilizado para dar cuenta del cambio a largo plazo en las principales causas de mortalidad: de infecciosas y agudas, a enfermedades crónicas y degenerativas.

Se espera que el número de personas mayores de 60 años en todo el mundo supere el número de niños en el año 2045, este cambio epidemiológico y sus efectos también han sido calificados con el término paradoja del crecimiento infeliz, dado que ha aumentado la expectativa de vida sin que ello implique mejoras en la calidad de vida, en la medida en que el envejecimiento acarrea consecuencias en la salud de las personas [2].

Este problema afecta a países pobres y ricos sin distinción, dado que, adicionalmente, las ECNT generan la mayor parte de los costes evitables de la atención sanitaria. A pesar de todo lo anterior, el problema no ha

entrado en la agenda de prioridades globales de salud sino recientemente, dado que abordarlo implicaba un esfuerzo de inversión en acción y cooperación para la salud que en muchos casos se ha evadido.

Por un lado, y aunque la mayoría de las defunciones causadas por las ECNT, en particular las muertes prematuras, se producen en los países de ingresos bajos y medios, se sigue erróneamente creyendo que estas enfermedades son propias de países y poblaciones ricas, siendo fruto inevitable del desarrollo. Por otro lado, los países más pobres se enfrentan a una creciente carga de los riesgos modernos para la salud, puesto que al mismo tiempo se sigue luchando contra las enfermedades infecciosas básicas y los riesgos de salud tradicionales con recursos muy limitados y poca preparación para la condición de cronicidad en la población que envejece [2].

En efecto, la causalidad compleja y dinámica de las enfermedades crónicas determina que su pronóstico sea generalmente incierto y las intervenciones tecnológicas para su tratamiento solo parcialmente eficaces y frecuentemente acompañadas de eventos adversos. Además, la inmensa incertidumbre que generan enfermedades que no tienen curación, hacen que el conocimiento deje de ser exclusivo del personal de salud. Los profesionales y pacientes pasan a tener experiencias y conocimientos complementarios [3].

Una de las cualidades básicas de las enfermedades crónicas, responsable en buena medida de sus impactos sobre las personas que deben acarrear con ellas y adaptar en consecuencia sus condiciones de vida, es justamente la cronicidad. Esta propiedad o condición impone en primer lugar lidiar de forma permanente con ella en los espacios físico, psíquico y simbólico de la individualidad; pero también demanda de forma obligatoria trascender dicha individualidad, en tanto el ser humano es un ser social que se expresa y proyecta en diferentes espacios de la vida cotidiana [4].

Las relaciones interpersonales en general, las ocupaciones, la familia y la pareja constituyen las dinámicas de interacción fundamentales donde los procesos de salud y enfermedad se expresan. Por tanto, son los/as amigos/as, los/as compañeros/as de trabajo, los familiares y la pareja quienes se convertirán en los principales actores, testigos y convivientes de dichos procesos [5].

La reciente preocupación por los efectos en la Salud Pública en el mundo ha llevado a diversos acuerdos entre los organismos multilaterales más resaltantes, tanto en materia de salud como en la construcción de políticas públicas, creando en esencia una serie de medidas que apunten al control de este nuevo perfil epidemiológico centrado en la cronicidad, se trata de una estrategia

que es identificada como de 4x4, que pretende abordar la problemática a través de una matriz de doble entrada compuesta por cuatro enfermedades principales, y los cuatro factores de riesgo cardinales [6].

Los cuatro grupos de enfermedades que acaparan la atención principal son: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas. A su vez se enfoca en los cuatro determinantes o factores de riesgo de enfermedad a combatir: el tabaquismo, la alimentación poco saludable, el sedentarismo o la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol. Estos cuatro factores son los identificados por la OMS y las Naciones Unidas como los factores de riesgo evitables que generan la mayor carga de enfermedad, y frente a los cuales es ineludible actuar [2].

Sin embargo, si bien este es el criterio predominante en el mundo y en el que más atención y esfuerzos se despliegan, en cada contexto nacional será menester identificar y atender ECNT adicionales.

Sin ánimo exhaustivo, se incluiría afecciones de la esfera de salud mental y enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer y otras demencias), además de ciertas afecciones crónicas oftalmológicas, otorrinolaringológicas, dermatológicas o músculo-esqueléticas, y que tienen mayor o menor impacto en unos países o en otros, donde el factor clave no parece ser el socio-económico sino, una vez más, el acelerado envejecimiento de la población, es decir a mayor envejecimiento de una población mayor posibilidad y diversidad de padecimientos crónicos [2].

El estilo de vida es el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que pueden influir en el mantenimiento de su salud o lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad: alimentación inadecuada, actividad física escasa, ciclos alterados de sueño-vigilia, consumo excesivo de sustancias y hábitos tóxicos, pobre manejo del estrés, sexualidad desprotegida, no uso de dispositivos de seguridad en el transporte y el trabajo, etc. Suele confundirse a los estilos de vida con los modos y las condiciones de vida, los estilos de vida son siempre personales, y se expresan en conductas específicas individuales que se interpretan como factores de riesgo [7].

Mientras que la edad, el sexo y la vulnerabilidad genética son elementos no modificables, gran parte de los riesgos asociados a la edad y el sexo pueden ser aminorados. Tales riesgos incluyen factores conductuales (régimen alimentario, inactividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol), factores biológicos (dislipidemia, hipertensión, sobrepeso e hiperinsulinemia) y, por último, factores sociales, que abarcan una compleja

combinación de parámetros socioeconómicos, culturales y otros elementos del entorno que interactúan entre sí [8].

Diversos informes recientes han documentado deficiencias importantes que impiden que los sistemas convencionales satisfagan las necesidades de un gran número de personas. Entre ellos se encuentran la atención inversa, en la cual quienes tienen mayores recursos consumen muchas más atenciones que las personas con menos recursos y mayores necesidades sanitarias, la atención empobrecedora, donde los individuos y familias que carecen de protección social caen en la pobreza como resultado de gastos derivados de eventos catastróficos que ellos deben pagar de su propio bolsillo; la atención fragmentada resultante de la excesiva especialización, lo que impide la aplicación de un enfoque integral y sostenido en el servicio; la atención peligrosa que se origina en un diseño deficiente del sistema que no garantiza los niveles de seguridad e higiene necesarias; y la orientación inadecuada de la atención la cual asigna recursos de forma desproporcionada hacia los servicios curativos, descuidando la prevención y promoción de la salud [9].

La cronicidad ha generado una serie de teorías con sus correspondientes modelos de atención y determinadas intervenciones clínicas. Se pueden enumerar de manera resumida, entre las más importantes:

- Autocuidado
- Incertidumbre
- Afrontamiento y Estrés
- Crisis
- Creencias de Salud
- Calidad de Vida

III.METODOLOGÍA

La Metodología utilizada ha sido cualitativa, utilizando la técnica del Focus Group (o Grupo Focal) con el fin de conocer y determinar las percepciones de los pacientes, familiares cuidadores y las mismas enfermeras con respecto a la atención brindada por el personal de enfermería en torno a procesos de enfermedades crónicas y su efectividad.

Se utilizó para el procesamiento de los datos el análisis del discurso y la triangulación, la selección de los grupos fue aleatoria y la participación fue voluntaria y por invitación. Se constituyeron tres grupos focales uno de pacientes, uno de familiares cuidadores y uno de enfermeras, cada grupo constituido por 8 participantes, más 2 observadores, tuvo tres sesiones y luego se ejecutó una cuarta sesión con la participación conjunta de los tres grupos.

El criterio de selección obviamente era estar involucrado en un proceso de intervención a una enfermedad crónica ya fuese como paciente, familiar cuidador de un paciente crónico o enfermera en un servicio especializado de enfermedades crónicas. La participación fue completamente voluntaria, pero de igual manera se cumplió con los parámetros bioéticos del consentimiento informado. Las sesiones transcurrieron en torno a grupos de interrogantes para generar la discusión:

¿Qué significa tener/cuidar/atender una enfermedad crónica?

¿Cómo vive el proceso de la enfermedad crónica?

¿Qué tanta información maneja de la enfermedad crónica?

¿Cuál es la calidad de los cuidados recibidos/prestados?

¿Cuáles modelos de atención conoce y aplica?

IV.RESULTADOS

Los resultados del análisis de los discursos expresados por los participantes en las sesiones de los grupos focales y la triangulación obviamente son diversos y cargados de subjetividad de acuerdo a los contextos de vida de cada participante, sin embargo, su valor en términos interpretativos aporta una profundidad que el dato numérico rara vez otorga.

Sobre la enfermedad crónica hay una coincidencia en calificarla como una tragedia, los pacientes expresan la incomodidad de tener que depender de los demás y de no poder tener un control personal de la enfermedad, los familiares cuidadores perciben la enfermedad como una carga que sobrepasa sus capacidades especialmente en la medida en que la enfermedad avanza, y las enfermeras plantean que hay un gasto emocional muy fuerte porque por más que se intente no involucrarse, el generar empatía hacia el paciente crónico y su familia para su cuidado termina afectando emotivamente a la enfermera especialmente cuando el paciente fallece y esto es más tangible en el caso de pacientes oncológicos.

Con respecto a la información manejada en torno a la enfermedad crónica, las respuestas son muy disímiles, sin embargo, la mayoría de los pacientes perciben que el personal sanitario les brinda poca información, “no nos dicen nada”, y aunque esto es una exageración también hay que comprender que esta expresión responde a la expectativa del paciente a curarse, al no ver satisfecha esa expectativa perciben cualquier información brindada como inútil.

Adicionalmente hay que decir que, en términos de acercamiento, el paciente en general, aunque expresa confianza en los médicos como “los que saben” los perciben como profesionales distantes mientras que hay

una valoración positiva de los cuidados brindados por el personal de enfermería.

En el caso de los familiares cuidadores la percepción general es que reciben poca información del personal hospitalario y que algunos se apoyan en las intervenciones extramurales de equipos multidisciplinarios directamente en su comunidad, pero muchas veces la información que manejan la obtienen por su cuenta en internet u otros medios “la esposa de mi vecino también era diabética y ellos me han ayudado mucho”.

Con respecto al personal de enfermería manejan la información sobre las enfermedades crónicas, pero en general perciben tener un déficit de información en torno a los cuidados específicos de este tipo de paciente, especialmente los oncológicos, y que su acción se limita a veces a acompañar salvo que haya que intervenir ante una crisis.

Es importante destacar que, con respecto a los modelos de atención a la enfermedad crónica no transmisible como un proceso, ni pacientes ni familiares cuidadores manejan o conocen eso en detalle, pero es más resaltante encontrar que el personal de enfermería, aunque conoce dichos modelos nominalmente no los diferencia, ello producto de que en la práctica los distintos modelos se mezclan entre sí con los protocolos de atención estándar. Ello es percibido como una debilidad profesional que no es atendida por las ofertas de formación.

V. CONCLUSIONES

Entre los retos para brindar cuidados de calidad y efectivos a bajo costos está el de fortalecer la formación y la función del personal de enfermería con respecto a los cuidados de los pacientes crónicos, pero aunque en la última década se haya duplicado la cantidad de enfermeras en Ecuador, todavía el número está muy por debajo de la media mundial y de países como Estados Unidos (en Ecuador para 2010 la tasa de enfermeras por cada 10000 habitantes era de 6,7 mientras que en el 2018 llegó a 12,3 pero en Estados Unidos es de 111,4). Ello obliga necesariamente a que el personal de enfer-

mería promueva el conocimiento del cuidado y el autocuidado entre familiares cuidadores y pacientes y no sólo en lo relativo a la administración de medicamentos y adherencia al tratamiento sino al manejo de los modelos de atención como tal para que sean participantes de la investigación de efectividad que se requiere. [10]

REFERENCIAS

- [1] A. Montalvo, B. Cabrera y S. Quiñones, «Enfermedad crónica y sufrimiento: Revisión de la literatura.» Aquichan, pp. 134-143, 2012.
- [2] J. Moreno, «La pandemia de enfermedades crónicas no transmisibles. Retos de salud pública y nuevos paradigmas en el siglo XXI,» de Discurso de Recepción del Académico Electo, Valencia, 2013.
- [3] S. Laspiur, Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, Buenos Aires: REDES/ Ministerio de Salud, 2014.
- [4] OMS, «Informe sobre la salud en el mundo. Forjemos el futuro.» Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2003.
- [5] L. Lerón, «Enfermedades crónicas y vida cotidiana,» Revista Cubana de Salud Pública, pp. 488-499, 2011.
- [6] J. Valcárcel, El paciente crónico, Madrid: Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.
- [7] J. Grau, «Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje desde los factores psicosociales,» Salud y Sociedad, pp. 138-166, 2016.
- [8] OMS/FAO, «Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas,» Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2003.
- [9] J. Macinko, I. Dourado y F. Guanais, Enfermedades crónicas, atención primaria y desempeño de los sistemas de salud. Diagnóstico, herramientas e intervenciones, La Plata: Banco Interamericano de Desarrollo, 2011.
- [10] INEC, «Ecuador en Cifras,» 2 Diciembre 2014. [En línea]. Available: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/vdatos>. [Último acceso: 21 Agosto 2019].