

# Impulso

Revista Oficial del Colegio de Profesionales de La Enfermería de Puerto Rico

Año XXXIX • Volumen 3 • Septiembre 2015

EL COLEGIO DE PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA DE PUERTO RICO TE INVITA A LA 40ª ASAMBLEA ANUAL

## ENFERMERÍA: LA CIENCIA DE CUIDAR, EL ARTE DE AMAR



- Conocimiento y Conductas Sexuales de Personas con Discapacidad Física vinculadas a Problemas Neuromusculares
- Junta de Gobierno Informa
- Efectos de la sobrecarga de trabajo en la salud del profesional de enfermería
- Eutanasia: Aspectos Éticos y Legales en la Profesión de Enfermería
- From bedside care to provider: A brief look into Nurse Practitioner's challenges in Primary Care
- La Fibromialgia: un reto para el profesional de enfermería
- CEU
- Malaria: Enfermedad Infecciosa Reemergente

Info:  
787.753.7197  
www.cpepr.org

6-7 de noviembre de 2015  
Hotel Sheraton, Distrito de  
Convenciones en San Juan,  
Puerto Rico



## JUNTA EDITORA

Dr. Abel L. Aponte Rosado  
DNP RN MSN ARNP-BC WCS  
Editor

Elsa Geigel Landrau RN MSN  
Asistente Editor

Sonia Flores Ríos RN MSN CNS  
Secretaria

Dra. Lázara Flores Fernández RN  
Directora de Educación Continua

## MIEMBROS

Carmen Mercado Núñez, RN MHA MSN  
Héctor Colón Del Valle, RN MSN  
Marilyn Flores Carmona, RN MSN  
Dra. Wilda Montero Colón,  
DNP RN MSN ARNP-BC CCRN

## ASESORES EXTERNOS

Profesora Noemy Díaz Ramos, RN MSN  
Dr. Josué Pacheco Castillo Ed.D RN MSN

## PERSONAL ADMINISTRATIVO

Pilar Díaz Vélez  
Secretaria Ejecutiva

SC Marketing Mix Solutions  
Artista Gráfico

## JUNTA DE GOBIERNO

Dr. Juan Carlos Soto Santiago, RN MSN EdD  
Presidente

Lydia Pérez González, RN MSN  
Primera Vice Presidenta

Lupimer Medina Pérez, RN BSN  
Segunda Vice Presidenta

Alba I. Nazario Flores, RN MSN  
Secretaria

Aurea Báez Lampón, RN, BSN  
Tesorera

## PRESIDENTES CAPÍTULOS

Orlando Vélez Núñez, RN BSN  
Presidente del Capítulo de Arecibo

Zwinda Nieves Maldonado, RN BSN  
Presidenta del Capítulo de Bayamón

José Báez Pérez, RN BSN  
Presidente del Capítulo de Carolina

Mayra Rivera Morales, RN BSN  
Presidenta del Capítulo de Guayama

Elizabeth Ortiz Tolentino, RN BSN  
Presidenta del Capítulo de Humacao

Claribeth Fantauzzi Nazario, RN MSN  
Presidenta del Capítulo de Mayagüez

David Espinet Cruz, RN MSN  
Presidente del Capítulo de Ponce

Nancy Torres Román, RN BSN  
Presidenta del Capítulo de San Juan

# INDICE

	Pág.
Mensaje del Presidente .....	3
Mensaje del Editor .....	4
Desde la División de Educación Continua .....	5
Conocimiento y Conductas Sexuales de Personas con Discapacidad Física vinculadas a Problemas Neuromusculares .....	7
Junta de Gobierno Informa .....	11
El Impacto de la Sobrecarga de Trabajo en la Salud del Profesional de Enfermería .....	13
Nuestros colegiados se distinguen.....	19
Reflexión .....	20
Eutanasia: Aspectos Éticos y Legales en la Profesión de Enfermería.....	22
From bedside care to provider: a brief look into nurse practitioner's challenges in primary care .....	27
La Fibromialgia (FM): Un reto para el profesional de enfermería .....	31
Malaria: Enfermedad Infecciosa Reemergente.....	35



## En Portada



Revista (USPS 450040). Precio de suscripción: Puerto Rico y Estados Unidos: \$16.00 por año; Estudiantes de Enfermería: \$13.00 por año (incluya evidencia de la Universidad o Colegio), Copias individuales \$4.50; Bibliotecas o Agencias: \$24.00 por año; otros países: \$27.00 por año. Incluye franqueo. Periodicals Postage paid at San Juan, Puerto Rico; Publisher quarterly (March, June, September and December) by the Colegio de Profesionales de Enfermería de Puerto Rico; 375 Arigoitia Street, Extensión Roosevelt, Puerto Rico. Tel. (787) 753-7197, Fax: (787) 753-7141/ (787) 281-8438. POSTMASTER send address changes to: Revista Impulso, Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico, P.O. Box 363647, San Juan, P.R. 00936-3647.

La Junta de Gobierno y la Junta Editora no son responsables de las opiniones vertidas en los artículos o escritos del autor. Los autores son responsables de cumplir con la ley de derechos de autores.

Los procedimientos clínicos descritos y recomendados en esta publicación han sido consultados con expertos en el campo de la enfermería o de la salud. Para nuestro conocimiento, estos procedimientos son aceptados en el momento de la publicación; sin embargo, estos no deben considerarse recomendaciones absolutas o universales. Usted debe consultar con su médico de cabecera para cualquier diagnóstico definitivo. La Revista Impulso no se responsabiliza por los efectos adversos directos o indirectos de los procedimientos publicados.

# Mensaje del Presidente



Para toda organización profesional es importante la permanencia representativa de su grupo a través de la continuidad de funciones y trabajos. Representación que sea firme en el propósito de la organización para que lleve la voz individual de sus miembros al colectivo. A través de la participación en las organizaciones profesionales, el/la miembro activo tiene el medio más eficaz para lidiar con cambios y retos de la profesión. El beneficio de esta participación va más allá del beneficio propio profesional, sino que también resultan en mejor calidad del servicio profesional que se brinda a la ciudadanía. En el Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico (CPEPR), en cumplimiento con el Reglamento de la Ley núm. 82 del 1 de junio de 1973 según enmendada, se celebran Asambleas todos los años. Estas convocatorias tienen entre sus propósitos, proveer el foro para la expresión de sus miembros. Expresión de ideas e inquietudes de todo lo concerniente a la Profesión de la Enfermería en Puerto Rico. Teniendo siempre presente que la Asamblea General en primera instancia es quien rige los destinos del Colegio por lo cual constituye la suprema autoridad de esta organización (Reglamento del CPEPR, Cap. XIV, Art. 1.a, 1.b). Aquí radica la gran importancia de participar en estas actividades del colectivo profesional en donde se comienza a gestar el plan de trabajo para el próximo año y se reconsidera el del año en curso.

Durante el recién pasado verano, se celebraron las Asambleas de los 8 Capítulos del CPEPR. Se lograron los objetivos propuestos para cada una de ellas. Cada Capítulo cuenta con un Reglamento Interno aprobado, atemperado

a la última revisión del Reglamento General de febrero de 2015. Felicito y agradezco a la Comisión de Reglamento por su excelente labor a estos fines. También se les agradece a todos/as los que participaron de cada una de estas Asambleas. Otro logro de estas convocatorias lo fue la elección de las directivas que dirigirán los capítulos para el próximo bienio 2016-2017. Gracias a todos/as los que aceptaron el reto de ser parte de estos grupos de trabajo. Por otra parte, las Secciones no se han quedado sin sus acostumbradas Asambleas. En agosto se celebró exitosamente la de la Sección de Anestesia, en este mes de septiembre se estará celebrando la de la Sección de Educadores y en octubre las de la Sección de Salud Ocupacional y la Sección de Salud Mental. Agradezco a cada una de las Secciones por la labor que realizan para el CPEPR. Una vez más se evidencia que, “Con el esfuerzo colaborativo, el Colegio avanza”.

Ahora nos ocupa dedicar esfuerzos a la celebración de la Asamblea General a llevarse a cabo los días 6 y 7 de noviembre de 2015 en el Hotel Sheraton del Distrito de Convenciones en San Juan, P.R.

Ahora nos ocupa dedicar esfuerzos a la celebración de la Asamblea General a llevarse a cabo los días 6 y 7 de noviembre de 2015 en el Hotel Sheraton del Distrito de Convenciones en San Juan, P.R. Vaya separando estos días en su agenda para que participe de las importantes decisiones que se estarán tomando en esta, su Asamblea. Aproveche para que pueda expresar sus inquietudes y compartir sus ideas. Este año esperamos superar la excelente participación que tuvimos en la Asamblea General 2014. Contamos con la participación de cada uno/a de ustedes, colegiados/as, para alcanzar las metas propuestas de una Asamblea General como nos merecemos todos/as los Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico. Separe la fecha, “Le esperamos”.

Este año es uno de elecciones en el Colegio. Ya los candidatos/as al Comité Ejecutivo para la Junta de Gobierno 2016-2017, fueron electos/as en sus respectivas Asambleas de Capítulo. Como siempre, le exhortamos a todos/as a que una vez reciban la papeleta de votación, emitan su voto y depositen el sobre pre dirigido en un buzón postal. Cada voto cuenta. Sea parte de esta importante elección para el funcionamiento del CPEPR.

En esta edición se reseña un evento que a la Junta de Gobierno nos llena de mucho orgullo; el grado honorífico otorgado a la Sra. Lázara Flores, Directora de la División de Educación Continua del CPEPR. Felicitamos a la Dra. Flores por tan

merecido reconocimiento y nos honra por contar diariamente con sus valiosas aportaciones al Colegio a través de su labor en la División de Educación Continua. Gracias Dra. Flores por el ser humano que es y por su calidad profesional única. Digno ejemplo de emular. Les invito a que lean más sobre esto en la sección de esta edición de "Nuestros Colegiados/as se distinguen". Bendiciones para todos/as!

Con aprecio,

  
Dr. Juan Carlos Soto Santiago  
Presidente



## Mensaje del Editor

Saludos Cordiales a todos y todas nuestros (as) colegiados (as):

En esta tercera edición de la Revista Impulso, perteneciente al mes de septiembre, nos place presentar temas innovativos correspondientes a la clase trabajadora de enfermería y de estudiantes que apenas dan sus primeros pasos en el campo de la investigación. Es de beneplácito para esta Junta Editora hacer público artículos que colocan a nuestra revista entre las primeras 100 revistas de contenido informativo basado en la evidencia. Como Junta Editora nuestra meta es publicar aquellos manuscritos que contienen información de actualidad y basada en evidencia: con el propósito de proveerle herramientas a nuestra clase profesional que ayuden en la toma de decisiones de una forma correcta sin violar la esencia del ser humano. Por otra parte es también nuestro deber permitirle a los estudiantes a plasmar sus conocimientos adquiridos a través de sus manuscritos ya que es una forma de conocer el desempeño de estos como futuros profesionales de la enfermería. En otras palabras es nuestra responsabilidad como profesionales clínicos,

administrativos y educadores hacer uso de esta su revista tanto en sus áreas clínicas, aulas y oficinas para el bienestar del público en general. Por este medio los exhorto a que sigan compartiendo con nosotros sus conocimientos a través de sus escritos. Concédase esa gran oportunidad y recuerde que "Siempre puedes editar una mala página, pero no una página en blanco". – Jodi Picoult.

● Aprovecho la oportunidad para invitarlos a que digan presente en nuestra Asamblea General los días 7 y 8 de noviembre de 2015 en el Hotel Sheraton, del Distrito de Convenciones en San Juan, P.R. Venga a compartir con nosotros y no permita que nadie decida por usted el futuro profesional de enfermería; es su deber participar activamente en el proceso de cambio. ●

**Abel L Aponte-Rosado**

Dr. Abel L Aponte-Rosado,  
DNP, RN, MSN, ARNP-BC, WCS



Por. Dra. Lázara  
Flores Fernández  
Directora División de  
Educación Continua

## Conferencia científica Dra. Celia Guzmán Rodríguez, Inicia la Asamblea

Se acerca el mes de noviembre, y con él, la Cuadragésima Asamblea Anual de nuestra organización profesional, el Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico. Se celebrará los días 6 y 7 de noviembre de 2015 en el Hotel Sheraton, Distrito de Convenciones en San Juan, Puerto Rico.

El evento promete ser de especial pertinencia, el cual nos permitirá crecer en conocimientos mediante dos actividades de educación continua certificada de 4 horas contacto cada una. Nos facilitará compartir, discutir y concluir los asuntos que nos concierne relacionados con nuestra organización profesional. Será el momento para apoyar y expresar nuestra disposición incondicional a los líderes electos que constituirán el "Cuerpo Rector" de la organización durante los años 2016-2017.

La Asamblea iniciará sus actos el 6 de noviembre de 2015 a las 8:00 a.m. con la duodécima quinta Conferencia Científica Dra. Celia Guzmán Rodríguez. Es una actividad educativa de contenido científico auspiciada por la Comisión de Historia del Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico que preside la profesora María Vigo Rosario, RN, MSN, MED. La ponente será la Dra. Lydia E. Santiago, Ph.D, Historiógrafa, quien disertará sobre el tema "Historiografía Contemporánea: Un Espacio de Saberes para las y los Profesionales de la Enfermería".

La Conferencia Científica Dra. Celia Guzmán Rodríguez se inició en el 1983 por la Comisión de Historia en honor a nuestra compañera Celia Guzmán; pionera en la educación de enfermería en el nivel superior en Puerto Rico, investigadora incansable de la historia de enfermería de Puerto

Rico, luchadora hasta alcanzar becas federales para mejorar la educación de enfermería en Puerto Rico. Su tenacidad y liderazgo le permitió ocupar el cargo de Presidenta de la Asociación de Enfermeras Graduadas de Puerto Rico (hoy Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico) en tres ocasiones. Recibió el grado Doctor Honoris Causa del Recinto Universitario de Mayagüez en 1973 y posterior, el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico le otorgó la distinción de Profesora Emerita de la Facultad. Partió de la vida terrenal el 15 de mayo de 1981.

La Conferencia Científica tiene el propósito de profundizar y ampliar los conceptos filosóficos y educativos que enmarcan la vida y obra de nuestra compañera Celia Guzmán. Desde sus comienzos, la Comisión de Historia delineó los objetivos con claridad para lograr el propósito. Entre otros, enumeramos los siguientes.

1. Convencidos de que la historia de enfermería en Puerto Rico es pródiga en ejemplos de líderes dignos de emular y poner de manifiesto las vivencias de esos compañeros/as.
2. Proveer un medioambiente adecuado para unir talentos que ayuden en la promoción de conocimientos más adelantados en el campo de la enfermería.

3. Sentar las bases para iniciar posibles investigaciones científicas en el campo de la enfermería.
4. Estimular la investigación científica en los estudios de enfermería como medio de contribuir a forjar mentes.
5. Propiciar actividades que fomenten la discusión y comprensión amplia de los nuevos conceptos e ideas en el campo de la salud y de la enfermería.
6. Difundir los estudios científicos realizados por nuestros profesionales de la enfermería.

igual que la Junta Editora de la Revista Impulso y la División de Educación Continua, por medio de estas líneas ilustramos tres de las múltiples formas en las cuales contribuimos en el esfuerzo por sostener firmes las columnas del Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico como un valor digno ante la sociedad.

Mi estimado, colega, te invito a contestarte: ¿qué haces para que el Colegio crezca en logros, para involucrarte en la consecución de sus objetos, en participar con ideas y acciones y en ejercer tu liderazgo activamente? Tu eres un componente del Colegio. Asiste a la Asamblea.

**Caminamos hacia la cima de la excelencia.  
Gracias por acompañarnos.**

Los miembros de la Comisión de Historia, al

### Fuentes de Información:

1. Dávila, Paulina R., RN, (1947); Discurso de la Señora Presidenta; Asamblea Anual de 1949; Asociación de Enfermeras Graduadas de Puerto Rico.
2. Ferrer, Aida C., RN, MA. (1985). Segunda Conferencia Anual Científica Celia Guzmán; Sección de Historia; Boletín
3. Ferrer, Aida C., RN, MA. (1985). Fundación Celia Guzmán; Comisión de Historia, Boletín, órgano oficial del Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico, diciembre, 1985, Año X, Vol. IV.
4. Pórtela, Raquel O., RN, MSN. (1986). Conferencia Celia Guzmán, Comisión de Historia. Boletín, órgano oficial del Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico, Diciembre 1986; Año XI, Vol. IV.

## Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico - Junta Editora Criterios para la utilización de fotografías o ilustraciones en la revista Impulso



Estimados Colegiados:

Saludos, me dirijo a ustedes con la intención de notificarles los nuevos criterios para la utilización de fotografías o ilustraciones en la revista Impulso. El artista gráfico y nosotros como miembros de la nueva Junta Editora 2014 reconocemos el prestigio que tiene nuestra revista, siendo esta la única dedicada a la profesión de enfermería en Puerto Rico. Por lo tanto queremos mantener el mismo prestigio y más aún seguir evolucionando hasta alcanzar la perfección. Como editores reconocemos lo importante que es la ilustración de lo escrito. Por lo tanto es conveniente que los autores aporten diagramas, ilustraciones o fotografías (en especial aquellas tomadas durante la realización de su trabajo, pues éstas hacen posible un mayor acercamiento de los lectores con las investigaciones y los investigadores) susceptibles de ser utilizadas como complemento informativo. Si usted como

autor cuenta con imágenes que le parecen adecuadas para resaltar la presentación y el atractivo de su texto, el equipo editorial agradeceremos su envío.

Los siguientes criterios deberían ser cumplidos a cabalidad para que sus fotografías, a la hora de la publicación, demuestren la calidad de las mismas:

1. Las fotografías para la revista deben ser de una resolución de 300 ppp y de buen tamaño.
2. No es apto para la revista fotos tomadas con celular.
3. Procurar que las fotos no estén, desenfocadas (borrosas).
4. Esto es muy importante. NO colocar las fotos en Word, al hacer esto inmediatamente le resta calidad a la foto, deben ser fotos en JPG. Si el autor necesita indicar en el texto dónde va la foto puede ponerla en Word, pero también debe adicionar el JPG de cada foto utilizada que es con la que se trabaja el diseño.

5. Logos y demás imágenes siempre deben estar en JPG, PDF o EPS de alta calidad.

6. Los avisos deben solicitarlos a los clientes de la revista con las siguientes recomendaciones: JPG o PDF de alta calidad (300 resolución), en CMYK y con el tamaño exacto que hayan acordado.

Estos son criterios exclusivamente enviados del artista gráfico y secundados por la nueva Junta Editora 2014. Perdonen los inconvenientes que esto les puedan causar. Solo pretendemos ofrecerles una revista de altura en donde ustedes como colegiados son los protagonistas y aportan económicamente para que la misma llegue a sus hogares.  
Cordialmente,

**Abel L Aponte-Rosado**

Dr. Abel L. Aponte-Rosado

PD. Algunos datos fueron obtenidos de <http://www.cyd.conacyt.gob.mx/253/articulos/para-publicar.html>.

# Conocimiento y Conductas Sexuales de Personas con Discapacidad Física vinculadas a Problemas Neuromusculares



Haydeé M. Serrano  
Colón, MSN, RN

## Abstracto

El propósito de este estudio fue determinar el conocimiento y las conductas sexuales de personas con discapacidad física vinculadas a problemas neuromusculares. El diseño utilizado fue uno descriptivo correlacional con una muestra de 9 hombres y 4 mujeres mayores de 21 años que tuvieran un diagnóstico de Distrofía Muscular Miotónica o Atrófia Muscular Peroneal. Los resultados sobre la variable de conocimiento muestran que el 84.6 por ciento de los participantes lograron identificar algunas partes de la anatomía femenina, en cambio no tuvieron la capacidad de mencionar satisfactoriamente las funciones de cada una de las partes de la anatomía femenina mostradas en una imagen. Por otra parte, en cuanto a la variable de conductas sexuales la gran mayoría, entendiéndose un 69.2 por ciento ha

tenido entre 1 a 4 parejas sexuales y reportan tener sexo entre 1 a 3 veces por semana, sin embargo el 100 por ciento indicó que no utiliza ningún método anticonceptivo.

Al momento de asociar ambas variables, no se pudo observar alguna relación de naturaleza significativa ( $p < 0.05$ ) dado a que la muestra fue muy pequeña.

## Planteamiento del problema y Justificación

Los resultados de estudios recientes han demostrado que las personas con discapacidades físicas tienen los mismos deseos y necesidades sexuales que cualquier otra persona sin discapacidad alguna (Moin, Duvdevany y Mazor, 2009). Sin embargo, en la sociedad actual muchas personas tienden a desconocer estas necesidades, ya que existe la creencia de que las personas con discapacidad física no tienen ningún tipo de necesidad afectiva y sexual. Su rehabilitación se orienta a mejorar funciones que les permitan alcanzar cierto grado de independencia ya que existe el estereotipo de que esta población carece de sexualidad (Varas, 2010). Lo que implica que estas personas posiblemente no reciben ningún tipo de información o asesoramiento sobre sexualidad y salud reproductiva (Varas, 2011). Según la Oficina del Censo de los Estados Unidos para el 2007 entre los cincuenta (50) estados de la nación hubo aproximadamente entre 24 a 25 millones de personas con discapacidad física de 21 años de edad o más y en Puerto Rico existen aproximadamente entre 561 a 562 mil personas con discapacidad física. Los profesionales de salud con frecuencia no toman el tiempo

necesario para la orientación en materia sexual de estas personas, ya que éstos prestan más atención a tratar lo relacionado con la discapacidad que cada uno presenta (Jackson, 2011).

De acuerdo a la revisión de literatura, en Puerto Rico no existen estudios realizados sobre la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad física, en términos de conocimiento y conductas sexuales. Ante la necesidad de conducir este tipo de investigaciones dirigidas a esta población y explorar estas variables en Puerto Rico; se ha desarrollado este estudio con el propósito de determinar los conocimientos y conductas sexuales en personas con discapacidad física vinculadas a problemas neuromusculares. Para atender el problema de investigación, se trabajó con los siguientes objetivos: (1) Determinar los conocimientos sobre sexualidad y salud reproductiva que tienen las personas con discapacidad física, (2) identificar las conductas sexuales en personas con discapacidad física y (3) relacionar los conocimientos sobre sexualidad, salud reproductiva y las conductas sexuales en personas con discapacidad física.

## Revisión de Literatura

La discapacidad física se define como una condición en la que una persona experimenta disminución o pérdida significativa de funciones y estructuras corporales, que resultan en limitaciones en la actividad física (McCabe y Teleporos, 2003). La actividad sexual es un aspecto importante en la vida adulta de toda persona. Las limitaciones físicas y poca independencia pueden interferir con el desarrollo psicosexual normal (Lassmann, Garibay, Melchionni, Pasquariello y Snyder, 2007). Las enfermedades neuromusculares son un grupo de más de (15) enfermedades neurológicas hereditarias o adquiridas que afectan los nervios que llevan el control de los músculos voluntarios. La distrofia muscular miotónica también conocida como la enfermedad de Steinert es el tipo de distrofia muscular más común en adultos (Ramírez, Rodríguez, Velasco y Rosas, 2002), se caracteriza por la afección neuromuscular y sistémica. Sus principales síntomas son debilidad muscular, miotonía, cataratas, arritmias cardíacas y restrictivas pulmonares. Por parte la atrofia muscular del peroneo abarca un grupo de trastornos que afectan los nervios periféricos, los cuales residen fuera del cerebro y la médula espinal al mismo tiempo que le proveen información a los músculos y órganos sensoriales de las extremidades. Los nervios motores y sensoriales son los principalmente afectados (Pareyson y Marchesi, 2009).

Las personas con discapacidad física constituyen un grupo poblacional importante, pero frecuentemente se enfrentan a una serie de restricciones para su desenvolvimiento social, no solo por sus limitaciones físicas sino por



actitudes y conductas inapropiadas de la sociedad que les rodean. Esto se hace más evidente cuando se toca el tema de la sexualidad, porque existen numerosos prejuicios, tabúes y estigmas relacionados con su sexualidad que les impiden poder expresarse y vivir plenamente este aspecto fundamental de la existencia humana (Castillo, 2007).

Las personas con discapacidad física son vistas como seres asexuales que necesitan protección. Sin darse cuenta las barreras sociales y psicosociales convierten en un obstáculo mayor el desarrollo sexual de los adolescentes con discapacidad física, que su propia limitación de discapacidad (Murphy y Roy, 2006). No obstante, es necesario reconocer que estas personas tienen derechos sexuales que incluyen, el derecho de expresar completamente su potencial sexual, el derecho de autonomía sexual, privacidad, equidad y placer; el derecho de tomar decisiones reproductivas libre y responsablemente; el derecho a una educación de salud sexual comprensiva y el derecho a un cuidado de salud sexual Organización de la Salud Panamericana (PAHO por sus siglas en inglés) y Organización Mundial de la Salud (WHO por sus siglas en inglés), 2000. Este tema ha sido estudiado por (Meadow, 2011; Matros 2011; Castillo, 2010; Maart y Jelsma, 2010; Couldrick, 2008; Black, 2005; McCabe y Teleporos, 2003; Matsun y Udry, 2002; Earle, 2001; Cummins y Deeks, 2000).

## Metodología

La investigación realizada fue de diseño descriptivo correlacional. Se examinaron características socio demográficas de la muestra, su conocimiento sobre salud sexual reproductiva y sus conductas sexuales. Por último se determinó si existía relación entre ambas variables.

## Población

La muestra estuvo conformada por 13 personas entre ellos, 4 mujeres y 9 hombres de 21 años o más, con un diagnóstico de Distrofia Muscular Miotónica o Atrofia Muscular Peroneal conocida como *Charcot Marie Tooth*.



## Instrumento

El instrumento que se utilizó para la colección de datos se tituló: "Escala de Conocimiento, Experiencia y Necesidades Sexuales para personas con discapacidad física" de McCabe (1994). El mismo se compone 11 partes, con un total de 78 reactivos en los cuales se midió el conocimiento, experiencia, las conductas y necesidades sexuales de las personas con discapacidad física. Este

instrumento ya ha sido utilizado en la población de personas con discapacidad física dirigido a estudiantes universitarios en Ohio (Matros, 2011). El instrumento fue traducido en español e inglés, evaluado y certificado por una traductora profesional. El mismo se adaptó a la población puertorriqueña. El estudio comenzó tan pronto se obtuvo la aprobación del Comité de Derechos Humanos

del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Para proteger la identidad de los participantes los cuestionarios se codificaron con un número de identificación y no se incluyeron los nombres de los participantes. Luego de que los participantes culminaron el cuestionario se le entregó información importante sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual y de cómo prevenirlas.

## Procedimiento

El estudio comenzó tan pronto se obtuvo la aprobación del Comité de Derechos Humanos del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Para proteger la identidad de los participantes los cuestionarios se codificaron con un número de identificación y no se incluyeron los nombres de los participantes. Luego de que los participantes culminaron el cuestionario se le entregó información importante sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual y de cómo prevenirlas.

## Discusión y Análisis de los hallazgos

Los resultados muestran que de los 13 participantes, 9 (69.2%) eran hombres. En cuanto a su diagnóstico 7 (53.8%) reportó tener Distrofía Muscular Miotónica. Sobre la variable de conocimiento el 84.6 por ciento de los participantes lograron identificar algunas partes de la anatomía femenina, en cambio no tuvieron la capacidad de mencionar satisfactoriamente las funciones de cada una de las partes de la anatomía femenina mostradas en una imagen.

Al momento en que los participantes identificaron las partes y mencionaron las funciones de la anatomía masculina la mayoría no pudo reconocerlas correctamente y desconocían sus funciones. Estos hallazgos concuerdan con el estudio realizado por Matros (2011), en donde se encontró que la mayoría de los adultos participantes identificaron correctamente la anatomía femenina, pero en el momento de identificar la anatomía masculina hubo más errores y variaciones. Cabe destacar que un 61.5 por ciento mencionó haber recibido información sobre sexualidad en la escuela y un 30.8 por ciento dijo haber obtenido la información de la internet, lo que concuerda con los

hallazgos encontrados en la revisión de literatura (Nosek et al., 2001) el cual nos menciona que la mayor parte de la información sobre sexo se obtiene de materiales impresos y libros en las escuelas.

Un aspecto importante en el estudio fue que el 100 por ciento de los entrevistados comentó que la información recibida sobre la sexualidad fue irrelevante a su discapacidad, lo que concuerda con Matros (2011) y Blackburn (2002), quienes concluyeron que las personas con discapacidades físicas no estaban recibiendo la información necesaria sobre sexualidad de acuerdo a su discapacidad.

Por otra parte en cuanto a la variable de conductas sexuales la gran mayoría, entendiéndose un 69.2 por ciento ha tenido entre 1 a 4 parejas sexuales y reportan tener sexo entre 1 a 3 veces por semana, sin embargo el 100 por ciento indicó que no utiliza ningún método anticonceptivo. Al momento de asociar ambas variables, no se pudo observar alguna relación de naturaleza significativa ( $p < 0.05$ ) dado a que la muestra fue muy pequeña.

## Conclusiones

Luego de realizar la revisión de literatura, se concluye que este estudio puede servir de base para desarrollar educaciones, programas y estrategias de educación con énfasis en sexualidad en congruencia con la discapacidad, tanto para personas con discapacidad física como para profesionales de la

salud en especial profesionales de enfermería.

Los hallazgos de este estudio pueden ser utilizados para concientizar a los profesionales de enfermería sobre la realidad de que las personas con discapacidades físicas tienen los mismos deseos y

conductas sexuales como cualquier otra persona. Como profesionales y educadores es imperativo concientizar que la educación en salud sexual y reproductiva debe ser completa, tanto en valores como en conocimientos, respetando y cautelando el cumplimiento de todos sus derechos.

## Limitaciones y recomendaciones

La muestra fue una muy pequeña y no fue probabilística, esto hizo imposible generalizar los hallazgos a la población de personas con discapacidad física. Por otra parte la muestra proyectada no se alcanzó ya que en ocasiones no había participantes para entrevistar.

La muestra se redujo en más del 50 por ciento. No todos los individuos deseaban participar de la entrevista por lo extenso del tiempo requerido para contestar 78 preguntas y por la sensibilidad del tema. El estudio es de corte transversal por lo que la información sobre las dos

variables bajo estudio fue vista en un momento dado del tiempo. De igual forma se recomienda repetir el estudio utilizando el número de sujetos de la muestra mayor de manera aleatoria e incluir escenarios en otras regiones de la Isla.

## Referencias

- Black, K. (2005). Disability and Sexuality: holistic care for adolescents. *Nursing Children and Young People*, 17(5), 34-37. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15977510>
- Castillo, J.J. (2007). Discapacidad y sexualidad. Un acercamiento al diagnóstico y su atención. La Habana: Editorial CENESEX
- Castillo, J.J. (2010). La Sexualidad en personas con discapacidad. ¿Ficción o Realidad?. Recuperado de [http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol\\_2\\_1\\_10/mrf07210.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol_2_1_10/mrf07210.htm)
- Couldrick, L. (2008). Sexual expression, physical disability and professional practice. *Way Ahead*, 12(4), 10-11. Recuperado de [http://www.mstrust.org.uk/professionals/information/wayahead/articles/12042008\\_06.jsp](http://www.mstrust.org.uk/professionals/information/wayahead/articles/12042008_06.jsp)
- Earle, S. (2001). Disability, facilitated sex and the role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 36(1), 433-440. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01991.x
- Jackson, P.L., Magoon, K. & Meadow, M. (2011). Adolescent Sexual Health and Physical Disability in Primary Care. *Pediatric Nursing*, 37(5), 280-282. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22132575>
- Lassmann, J., Garibay, F., Melchionni, J., Pasquariello, P. & Snyder, H. (2007). Sexual Function in Adult Patients with Spina Bida and its Impact on Quality of Life. *The Journal of Urology*, 178, 1611-1614. Doi: 10.1016/j.juro.2007.03.162
- Maart, S. & Jelsma, J. (2010). The Sexual Behavior of Physically Disabled Adolescents. *Disability and Rehabilitation*, 32(6), 438-443. Doi: 3109/09638280902846368
- Mantsun, M. & Udry, R. (2002). Sexual Behaviors of Physically Disabled Adolescents in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 31(1), 48-58. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?tem=12090965>
- Matros, N. L. (2011). Sexual Knowledge, Experiences, and Needs of College Students with Physical Disabilities: A Pilot Study. (Tesis Doctoral no publicada). The School of Professional Psychology, Wright State University, Dayton, Ohio.
- McCabe, M.P., Cummins, R.A. & Deeks, A.A. (2000). Sexuality and Quality of Life Among People with physical Disability. *Sexuality and Disability*, 18(2). Recuperado de <http://www.springerlink.com/content/rk110454436ml6mg/>
- McCabe, M. & Teleporos, G. (2003). Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Behavior Among People with Physical Disability. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 359-369. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12856897>
- Moin, V., Duvdevany, I. & Mazor, D. (2009). Sexual Identity, Body Image and Life Satisfaction Among Women With and Without Physical Disability. *Sex Disabil*, 27, 83-95. Doi: 10.1007/s1195-009-9112-5
- Murphy, N. & Roy, E. (2006). Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. *Pediatrics*, 118(1), 398-403. Doi: 10.1542/peds.2006-1115
- Pan American Health Organization (2000). Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action. Regional Consultation convened by Pan American Health Organization (PAHO) and World Health Organization (WHO) in Collaboration with the World Association of Sexology. Antigua, Guatemala
- Pareyson, D. & Marchesi, C. (2009). Diagnosis, natural history, and management of Charcot-Marie-Tooth disease. *The Lancet Neurology*, 8(7), 654-667. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19539237>
- Ramirez, C., Rodriguez, D., Velasco, V. & Rosas, F. (2002). Distroza Muscular Miotónica y taquicardia ventricular por reentrada rama-rama. *Revista Española de Cardiología*, 55(10), 1093-1097.
- Rueda, L. & Miranda, O. (2002). Principales Dilemas Bioéticos en las personas con discapacidad prolongada. *Acta Bioética*, 8(1), 127-135. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1726-569X2002000100012](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726-569X2002000100012)
- Varas, J. (2010). Salud Sexual y Reproductiva en Personas con Discapacidad Física. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 5(2), 169-172. Recuperado de [http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/v05\\_n2\\_140.pdf](http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/v05_n2_140.pdf)
- Varas, J. (2011). Derechos Sexuales y Reproductivos en Personas con Discapacidad Física. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 6(3), 202-204. Recuperado de <http://www.revistaobgin.cl/jles/pdf/101.pdf>

## Seguimiento a las Resoluciones y Mociones de la Asamblea Anual 2014 (Segunda parte)

Nota: En la edición del mes de junio se publicaron las primeras 13 resoluciones de la Asamblea Anual 2014.

**RAA2014-14** – Que se elaboren recursos audiovisuales con el endoso del Colegio, educativos, para que las instituciones educativas puedan adquirirlos y que como parte de sus archivos que garanticen la uniformidad en la realización de destrezas de manera uniforme y competente.

Decisión de Asamblea: No se logró presentar en la Asamblea. Se delegó en la Junta de Gobierno para procesar la resolución.

Acción de la Junta de Gobierno: No se acogió por estar fuera del alcance de las funciones y Responsabilidades del Colegio.

**RAA2014-15** – Que el Colegio intervenga en aquellas instituciones académicas y/o refiera a las agencias pertinentes (asunto de acreditaciones profesionales de las Universidades).

Decisión de Asamblea: No se logró presentar en la Asamblea. Se delegó en la Junta de Gobierno para procesar la resolución.

Acción de la Junta de Gobierno: No se acogió por estar fuera del alcance de las funciones y Responsabilidades del Colegio.

**RAA2014-16** – Que se informe en cada asamblea anual el estado

más reciente hasta la Asamblea. Que se revisen acuerdos de asamblea de entre 1996-2006 para verificar que este mandato ya estaba aprobado en una asamblea anual.

Decisión de Asamblea: No se logró presentar en la Asamblea. Se delegó en la Junta de Gobierno para procesar la resolución.

Acción de la Junta de Gobierno: Se acogió. Se incluirá en el compendio de la próxima Asamblea General el Estado Financiero del año corriente hasta un mes antes de la misma.

**RAA2014-17** – Que el CPEPR realice una investigación, que de un trabajo en conjunto con el instituto de cultura para la conservación de los mismos (asunto de preservación de documentos históricos).

Decisión de Asamblea: No se logró presentar en la Asamblea. Se delegó en la Junta de Gobierno para procesar la resolución.

Acción de la Junta de Gobierno: Esta resolución es complementaria con la RAA2014-07. Ya se está trabajando con la Comisión de Historia. El Manual de Criterios, Normas y Procedimientos históricos del CPEPR ya fue evaluado por la Comisión de Reglamento y está

pendiente a que se trabajen las recomendaciones emitidas.

**RAA2014-18** – Que se considere a un estudiante universitario para que realice las funciones requeridas y que logre los objetivos de dicha resolución (asunto de preservación de documentos históricos).

Decisión de Asamblea: No se logró presentar en la Asamblea. Se delegó en la Junta de Gobierno para procesar la resolución.

Acción de la Junta de Gobierno: Esta resolución es complementaria con la RAA2014-07, igual a anterior.

**RAA2014-19** – Que se desarrolle una Cooperativa de Ahorro y Crédito para todos los colegiados.

Decisión de Asamblea: No se logró presentar en la Asamblea. Se delegó en la Junta de Gobierno para procesar la resolución.

Acción de la Junta de Gobierno: El Asesor Financiero ya presentó el Plan General para ir evaluando los detalles que conlleva el desarrollo de una Cooperativa. Ya se comenzaron algunas gestiones. Se le dará seguimiento.

## Mociones:

**MAA2014-01** – Que se incluya en los informes de Asamblea Anual, el estado financiero del año corriente hasta un mes antes de la fecha de Asamblea.

Decisión de Asamblea: No se logró presentar en la Asamblea. Se delegó en la Junta de Gobierno para procesar la moción.

Acción de la Junta de Gobierno: Esta moción es complementaria con la RAA2014-16.

**MAA2014-02** – Que los artículos de investigación sometidos para publicación tengan seguimiento en un máximo de 3 meses para las sugerencias y correcciones debidas.

Decisión de Asamblea: No se logró presentar en la Asamblea. Se delegó en la Junta de Gobierno para procesar la moción.

Acción de la Junta de Gobierno: Se acogió. Se reñrió la moción a la Junta Editora.

Acción de la Junta Editora: La acogieron sin recomendaciones.

Acción de la Junta de Gobierno: La aprobó.

**MAA2014-03** – Que la Junta de Gobierno evalúe la costo efectividad de tener una Póliza para el pago de beneficios por Cáncer en lugar de una ayuda directa y que presente en la próxima asamblea los resultados.

Decisión de Asamblea: No se logró presentar en la Asamblea. Se delegó en la Junta de Gobierno para procesar la moción.

Acción de la Junta de Gobierno: Se acogió. Se evaluaron varias propuestas de pólizas de seguro de Cáncer. Se aprobó acoger el Seguro de Cáncer Multinational Life Insurance Company a ser presentado en la Asamblea General

2015. Plan Básico \$5.50/Ind + Cónyuge \$6.50 / Familiar \$10.00. Con trasplante de órganos – Ind \$4.00 + Cónyuge \$5.00 / Familiar \$6.00, adicionales.

**MAA2014-04** – Que se aumente a \$600.00 la ayuda económica a los colegiados que la solicitan por diagnóstico de cáncer.

Decisión de Asamblea: No se logró presentar en la Asamblea. Se delegó en la Junta de Gobierno para procesar la moción.

Acción de la Junta de Gobierno: Se acogió. La moción fue referida a la Comisión de Ayudas Económicas.

Comisión de Ayudas Económicas: La acogieron sin recomendaciones.

Acción de la Junta de Gobierno: La aprobó. Ya se comenzaron a ofrecer estas ayudas económicas de acuerdo a esta moción.

# Impulso

La Junta Editora y su Presidente el Dr. Abel L. Aponte Rosado por este medio exhorta a los colegiados(as) a unirse a la elaboración de educaciones continuas para la Revista Impulso. Buscamos personas con deseos de compartir nuevos conocimientos en el campo de la enfermería.



Es un placer para la Junta Editora el hacerlos partícipes de esta gran oportunidad que a nivel profesional les abre las puertas al éxito.

Contamos con ustedes para unirse a esta gran aventura.

# El Impacto de la Sobrecarga de Trabajo en la Salud del Profesional de Enfermería



Eliud Sánchez ADN,NS



Jessica Nuñez ADN,NS



Ada García ADN,NS

Los autores son estudiantes de enfermería del Colegio Universitario de San Juan, bajo la preceptoría de la Profesora María Vigo.

## Abstracto

El propósito fundamental de este estudio ha sido investigar el impacto de la sobrecarga de trabajo en la salud del Profesional de Enfermería en Puerto Rico. El diseño de investigación responde al tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, obteniendo los datos de un cuestionario auto administrable. La Teoría de Sistemas de Betty Newman (2002) y sus niveles de prevención: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria, sirvió como marco conceptual (Marriner & Raile, 2003). La población estuvo compuesta de profesionales de la enfermería de Grado Asociado (ADN) y Bachillerato (BSN), con más de un año de experiencia de una unidad de medicina. La muestra consistió de 44 sujetos, de los cuales el 89 por ciento fueron mujeres. Al 59 por ciento le asignaron de 14-16 pacientes diariamente. La muestra consistió

de 44 sujetos, de los cuales el 89 por ciento fueron mujeres. Al 59 por ciento le asignaron de 14-16 pacientes diariamente. El 84 por ciento sintió que su carga de trabajo fue abrumadora. El 80 por ciento experimentó dolores o fatigas durante la jornada laboral y el 66 por ciento dormía de 5-6 horas diarias. Se concluyó que existe sobrecarga de trabajo en la muestra estudiada y que hay una porción de la población que se ausenta por enfermedades musculoesqueléticas quedando evidenciado que a mayor carga de trabajo, mayor es el riesgo en la salud del personal de enfermería. Se recomienda mejorar la distribución de las tareas y de la asignación de pacientes. Continuar programas preventivos que ayuden con el mantenimiento, mejorar la salud, y la concienciación del personal en hacer uso de los programas existentes.

sobrecarga laboral los lleva a un estrés propio de la actividad que se agudiza teniendo en cuenta las malas condiciones de vida y de trabajo de enfermería; debido principalmente a la baja remuneración que les obliga a tener dos ó tres trabajos, turnos nocturnos, trabajos en fin de semana y especialmente descuidar su vida privada. A ello se le agrega que es un trabajo rutinario, fragmentado y estereotipado, muchas veces organizado en tareas individuales, turnos que por lo general cambian cada semana. Por lo tanto, para el trabajador es muy difícil adaptarse a cada uno de ellos. Esto hace que sea común la aparición de una serie de problemas que afectan a la salud del trabajador. Situaciones que han llevado al enfermero(a) a la aparición de enfermedades físicas, emocionales y de tipo social, con repercusiones en lo laboral, manifestándose en bajo rendimiento (Quiroga, 2009).

Tal es el caso en el campo de enfermería donde predomina el género femenino, sobrellevando usualmente una mayor carga de trabajo por la doble posición de ser mujer y trabajadora. Para ellas, son factores de riesgo de salud las tensiones en el rol materno, preocupaciones experimentadas en el trabajo remunerado en relación con la imposibilidad de cuidar a los hijos, la percepción de que a veces deben elegir entre su trabajo y el rol de madre, la falta de apoyo de la pareja en las tareas del hogar (León y Mahecha, 2014).

Por otro lado, las largas jornadas de trabajo han sido asociadas a un conjunto de enfermedades y

## Planteamiento del problema y justificación

La situación socioeconómica, bajos salarios, inestabilidad laboral y escasez de personal en las instituciones, ha llevado a que el

profesional de enfermería realice una multiplicidad de empleos, efectuando jornadas de 48 a 72 horas ininterrumpidas. Dicha

a comportamientos inadecuados de salud, tales como, mayor consumo de alcohol, tabaquismo, reducción de ejercicio físico y disturbios del sueño (Fernandes, Portela, Rotenberg y Griep, 2013). Inclusive los trastornos del sueño representan un problema frecuente con una prevalencia estimada de alrededor de 15 por ciento. En un estudio descriptivo, transversal y prospectivo se evaluó la presencia de insomnio o hiperinsomnio en un población de 20 enfermeras, 10 del turno matutino y 10 del turno nocturno. Se utilizó el cuestionario conocido como Oviedo del Sueño. Los resultados señalaron que todos los sujetos manifestaron trastornos de insomnio con una frecuencia ligeramente mayor para el turno matutino. Las enfermeras del turno nocturno reportaron una prevalencia mayor de hiperinsomnio. Se concluyó la necesidad de elaborar un programa de intervención para ayudar a este personal con sus trastornos de sueño (Vargas y Luis, 2012).

De acuerdo a los diferentes estudios revisados, se puede decir que los profesionales de enfermería confrontan unos peligros inherentes a su profesión lo cual indica la necesidad urgente de investigar sobre esta situación, la relación entre la salud y la sobrecarga de trabajo.

### Pregunta de Investigación

¿Cuál es el efecto de la sobrecarga de trabajo en la salud de los profesionales de enfermería de más de un año de experiencia trabajando en un piso de medicina?

### Objetivo

Demostrar el efecto que causa la sobrecarga de trabajo en la salud del profesional de enfermería de más de un año de experiencia trabajando en una unidad de medicina.

### Variable Dependiente

Profesional de Enfermería de más de un año de experiencia.

### Hipótesis

A mayor sobrecarga de trabajo, mayor será el riesgo en la salud del profesional de enfermería que trabaja por más de un año en una unidad de medicina.

### Definiciones operacionales

1. Carga de trabajo: es la cantidad total de trabajo físico o mental, que tiene que realizar un empleado para cumplir con sus responsabilidades.

2. Sobrecarga de trabajo: es el exceso total de trabajo físico o mental, que tiene que realizar un empleado para cumplir sus responsabilidades.

3. Salud: es el estado físico o mental que le permite realizar a una persona las tareas que implica el diario vivir.

4. Profesional de enfermería: persona que obtiene un título universitario que lo habilita para dar cuidado de enfermería siguiendo las normas y éticas que rigen la profesión.

## Revisión de literatura

El trabajo es parte importante en la vida de las personas ya que muchos pasan la mayor parte del tiempo en él. Teniendo en cuenta esto, Trindade, Coelho, y Pires, (2013), en los estudios del área de salud del trabajador, buscan identificar la relación entre trabajo y la salud. Para ellos la expresión carga de trabajo, se usa muchas veces sin una clara definición de su significado. Y se refieren a ella como el conjunto de esfuerzos desarrollados por los trabajadores para cumplir con las demandas de las tareas, incluyendo el esfuerzo físico, cognitivo y emocional.

En la investigación realizada por Báez, Castro, Estrada y Ramírez (2005) para determinar la fatiga

física de las enfermeras(os) que laboran en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la Ciudad de El Fuerte, Sinaloa, participaron 27 profesionales de enfermería que forman parte del personal de la clínica. Se consideraba que se presentaban síntomas de fatiga ya que, el personal de enfermería tenía una gran carga por el número elevado de pacientes en relación al personal. Se usó el método de cuestionarios subjetivos y se elaboró un cuestionario para determinar el grado de fatiga que se presentaba. Como resultados se encontró que existía mayor fatiga en el personal de enfermería del turno nocturno, siendo el último día laboral el más agotador.

Mientras que en el estudio, "Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud", se identificó en la literatura latinoamericana cuáles trabajadores de la salud son los más afectados por agravios psíquicos o mentales como consecuencia de exceso de trabajo y describió las características de esos agravios. Este estudio descriptivo evidencia la presencia de cansancio físico y mental, pérdida de sueño, de apetito, uso de ansiolíticos u otras drogas, adelgazamientos o aumento de peso corporal, episodios de llanto, sensación de tristeza, cefaleas, dolores articulares y otros, aparentemente advenidos del trabajo o el exceso del mismo. En relación con los trabajadores

de la salud con agravios a la salud psíquica o mental, entre los más citados aparecen los enfermeros y miembros del equipo de enfermería. Estos trabajadores como consecuencia del proceso laboral presentaron cuadros de estrés ocupacional y crónico, sufrimiento, quejas físicas y psíquicas en general. El trabajo realizado de manera excesiva, representado por la carga de horarios elevados, empleos múltiples, jornadas dobles o triples son elementos que pueden fomentar los agravios a la salud psíquica/mental en los trabajadores del área de la salud. Se recomienda la realización de nuevos estudios para aumentar el conocimiento sobre esta problemática que puede afectar severamente la salud mental de quien trabaja en el área de la salud (Almeida, Barcellos, Cruz, Chaves, Luiz y Oliveira, 2010).

En cambio, Reyes (2014) llevó a cabo su estudio de investigación mediante un diseño de corte transversal correlacional de un solo grupo. En el estudio se identificó

como variables el grado de sobrecarga y la calidad de vida en cuidadores informales de personas con cáncer. La muestra fue formada de 18 cuidadores informales, se utilizó un muestreo no-probabilístico, por disponibilidad. Este tipo de muestra tiene la particularidad de que al no ser aleatoria, puede presentar sesgos. Los instrumentos para la recopilación de datos fueron, la escala de sobrecarga de Montorio (1998) y el instrumento de calidad de vida de Ruiz (1993). Los hallazgos del estudio indicaron que la mayoría (72.2%) de los cuidadores presentaron factores psicosociales como ansiedad, insomnio, limitaciones en su vida social y económica, además se sienten con sobrecarga y agobiados por tratar de llevar a cabo el cuidado de su familiar con sus responsabilidades de trabajo o de familia.

## Marco Teórico

Para esta investigación se seleccionó a Betty Neuman, cuya teoría presenta el concepto de niveles de prevención (Marriner y Raile, 2003). El modelo de Neuman se basa en el estrés, cómo reducirlo y sus efectos, ya que presenta una visión multidimensional de la persona. Aplica a la investigación ya que el entorno va a producir un

Esta investigación ayudó a identificar las áreas afectadas del profesional de enfermería. Betty Neuman considera a la persona como un todo. Por lo tanto, se afectan todas sus áreas porque el profesional de enfermería se considera un ser holístico.

grado de estrés a causa de la sobrecarga de trabajo, a la vez que el profesional debe manejar el nivel de estrés o reducirlo para que su capacidad laboral no se vea afectada. Esta investigación ayudó a identificar las áreas afectadas del profesional de enfermería. Betty Neuman considera a la persona como un todo, por lo tanto, se afectan todas sus áreas porque el profesional de enfermería se considera un ser holístico.

## Metodología

### Diseño

El diseño utilizado en esta investigación fue cuantitativo, no experimental, descriptivo, transversal debido al corto tiempo en que se realiza la investigación.

### Población

Los integrantes de esta investigación constó de 44 enfermeras/os ADN y BSN, con más de un año de experiencia de una unidad de medicina.

### Instrumento

Para la recopilación de datos se diseñó un cuestionario auto-administrable elaborado por los investigadores. Con previa autorización y con el consentimiento de los sujetos en estudio, se les entregó el cuestionario el cual procedieron a llenar al final de su jornada laboral en su unidad de trabajo. En el instrumento de recopilación de datos se inicia con instrucciones y se divide en cinco (5) secciones. La primera sección constó de cinco (5) preguntas sobre datos demográficos (Ferreira, 2013). Mientras que Hernández, Ortega y Reidl, (2012), informan

que para evaluar la carga en el personal de la salud, principalmente la de los enfermeros(as), se recomienda utilizar el Maslach Burnout Inventory. Por lo tanto, se utilizó en la segunda y tercera sección del cuestionario.

En la segunda sección se utilizaron tres (3) preguntas generales que muestran el grado de sobrecarga que presentan los encuestados; tomadas del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, área E (Miravalles, s.f). El mismo valora la vivencia de estar exhausto por las demandas de trabajo. La tercera sección, mide el Cansancio Emocional mediante

siete (7) aseveraciones. El mismo valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo. La cuarta sección, mide la Condición de Salud mediante cuatro (4) preguntas sacado del cuestionario de la Investigación sobre Factores de Riesgo Ocupacional en el Personal Sanitario (Pujol, 2006). Dichas preguntas muestran cómo algunas condiciones de los profesionales de la salud son producto de su trabajo. Mientras que la quinta sección mide mediante cuatro (4) aseveraciones, el Grado de Tensión que le producen los Estrés Laborales; tomadas de la Investigación de Caruana, Cartagena de la Peña, Reig, Ribera, Romá y Sans (1993).

El Cuestionario de Estimado de Sobrecarga de Trabajo en Profesionales

de Enfermería (CVSTPE, 2015) fue preparado por los investigadores, el mismo está compuesto por (24) preguntas, las cuales fueron validadas por apariencia y contenido por cinco profesionales con maestría en enfermería.

### Procedimiento

Una vez escogido el tema y realizada la búsqueda bibliográfica se procedió a seleccionar los artículos de acuerdo a la relevancia, actualidad y grado de coincidencia del contenido con el tema de estudio. Se formuló la hipótesis, el objetivo y se seleccionó el Marco Teórico. Se elaboró un cuestionario que permitió ser auto-administrable. Una vez concluido el proceso de elaboración del mismo, se procedió al proceso

de validación de apariencia y contenido. También se solicitó la autorización por escrito a la Agencia, quienes aceptaron participar en el estudio. Fue entregado y firmado el consentimiento. Este procedimiento se llevó cabo en privacidad y confidencialidad respetando la decisión del sujeto de formar parte o no del estudio. Se les explicó que la participación en la investigación era voluntaria y que el riesgo mínimo.

### Análisis de Datos

El análisis estadístico utilizado en este estudio fue uno de estadística cuantitativa.

Luego se procedió al cálculo de porcentajes, para la elaboración de gráficas utilizando el programa Microsoft Excel.

## Descripción y análisis de datos

### Perfil Demográfico

De los 44 sujetos que participaron en la investigación, el 89 por ciento (n=39) eran mujeres y el 36 por ciento (n=16) eran casados. El mayor porcentaje de la muestra 43 por ciento (n=19) se encontraba en el rango de edad de 31- 40 años de edad. El 51 por ciento (n=20) de las mujeres tenían una preparación académica de Bachillerato en Enfermería mientras que 49 por ciento (n=19) tenían Grado Asociado en Enfermería. Por otra parte, el 80 por ciento (n=4) de los hombres tenían

una preparación académica de Bachillerato en Enfermería y el 75 por ciento (n=33) laboraba en turnos rotativos. El 89 por ciento (n=39) tiene demasiadas cosas que hacer en muy poco tiempo. El 84 por ciento (n=37) responde que su carga de trabajo es abrumadora. La mayor causa de ausentismo laboral fue por enfermedad, o sea, el 55 por ciento (n=24). El 42 por ciento (n=10) de la muestra que se ausenta, se debió a enfermedades musculoesqueléticas. Los que laboran sentados 50 por ciento (n=22) no experimentan problemas, al igual

que el 48 por ciento (n=21) que laboran de pie. Mientras que otro 48 por ciento (n=21) lo hacen de pie de forma inclinada. El 80 por ciento (n=35) experimenta dolores o fatigas durante la jornada laboral. Al 80 por ciento (n=35) indicó que le falta de tiempo para hacer las tareas que le corresponden. Al 70 por ciento (n=31) le encargan tareas que no son sus responsabilidades. Al 59 por ciento (n=26) le asignan de 14-16 pacientes para brindarle cuidado diariamente (ver figura 1) y el 66 por ciento (n=29) duerme de 5-6 horas diarias (ver figura 2).

Figura 1: Cantidad de Pacientes asignados por turno

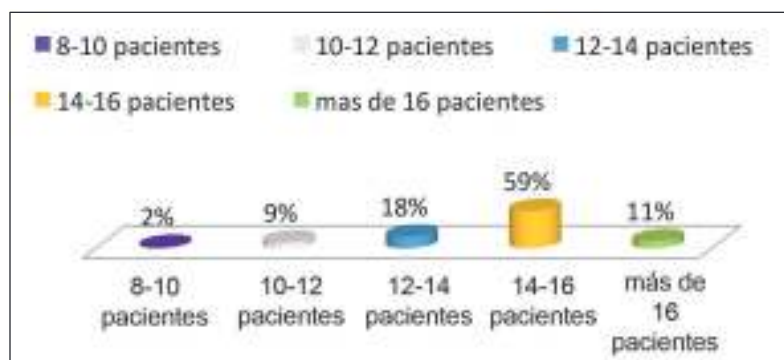
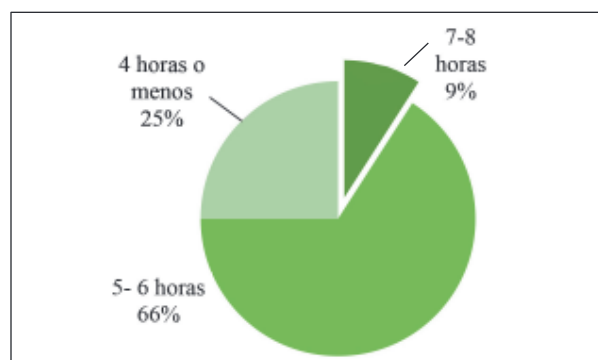


Figura 2: Cantidad de horas dormidas





El 84 por ciento (n=37) siente que su carga de trabajo es abrumadora. En el 45 por ciento (n=20) el trabajo interfiere con su vida personal. El 89 por ciento (n=39) tiene demasiadas cosas que hacer en muy poco tiempo. El 42 por ciento (n=77) experimenta cansancio emocional por lo menos una vez al mes o menos (ver figura 3). El 55 por ciento (n=24) se ausenta por enfermedad, de los cuales el 42 por ciento (n=10) se ausentan por enfermedades musculoesqueléticas (ver figura 4). El 80 por ciento (n=35) experimenta dolores o fatigas durante la jornada laboral.

### Discusión

Entre los hallazgos encontrados en el estudio sobresalió que la mayoría de los encuestados sienten que su carga de trabajo es abrumadora, le falta tiempo para hacer las tareas que le corresponden y se ausentan por enfermedad. También informan experimentar dolores o fatigas durante la jornada laboral, lo que coincide con el estudio de Condiciones de Salud-Trabajo de Profesionales de Enfermería vinculados a programas de formación para auxiliares de enfermería de Tunja, que presenta que la sobrecarga laboral y exceso de responsabilidades laborales puede desencadenar alteraciones físicas (León y Mahecha, 2014).

Al evaluar el descanso de los profesionales de enfermería se encontró que duermen de 5-6 horas diarias. Esto concuerda con el estudio de Vargas y Luis (2012) quienes evaluaron la presencia del insomnio o hiperinsomnio y los resultados señalaron que todos los sujetos manifestaron trastornos de insomnio con una frecuencia ligeramente mayor para el turno matutino. Sin embargo, estos hallazgos son de tipo descriptivo y debido al tamaño de la muestra,

Figura 3: Cansancio emocional

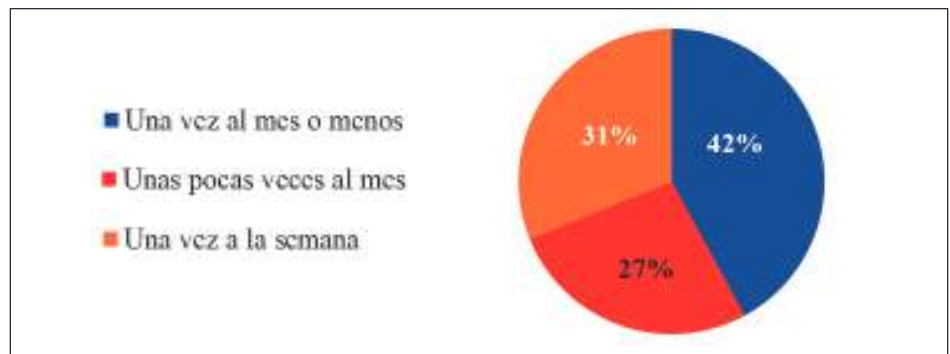
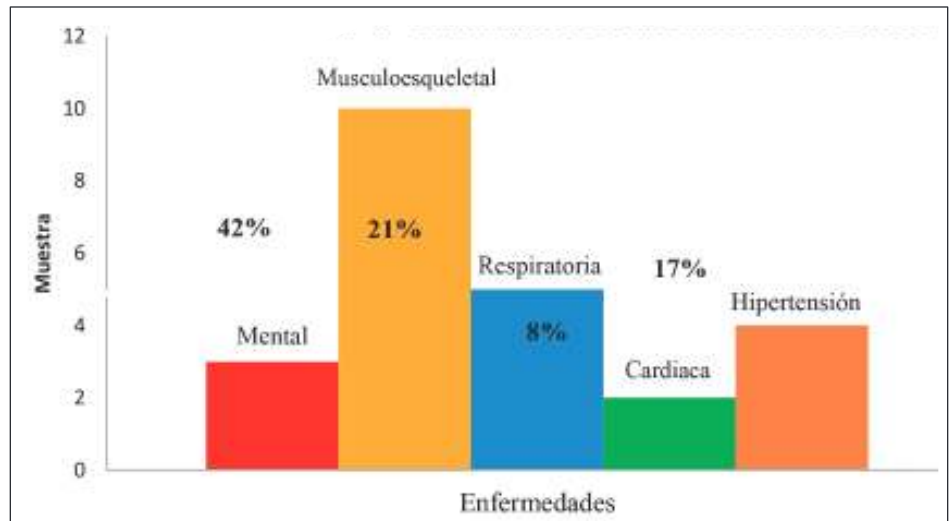


Figura 4: Clasificación de la Enfermedad Laboral



los resultados no pueden ser generalizados.

### Limitaciones

1. El no conseguir investigaciones exactamente del tema de sobrecarga de trabajo y salud.
2. No existe un cuestionario estandarizado que pueda medir la sobrecarga de trabajo y la repercusión en la salud que pueda ser aplicado en otros escenarios para observar los resultados.
3. La dificultad para la autorización para recopilar información en el Hospital seleccionado.
4. Quedaron excluidos los enfermeros(as) prácticos.

## Conclusiones y recomendaciones

### Conclusiones

Al analizar los resultados obtenidos, se determinó el impacto de la sobrecarga de trabajo en la salud del profesional de enfermería las siguientes conclusiones:

Es concluyente que la actividad hospitalaria tiene repercusiones fisiológicas y emocionales en el personal de una unidad de medicina, pues el 55 por ciento (n=24) se ausenta por enfermedad y el 42 por ciento (n=10) de los que se ausentan, es por enfermedades musculoesqueléticas. Además, el 80 por ciento (n=35) experimenta dolores o fatigas durante la jornada

laboral. Por tanto, se observa la necesidad de elaborar un programa de intervención para ayudar al personal de enfermería con sus trastornos de sueño y problemas musculoesqueléticos.

### Recomendaciones

Considerando la sobrecarga de trabajo de los profesionales de enfermería, especialmente de una unidad de medicina, se recomienda la verificación periódica del ambiente laboral para detectar las situaciones de sobrecarga de trabajo ofreciendo herramientas para distinguir la sobrecarga laboral. Efectuar investigaciones más frecuentes en los grupos

laborales sanitarios que expongan la magnitud de este problema en una muestra representativa. Fomentar programas preventivos que ayuden con el mantenimiento y mejoras en la salud del Personal de Enfermería. Se sugiere que por cada profesional de enfermería le sea asignado una cantidad menor de 14 - 16 pacientes y una asignación diaria de trabajo equitativa.

### Implicaciones para Enfermería

De la investigación realizada se puede concluir que existe un problema de sobrecarga de trabajo que repercute en la salud del personal de enfermería. Esto es un reto para los Administradores de

Enfermería y la calidad del servicio prestado. Por esto es importante aplicar el modelo de Betty Neuman y continuar dando énfasis a los distintos niveles de prevención que ella recomienda. La prevención primaria que actúa protegiendo al organismo antes de que entre en contacto con un elemento estresante peligroso. La prevención secundaria que intenta reducir el efecto o el posible efecto de los elementos estresantes a través del diagnóstico precoz y de un tratamiento eficaz de los síntomas. La prevención terciaria que intenta reducir los efectos residuales del elemento estresante después del tratamiento.

---

## Referencias

- Almeida, L., Barcellos, R.C., Cruz, M.L., Chaves, M. Y., Luiz, J.P. & Oliveira, I. A., (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana Enfermería*; 26(1): 52-64. Recuperada de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100009&lng=es).
- Báez, G.E., Castro, C.S., Estrada, J.A. & Ramírez, A. (2005). Determinación de Fatiga Física en Enfermeras que laboran en el Área De Emergencia del IMSS. Recuperado de <http://www.semec.org.mx/archivos/7-13.pdf>
- Caruana, A., Cartagena de la Peña, E., Reig, A., Ribera, D., Romá, M.T. & Sans, I., (1993). Estrés Laboral y Salud en Profesionales de Enfermería Estudio empírico en la Provincia de Alicante. Departamentos de Psicología de la Salud, Enfermería y Medicina y Psiquiatría. Recuperado de [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4376/1/Reig\\_Ferrer\\_Estr%C3%A9s\\_laboral.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4376/1/Reig_Ferrer_Estr%C3%A9s_laboral.pdf)
- Fernandes, J. C., Pórtela L. F., Rotenberg L. & Griep RH. (2013). Jornada de trabajo y comportamientos de salud entre enfermeros de hospitales públicos. *Rev. Latino - Am. Enfermagem* [Internet]. sept.-oct. 2013. Recuperado de: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es\\_0104-1169-rlae-21-05-1104.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1104.pdf)
- Ferreira, F. (2013). Factores del Ambiente Laboral y su relación con el Turnover en enfermería. Universidad Metropolitana Escuela de Ciencias de la salud. Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería. Recuperado de [http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/UMTESIS/Tesis\\_Salud/2013/F\\_Ferreira\\_20\\_13.pdf](http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/UMTESIS/Tesis_Salud/2013/F_Ferreira_20_13.pdf)
- Hernández, A.I., Ortega, R.P. & Reidl, L. M. (2012). Validación del instrumento de estrés laboral para médicos mexicanos. *Enclaves del pensamiento*, 6(11), 113-129. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-879X2012000100007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2012000100007&lng=es&tlng=es).
- León, E. & Mahecha, M. (2014). Condiciones de salud-trabajo de docentes profesionales de enfermería vinculados a programas de formación para auxiliares de enfermería. *Tunja. Enfermería Global*, 35(7) , 148-159. Recuperado de <http://www.um.es/eglobal/>
- Marriner, A., & Raile, M. (2003). Modelos y Teorías en enfermería, 5ta.Ed. España: Elsevier.
- Miravalles, J. (s.f). Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Gabinete de Psicología: Inicio. [www.javiermiravalles.es](http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf). Recuperado de <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf>.
- Montorio, L.; Fernández.; López, A. & Sánchez, M. (1998). La entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Murcia España. Anales de Psicología*. 14(2), 229-248.
- Pujol, M.T. (2006). Factores de Riesgo Ocupacionales en el Personal Sanitario. Universidad Abierta Interamericana sede Regional Rosario. Facultad de medicina licenciatura en Kinesiología y Fisiatría. Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/jles/TC072155.pdf>
- Polit, D. & Hungler, B. (2000). Investigación Científica en Ciencias de la Salud, 6ta. Ed. México: McGraw- Hill Interamericana.
- Quiroga, I. (2009). Estilos de Vida y Condiciones de Salud de los Enfermeros (Tesina de Licenciatura en Enfermería). Universidad del Aconcagua Facultad de Ciencias Médicas Ciclo de Licenciatura de Enfermería, Mendoza. Recuperado de [http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos\\_digitales/149/tesis-3781-estilos.pdf](http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/149/tesis-3781-estilos.pdf).
- Reyes, M. (2014, septiembre). Grado de Sobrecarga y Calidad de Vida en Cuidadores de Personas con Cáncer. *Impulso*, 39 (3), 6-10.
- Ruiz, M. (1993). Cuestionario de Calidad de Vida (CCV). Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos Conceptuales. *Revista Ciencia y Enfermería*. IX (2), 9-21.
- Trindade, L., Coelho, S. & Pires, D. (2013). Revisión de la producción teórica latinoamericana sobre cargas de trabajo. *Enfermería Global*, N°29 Enero 2013, 363-372. ISSN 1695-6141 Recuperado de [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/)
- Vargas, J.E. & Luis, G. (2012). Trastornos del sueño, insomnio e hiperinsomnio en Enfermeras: El efecto del turno de trabajo. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 2 (2), 1-13 Enero - Abril 2012. Recuperado de <http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/view/51>

## Nuestros colegiados se distinguen



El Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico celebró con beneplácito en el mes de junio, la obtención de un grado honorífico en enfermería de Dewey University de la ahora Dra. Lázara Flores durante la trigésima octava colación de grados de esta institución académica. Su carrera profesional e integridad como persona la hacen merecedora de dicho galardón.

A los 80 años de edad, la Dra. Lázara Flores continúa trabajando para nuestro Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico. Su excelente labor dirigiendo la División de Educación Continua ha colocado a nuestra institución como el

principal proveedor de educación continua en la Isla de Puerto Rico, y aun así para aquellos que han decidido emigrar fuera de la misma. En honor a nuestra colegiada, que también es parte del grupo de "Leyendas Vivientes de la Enfermería de Puerto Rico", dedicamos este espacio de esta edición y compartimos con ustedes algunos de los segmentos de su mensaje ofrecido en la colación de grados en que recibió tan distinguido mérito.

*"Colegas, mientras más grande es la adversidad de los hombres y mujeres, más inmenso debe ser el espíritu de quienes le sirven".*

*"La ciencia y el arte, ingredientes de la formación de la enfermera y el enfermero, requiere de principios científicos y legales, del uso de métodos de observación precisos y razonamiento lógico que haga posible la protección de la salud y la conservación de la vida."*

*"La compasión es la capacidad no solo de sentir dolor por otros: sino de atender las necesidades más profundas de todo ser viviente".*

*"El ejercicio de la práctica de la enfermería necesita de una disposición natural, legal, de convicción firme y bien orientada".*

Gracias Dra. Lázara Flores por representarnos dignamente. Para todos los colegiados y colegiadas, es un honor tenerla a usted como embajadora de la clase profesional de la Enfermería de Puerto Rico.





Profa. Damaris Colón  
Rivera, RN, D.N.S  
Catedrática Auxiliar,  
Programa de Enfermería  
Universidad  
Interamericana de PR  
Recinto de Barranquitas  
Egresada Programa  
Doctoral en Enfermería  
Escuela de Enfermería  
Recinto de Ciencias  
Médicas

Ante los retos a los que se enfrenta la profesión de enfermería, en los sistemas de salud y en los currículos de enfermería, debemos continuar estudios graduados para expandir el conocimiento intelectual. Además, de adquirir habilidades, contribuir a la práctica de enfermería basada en evidencia científica para llenar las necesidades y ofrecer calidad de servicio a la población que servimos. Con el convencimiento de que el conocimiento da poder y un poder que nadie puede quitar, decidí continuar estudios a nivel doctoral.

Tener Escuelas de Enfermería que ofrezcan grado doctoral con diferentes especialidades en San Juan, Puerto Rico era mi meta y de muchos profesionales del campo de la enfermería, pero todavía quedaba mucho por hacer. No obstante, para muchos de nosotros por nuestras responsabilidades y los distintos roles que llevamos a cabo nos impiden salir de la Isla a completar un grado doctoral; aunque con los avances de la tecnología existen programas de grado doctoral en enfermería acreditados en línea a nivel global. Mi sueño era realizarlo en mi Isla del Encanto, para trabajar en el desarrollo de investigaciones y construir un futuro brillante en enfermería para nuestro país y global.

Por consiguiente, cuando me gradué de maestría en ciencias de enfermería, mi meta de continuar evolucionando estaba presente todo el tiempo. Así, que en un momento dado realicé los trámites de admisión en una institución en la Isla y fui aceptada en un Programa Doctoral de otra especialidad, pero el día de la matrícula me salí de la Isla porque dije ¿que yo hago aquí? esto no es lo mío. Cuando uno decide estudiar un doctorado, considero que debe ser en la especialidad que te apasione; para que los años que vas a estar matriculada no sean una acción, sino que haya un entorno de gozo y vivas el proceso; aunque requiera de un arduo trabajo y sacrificio.

En 2011, se anunció en Puerto Rico por los medios de comunicación del país el inicio de un programa doctoral. Vale destacar, para mi sorpresa que la institución en comenzar un programa doctoral era la institución considerada líder y centro en el campo de investigaciones de actividad científica en donde mis

experiencias vividas y adquisición de conocimientos fueron extraordinarias durante la maestría. Así pues, la fecha límite para solicitar admisión e inicio de clases fueron publicadas. Y rápidamente...pensé: ¡Yo quiero estar en ese primer grupo!. Luego de cumplir con todos los requisitos de admisión comenzó el proceso de espera; de igual forma cuando estamos deseosos de recibir los resultados de reválida. En agosto 2012 fui admitida al Programa Doctoral en Enfermería. ¡Enhorabuena!

En relación a la primera fase de estudios doctoral; viene a mi memoria, cuando pagué la admisión a finales de enero de 2012, el oficial de recaudaciones me indicó que era la segunda egresada al programa que pagaba la admisión al grado. Hoy en el 2015 al escribir esta reflexión han transcurrido los tres años que me trace como meta para obtener el grado doctoral.

Al mirar atrás pienso: parece que fue ayer y hoy ya tengo el grado, un Doctorado en Ciencias en Enfermería con especialidad en investigación. ¡No lo puedo creer! ¡Qué rápido! ¿Cómo lo hice? ¿Qué me ayudó? Fueron muchos los eventos que contribuyeron al logro de mi meta. Primero, Dios que me dio la oportunidad, fuerzas, recursos y salud para poder realizarlo. Segundo, el apoyo incondicional de mi familia. Tercero la secuencia del grado, que permite acomodar los 54 créditos en tres años y dos veranos; incluyendo el primer reto en el verano del segundo año: el examen comprensivo con sus componentes oral y escrito. Un examen que requiere de tiempo y concentración.

No es fácil cuando uno tiene un trabajo a tiempo completo,

hijos y otros roles. Sin embargo, la organización, la perseverancia, la responsabilidad y el contar con un grupo de apoyo son parte esencial para lograr las metas y tener éxito. Por otro lado, me ayudó el estar centrada en mi objetivo: terminar en tres años. En efecto, eran tres años que le iba a quitar tiempo a mis hijos, así que debía terminar en tres. En otras palabras, mis hijos, la familia son mi motivación fundamental y pilares en la toma de decisiones. Otro elemento fue establecer prioridades y dejar a un lado aquello que no me proveyera equilibrio para alcanzar la meta. ¡Sí! saber sacrificar, porque cada sacrificio tenía su valor.

Así que, cuando escuchamos y hablamos de *per* en general, buscamos en nuestro entorno a aquellas personas que de una manera u otra fueron nuestra guía en nuestro crecimiento profesional y que están presentes en nuestra mente, vida personal y que deseamos emular; inclusive hacer una descripción. Tal es el caso, del profesor(a) mentor.

Todo el proceso *in*uyó desde el principio hasta el *nal* con celebridad. El tener una mentora con la siguiente descripción: guía, orientadora, comprometida en conducir, encaminar, aclarar dudas, reafirmar los conocimientos, propiciar al estudiante la aplicación de los principios que rigen los procesos de enseñanza-aprendizaje, facilitadora, motivadora, paciente, receptiva, reflexiva, modelo, asertiva, entusiasta, con solidaridad, respeto a la dignidad humana y comprensión con la diversidad cultural. Además, que asume las responsabilidades de su rol nos guían a la victoria. Es decir, estuvo muy pendiente de mí desde mis primeros comienzos hasta la defensa de mi disertación. Una mentora que como siempre diré se colocó las tenis conmigo y corrió el maratón junto a mí y aún mantenemos comunicación. Por otra parte, otro elemento esencial fue el tener buena

comunicación con la facultad que estaba dispuesta a contestar mis dudas cuando me acercaba a ellas.

Ahora bien, uno de los eslabones importante que todo profesional de enfermería con la meta de egresar a un programa doctoral debe tener en mente y que si no lo hace puede afectar el *nalizar* el grado en tres años es: la identificación del problema o fenómeno de interés para la investigación. El tener la idea del área de interés que iba a estudiar desde el principio antes de ser admitida es primordial. De igual forma, conocer las líneas de investigación de la Escuela de Enfermería y su Programa Doctoral para seleccionar el fenómeno desde el primer semestre en el primer año. Por ejemplo, la búsqueda del problema comenzó con el ensayo solicitado como requisito de admisión.

Lo mencionado, me permitió que todas las lecturas que realizaba giraran entorno al fenómeno de interés. En cada semestre mis trabajos en los cursos eran realizados con mira al trabajo *nal* de disertación. Ya en el segundo año comencé a montar un rompecabezas con lo trabajado en el año previo y al culminar ese año ya estaba la propuesta escrita.

Otro evento importante fue la defensa de esa propuesta ante el Comité de Disertación, en el primer semestre del tercer año y en ese mismo semestre el someter dicha propuesta a la Junta de Revisión Institucional (IRB por sus siglas en inglés). El realizar estos trabajos según el calendario propuesto era vital para *nalizar* el grado en los tres años establecidos. Para eso la dedicación y la responsabilidad fueron dos cualidades que me ayudaron. Ya en mayo 2015 esa propuesta era mi trabajo de disertación titulado: Trauma Vicario: experiencias de enfermeras que intervienen con sobrevivientes de violencia de género.

Para llegar con éxito a una defensa de disertación es pertinente

la selección de los miembros de Comité de Disertación expertos en el fenómeno de interés, en la población y en la metodología. Eso proporciona que tengas donde recurrir cuando lleguen las dudas y un grupo de apoyo cuando lo necesites. De hecho, yo encontré todo eso en mi Comité de Disertación, compuesto por la Dra. Yadira Regueira Álvarez – Presidenta, la Dra. María del C. Decllet Braña y la Dra. Lydia E. Santiago Andújar. Estos profesionales expertos en el campo de enfermería y sus especialidades, lograron que un trabajo que es arduo se hiciera más llevadero.

En conclusión, un grado doctoral en enfermería con especialidad en investigación nos provee una base de conocimientos y herramientas para poder colaborar en la solución de problemas de salud y actualizar la profesión. De esta forma nos apoderamos de la transformación de los cuidados de enfermería, dirigidas hacia una práctica basada en evidencia y de esta manera, evoluciona en nuevos paradigmas en la profesión. Para esto es importante seleccionar un programa doctoral de nuestro interés, que tenga los recursos y las competencias para desarrollar egresados que cumplan con los estándares, destrezas, actitudes y conocimientos que requiere el grado.

Para *nalizar*, le agradezco a la Directora del Programa Doctoral, su Facultad y a cada uno de los integrantes del Comité de Disertación, por sus valiosas contribuciones para el logro de mis metas.

Cómo dice el gran motivador Gabriel Sandler: “Todo logro es una idea que se ha puesto en práctica. Cada historia de éxito es una historia acerca de hacer lo que debía ser hecho para hacer que ese éxito tuviese lugar”. Continuemos trazándonos metas y poniendo en prácticas todas nuestras ideas para que sigamos cosechando historias de éxitos.

# Eutanasia:

## Aspectos Éticos y Legales en la Profesión de Enfermería



Dra. Eba Rivera  
González  
Catedrática auxiliar  
Universidad  
Interamericana  
Recinto de Ponce

### Introducción

Hablar de conceptos no legalizados en Puerto Rico, como lo son la Eutanasia o del suicidio asistido, es escuchar puntos a favor y en contra por ser un tema controversial. Esto debido a la diversidad de factores legales, sociales y religiosos que circundan la situación. Actualmente, el mismo ha cobrado mayor importancia luego de la decisión emitida en enero 2015 por el Tribunal Supremo declarando inconstitucional la Ley número 160 que condiciona el rechazo a tratamiento médico a pacientes que estuviesen en estado vegetativo o condición terminal. La legalización de la eutanasia, en el mundo globalizado en que se vive, ha desencadenado debates éticos entorno a este tema. Este debate no solo impacta directamente a los pacientes que lo apoyan, sino que trastoca el campo de la salud, familia, religión y las leyes que nos gobiernan.

### Concepto Eutanasia: Antecedentes

El concepto Eutanasia, no es uno nuevo, el mismo se ha presentado a lo largo de la vida del ser humano. Gracia (2010) deja establecido que la eutanasia es una práctica utilizada en la Grecia y Roma antigua. La misma era contemplada como una opción para el enfermo terminal, igual que el suicidio. Por otra parte, en el Siglo XVI, Tomás Moro replanteó el tema de la eutanasia en su obra Utopía. En su escrito sostiene lo siguiente:

“Si la enfermedad no solo es inmedicable sino que también veja y atormenta de continuo, entonces [...] no se empeñe en alimentar por más tiempo su ruina y su pena, ni dude en morir, ya que la vida le es un tormento” (pp. 85 ).

Posteriormente, Bacon (1623), citado en Vickers (2002), re-introduce el término eutanasia y lo define como buena muerte. Según

Soler y González (2012) la palabra eutanasia se deriva del idioma griego *Eu* y *thanatos* que significa muerte fácil, lenta, suave, muerte piadosa o por compasión. En nuestra época se traduce como el acto o método de causar la muerte a una persona sin dolor a fin de terminar con el sufrimiento. Esta puede ocurrir con o sin el consentimiento del paciente. Cabe señalar, que la definición de muerte tranquila no es sinónimo de dejar que la enfermedad avance, es terminar de manera deliberada con la vida mediante la administración de un fármaco u otro medio que adelante la muerte del paciente. La misma puede ser clasificada como eutanasia negativa o positiva.

Nelson (1973) citado en Soler y González (2012) refiere que la eutanasia negativa o pasiva, ocurre cuando se coopera con la muerte del enfermo. El profesional de la salud mantiene vivo al paciente empleando cuidados pasivos, evitando la

omisión de terapias y tratamientos extraordinarios. El concepto de eutanasia pasiva ha dado lugar al término de pacientes sin códigos (también designado DNR por sus siglas en inglés; no resucitar) en los entornos hospitalarios. En estas situaciones, el personal del hospital no intenta revivir o traer de vuelta a la vida a los pacientes cuyos procesos vitales han dejado de funcionar por su cuenta.

Por otro lado, Según Soler y González (2012) define la eutanasia positiva o activa, como el medio utilizado para producir o acelerar el fallecimiento de una persona mediante una acción determinada. Un ejemplo de esto es, cuando el médico pre-describe narcóticos a un enfermo terminal para manejar el dolor y mantener al paciente cómodo. A menudo, el profesional de enfermería se muestra resistente a administrar medicamentos que tienen efectos potencialmente fatales

cuando se ofrecen en dosis elevadas. En tales casos, los medicamentos indicados para la comodidad del paciente moribundo pueden ser éticamente justificables, incluso si se apresura la muerte hasta cierto punto. Esto se basa en el concepto ético de doble finalidad, en el que el resultado aceptable, es el alivio del dolor, el cual es el propósito de la medicación y el efecto secundario, es la depresión respiratoria, que será el efecto no deseado.

Otro aspecto, a tomar en consideración en el tema de la eutanasia es el uso de la tecnología dentro del campo de la medicina. Según, Callahan (2009) la misma ha sufrido un desarrollo vertiginoso en las últimas décadas. Para el siglo XX se perfeccionaron las técnicas de reanimación cardiopulmonar, el desarrollo de desfibriladores, ventiladores y máquinas de diálisis. Posteriormente, se comenzó con el uso de la tomografía computarizada, MRI, PET SCAN, las modalidades quirúrgicas, fármacos, la realización de trasplantes cardiacos y renales, entre otros.

Estos medios, son empleados por el médico para diagnosticar,

curar, prolongar la vida o aliviar el sufrimiento de los pacientes, pero también han proporcionado los medios para prolongar la muerte. En las unidades de Cuidado Intensivo, el uso de los avances tecnológicos tiene como objetivo mantener el funcionamiento de órganos y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, se ha asociado el uso de la tecnología con la prolongación de la muerte, lo cual ha provocado grandes críticas. Según, Álvaro (2008) esta situación ha promovido que diversos grupos sociales se hayan expresado a favor de la práctica de la eutanasia por entender que esta es una solución al sufrimiento y dolor ante una enfermedad terminal. Según, Marcos (2015) citado en Banichi (2015) indica que la utilización de medios tecnológicos preservan la vida, pero prolongan la agonía del paciente. Por lo tanto, el médico no debe iniciar o continuar tratamientos terapéuticos innecesarios que prolonguen la vida, dilatando el proceso agónico del paciente.

Por otro lado, dentro de la eutanasia activa se encuentra el suicidio asistido por un médico (PAS por sus siglas en inglés).

Según Rider y Love (2010) el PAS consiste en ayudar a él o ella a finalizar su vida de forma voluntaria. Según, Portela (2014) el Tribunal Supremo (1997) dictaminó que no existía un derecho constitucional para proteger a los individuos que realizan el PAS en nombre de los pacientes con enfermedades terminales. Por otro lado, la eutanasia positiva no se considera legal en algunos territorios americanos. Sin embargo, en abril de 2001, los Países Bajos se convirtieron en el primer país en legalizarla.

Para Soler y González Martínez (2012) la eutanasia puede ser interpretada como una incitación al suicidio según tipificada en el Art. 110 del Nuevo Código Penal de Puerto Rico (2010) "Incitación al Suicidio". Por otro lado, la Ley Núm. 160 del 17 de noviembre de 2001, Ley de declaración previa de voluntad sobre tratamiento médico en caso de sufrir una condición de salud terminal o estado vegetativo persistente, en su Art. 13 prohíbe la práctica de la eutanasia. Claro está, no es lo mismo morir, dejar morir o ayudar a otro a quitarse la vida.

## Argumentos en relación a la Eutanasia

Marcos (2015) citado en Banichi (2015) expone que entre los argumentos a favor de la eutanasia se encuentran los siguientes: Todo ser humano posee unos derechos inviolables e irrenunciables como son: autonomía, libertad, dignidad, libre desarrollo de la personalidad y calidad de vida. En relación a la calidad de vida sostiene que esta debe ser prioridad para el paciente terminal.

En contraposición a esto, Menéndez (2014) citado en Portela (2014) sostiene que existen una variedad de motivos por el cual la eutanasia no debe ser legalizada.

Los argumentos son los siguientes:

- a) La eutanasia son conductas incompatibles con la formación médica: «los médicos tienen el deber moral de amparar y proteger la vida de los pacientes frente a la muerte».
- b) La aprobación de la eutanasia llevará a la aprobación posteriormente de otros actos tales como: primero la eutanasia voluntaria, segundo, la eutanasia no voluntaria y por último la eutanasia a neonatos malformados, pacientes comatosos y dementes seniles.
- c) Existen medios paliativos que contribuyen a aliviar el dolor y el sufrimiento físico en los pacientes terminales.
- d) La vida ha sido dada por Dios y únicamente Él puede quitarla.

De igual forma la Asociación Americana de Enfermería (ANA por sus siglas en inglés) se hizo sentir en su artículo titulado "Retired ANA Position Statement: Assisted Suicide". En este artículo la ANA (1994) desarrolló una declaración entorno a la posición del PAS. Señala que la/el enfermera(o) no debe participar en el suicidio asistido, debido a que tal acto es visto como una violación a su código de ética de las/los enfermeras(os). Indica que el rol del profesional de enfermería va dirigido a la disminución de la angustia y el dolor que se puede experimentar en la última etapa de la vida.

Además, recalca que la/el enfermera(o), individual y colectivamente está obligada(o) a proporcionar un cuidado de atención integral, competente, comprensiva y compasiva al paciente en estado

El rol del profesional de enfermería va dirigido a la disminución de la angustia y el dolor que se puede experimentar en la última etapa de la vida. Artículo la ANA (1994)

terminal. La ANA sostiene que existe una multiplicidad de intervenciones desde el alivio del dolor, orden de no resucitar (DNR), mantenimiento de nutrición e hidratación, antes de

aceptar la solicitud de eutanasia activa o PAS. Según Soler y González Martínez (2012) en el tema de la eutanasia se da un conflicto entre el valor, el respeto a la vida, y el derecho a elegir libremente una muerte digna. Por un lado se encuentra el derecho a la autonomía y la justicia del paciente,

por otro lado la obligación del estado de proteger la vida de los ciudadanos y la no maleficencia. Por lo tanto, el profesional de enfermería debe comprender estos temas con el fin de responder de una manera razonada y éticamente permisible.

Debido a este conflicto, Kass (1993) identificó cuatro razones a cerca del derecho a morir: (1)

El miedo a la prolongación de la muerte debido a las intervenciones médicas; por lo tanto, el paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento o la hospitalización, incluso si la muerte se produce como consecuencia de esta decisión; (2) Miedo a vivir un tiempo prolongado, sin enfermedad fatal; por lo tanto, el paciente tiene derecho a establecer una declaración previa de voluntad o DNR; (3) Miedo al deterioro que trae la senilidad y la dependencia; por lo tanto, derecho a tener una muerte digna; (4) Miedo a la pérdida de control; por lo tanto derecho a escoger el tiempo y la manera de morir. Por otro lado, los autores, Torralba, Mesenguer y Martínez (2011) establecen que el ser humano tiene un valor por encima de cualquier circunstancia. Esto nos lleva a que el ser humano no puede ser tratado como un medio sino como un fin. Ellos establecen tres principios: (1) El enfermo tiene derecho a que se le alivie el dolor; (2) A que no se le acorte ni alargue el proceso de muerte y (3) a que se le brinde el cuidado necesario.

## Conclusión

En resumen, la eutanasia es un tema controversial que involucra aspectos éticos y legales. Por consiguiente, hoy en día han surgido interrogantes sobre cómo y cuándo utilizar la tecnología para mantener a las personas con vida. Ante estos dilemas, el personal de salud, debe tomar decisiones informadas y con plena conciencia ética y legal, que implican la responsabilidad de proporcionar cuidados de salud, no sólo técnicamente bien realizados, sino basado en principios éticos y legales. Según Portela (2014) el área jurídica cada vez tiene mayor influencia en la actividad médica y en la toma de decisiones clínicas como resultado de la evolución social, la negligencia y mala práctica. Según la ley Núm. 9 que Regula la Profesión de Enfermería, en su Art 9 y Art 11 expone que el profesional de enfermería que incurra en un delito grave relacionado con la práctica de enfermería o se observe una conducta contraria con

las leyes vigentes de Puerto Rico, la junta examinadora podrá revocar la licencia cancelando la misma.

Como profesional de la salud se hace difícil estar a favor de la eutanasia, ya que hay leyes vigentes en Puerto Rico afectan la carrera profesional. Entonces se hace necesario que este profesional ofrezca la ayuda paliativa necesaria para el manejo del dolor, teniendo presente el consentimiento informado del paciente, la declaración previa de voluntad del cliente u otro aspecto de derecho a paciente como el rechazo a tratamiento. Estas acciones evitarán violaciones éticas y legales en la práctica profesional. Por lo tanto, el profesional de la salud debe estar comprometido con su código de ética. Desempeñar su rol dentro de un contexto ético y mantener una relación ética con el paciente, la familia, sus colegas y consigo mismo.



Cuando me preguntan por la mejor manera de darle a alguien permiso para morir, les pido que se imaginen que están de pie junto a la cabecera de la persona amada y que le digan con la ternura más profunda y sincera: “Estoy aquí contigo y te quiero. Estás muriendo y eso es

completamente natural; le ocurre a todo el mundo. Me gustaría que pudieras seguir aquí conmigo, pero no quiero que sufras más. El tiempo que hemos pasado juntos ha sido suficiente, y siempre lo tendré como algo precioso. Por favor, no te aferres a la vida, Déjate ir, sigue

la luz que ves al final del túnel. Te doy mi más sincero y pleno permiso para morir. No estarás solo, ni ahora ni nunca. Tienes todo mi amor”

Rimpoché, Sogyal. (1993). El libro tibetano de la vida y de la muerte.

## Referencias

- American Nurses Association. (1994). Position statement assisted suicide. Washington, DC: Author.
- Álvaro Valbuena. La Distanasia.(2008). Paradoja del Progreso Biomédico. Revista Colombiana de Bioética, 3 (1);Colombia.
- Bacon, F. (1623). The major Works: Oxford World's Classics. Edited with introduction and note by Vickers, B. (2002). Oxford: University Press.
- Banichi, R. (2015). Primera Hora: Proyecto de Eutanasia para Pacientes Terminales en PR. <http://primerahora.com/noticias/gobierno>
- Callahan, D. (2009).“Living and dying with medical technology”. En: Critical Care Medicine: 31
- Department of Health Services. (2005). Seventh Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. [On line] <http://oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year7.pdf>
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2011). Estadísticas vitales, defunciones según la causa de muerte de la población puertorriqueña.[Versión electrónica]. <http://www.salud.gov.pr/Datos/EstadisticasVitales/Estadisticasporcentaje20Defunciones/Nuevasporcentaje20Estadporcentaje20Mortalidad.pdf>
- Gracia,D. ( 2010). Historia de la eutanasia hoy: Un debate abierto. Ed
- Kass, L. (1993). Is there a right to die? Hastings Center Report, 23(1), 34 – 43
- Ley Num. 9 de 11 de octubre de 1987, Ley para Reglamentar la Práctica de Enfermería en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. (20 L.P.R.A. §§ 203 et.seq)
- Ley Num. 160 de 17 de noviembre de 2001. Ley de Declaración Previa de Voluntad sobre Tratamiento en caso de Sufrir una Condición de salud Terminal o Estado Vegetativo. (24 L.P.R.A §§3651 et. Seq.)
- Moro, T. (1516). UTOPIA. Editoriales Planeta. Madrid
- Nuevo Código Penal de Puerto Rico, (2010). 33 L.P.R.A.sec 1 et.seq
- Portela, R. (2014). Discusión sobre el suicidio asistido en PR. <http://noticel.com/noticias/168201/por-lo-bajo>
- Rider, J., Love, C. (2010). Nursing in Today's World; Trends, Issues and Management. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Soler, M., González Martínez, Y. (2012). Ética en la Enfermería. Puerto Rico. Ediciones Situm.
- Torralba, M.J., Meseguer L., Martínez, C. (2011). Ética – Bioética y Legislación en Enfermería. España. Diego Marín Editor.

## Fe de Errata

La Srta. Garced Tirado autora de la educación continua titulada “Exposición ocupacional al VIH: Nuevas Guías que todo profesional de la salud debe conocer” publicada en la edición del mes de

junio es estudiante de Enfermería de la UMET, pero posee una Maestría en Epidemiología. Por lo tanto su preparación académica la faculta como un profesional autorizado que cumple con uno

de los criterios establecidos por la Junta Examinadora de Enfermeros y Enfermeras de Puerto Rico para aprobar las actividades de educación continua presenciales o a distancia.

## Beneficios por tu colegiación



Colegio de Profesionales  
de la Enfermería de Puerto Rico

- Asesoría Legal - Laboral
- Asambleas
- Recibir la Revista Impulso 4 veces al año
- Educaciones Continuas
- Actividades Sociales y Culturales
- Seguro de vida de \$2,000.00
- Ayudas económicas para estudio
- Ayudas económicas de emergencia

# COLEGIO DE PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA DE PUERTO RICO

## Impulso

(787) 753-7110 o Fax (787) 753-7141  
Revista Oficial de C.P.E.P.R.

### CONTRATO DE PUBLICACIÓN

Compañía o agencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección electrónica de la persona de contacto: \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_  
Dirección Física: \_\_\_\_\_  
Título del anuncio o publicación: \_\_\_\_\_  
Color: \_\_\_\_\_ Tamaño: \_\_\_\_\_ Tarifa: \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

TARIFAS	Full color
Página completa	\$ 1,650.00
½ página	\$ 1,100.00
¼ página	\$ 550.00
Contraportada	\$ 2,200.00
Portada Interior	\$ 2,062.50
Contraportada interior	\$ 2,062.50

Términos: el anunciante reconoce y está de acuerdo con:

- A La información a publicarse deberá ser recibida para la fecha límite. Cambios o cancelaciones no serán aceptados después de la fecha límite.
- B. El editor no será responsable por el contenido del anuncio y no está expuesto o de otra manera no será responsable por cualquier falla en la publicación o circulación del anuncio, o por cualquier acto, errores u omisiones.
- C. La posición del anuncio en la Revista está a la sola discreción del editor.
- D. Todo trabajo de arte será entregado "Camara Ready".
- E. Haga el cheque a nombre del Colegio De Profesionales De La Enfermería De Puerto Rico, junto con el arte final y separación de colores.
- F. Se concederá un descuento de un 10% de la tarifa por cuatro (4) publicaciones consecutivas.

La revista es publicada en marzo, junio, septiembre y diciembre. El anuncio tendrá que ser entregado 60 días antes de la próxima publicación.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma autorizada representante del C.P.E.P.R.  
Rev. Jan 2010

**Nota:** Si desea publicar su organización o agencia, se puede comunicar con el señor José Cruz, al Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico a la siguiente dirección:

PO Box 363647 San Juan, P.R. 00936-3647, Urb. Roosevelt, Hato Rey,  
Calle Arrigoitia esq. Salaman, P.R.

Tel: (787) 753-7197 / Toll free 1 (888) 568-2737 / <http://www.cpepr.org>

# From bedside care to provider: a brief look into nurse practitioner's challenges in primary care



Nathaniel Morell  
Gonzalez RN, BSN  
2nd Lieutenant, US Army  
Nurse Corps  
Puerto Rico Army National  
Guard Medical Command

## Abstract:

A nationwide shortage of primary care physicians has presented itself as an opportunity for the nurse community to expand their practice. Nurse Practitioners are the ideal advance practice registered nurses to occupy the primary care provider vacancies. Their new role will reduce healthcare cost, maintain quality of care and shorten patient's waiting time. The expansion of Nurse Practitioners will also involve many challenges. The traditional nurse-physician relationship will be altered, patient's satisfaction will be tested and, there will be a need for a standard national certification process. It is important to overcome these challenges in order for Nurse Practitioners to advance their scope of practice and change the current healthcare paradigm.

It might be a surprise for many people to see a nurse instead of a Medical Doctor (MD) or in a few cases a Doctor of Osteopathic Medicine (DO) during their next primary care appointment. Nurses have been known for many years as the doctor's assistant and as the patient's bedside caretaker. But nurses have recently taken another kind of unexpected role. Not as the doctor's assistant, but serving in some capacity as the doctor herself. This role has grown out of the current shortage of primary care doctors (Pettersen, 2012). State governments are allowing advance practice nurses trained as Nurse Practitioners (NPs) to fill the provider gap. Puerto Rico (PR) legislature is currently contemplating amending Law 9 of 1987 to allow NP to practice in PR (Oficina de Asuntos Legislativos P de la C 1051).

It is important to identify the challenges that these Advance Practice Registered Nurses (APRNs) will face in order to function as medical providers. Obviously there will be a change in the relationship between nurses and physicians that might lead to confusion and rivalry regarding each other roles. Patients will need education about this new trend and will expect satisfactory service when receiving treatment from NPs instead of an MD or a DO. But without question the most important issue will be the standardization of education between NP programs and appropriate national certifications needed in order to assess the readiness of the NPs as Primary Care Providers (PCPs).

What will this new doctor like capacity nurses fill? In most healthcare appointments, patients will visit their PCPs. This role is usually filled by a MD in a



generalist practice or an MD in a Family Medicine practice. The current trend in the continental United States (US) is to fill the PCP role with NPs or Physician Assistant (PAs) especially in rural areas where physicians are hard to find (Cooper, 2007). Nurse Practitioners are post-graduate degree nurses who hold at least a Master's degree or a Doctorate degree and thus have expanded their educational base in order to perform more advanced clinical interventions like diagnosing

conditions, ordering laboratory tests, prescribing medications and planning treatment. They also form part of the NCSBN Advance Practice Registered Nurse (APRN) Consensus model which established a formal clinical framework for Certified Nurse Anesthetists (CRNA), Clinical Nurse Leaders, Nurse Practitioners and Midwife Nurses. Some of the tenants of the framework are to include in all APRN fields a common core curriculum like advance physiology, pathophysiology, pharmacology, and assessment/diagnosis courses. (NCSBN,2008)

There are many subspecialties integrated in the NP field. Some of them are Acute Care, Family Care, Adult Care, Gerontology, Neonatal, Oncology, Pediatrics, Mental Health and Women's Health. Many of the NP subspecialties can function as PCPs. Family Nurse

Practitioners (FNPs) forms the bulk of the NP membership that can practice as primary providers (AANP National NP Database, 2010 - 2011). Although many in the nursing community are more than happy to see their practice expand some physicians and other healthcare professionals are opposed to their expansion or feel confused about their role. Some MD perceives the provider role as their professional domain and one that should be occupied by a fellow physician instead of a NP. Moreover, specialized Physicians in a secondary provider setting might feel confused regarding the role, scope of practice and competency of NPs when they occupy the primary provider vacancies that were usually filled by a fellow generalist or family MD.

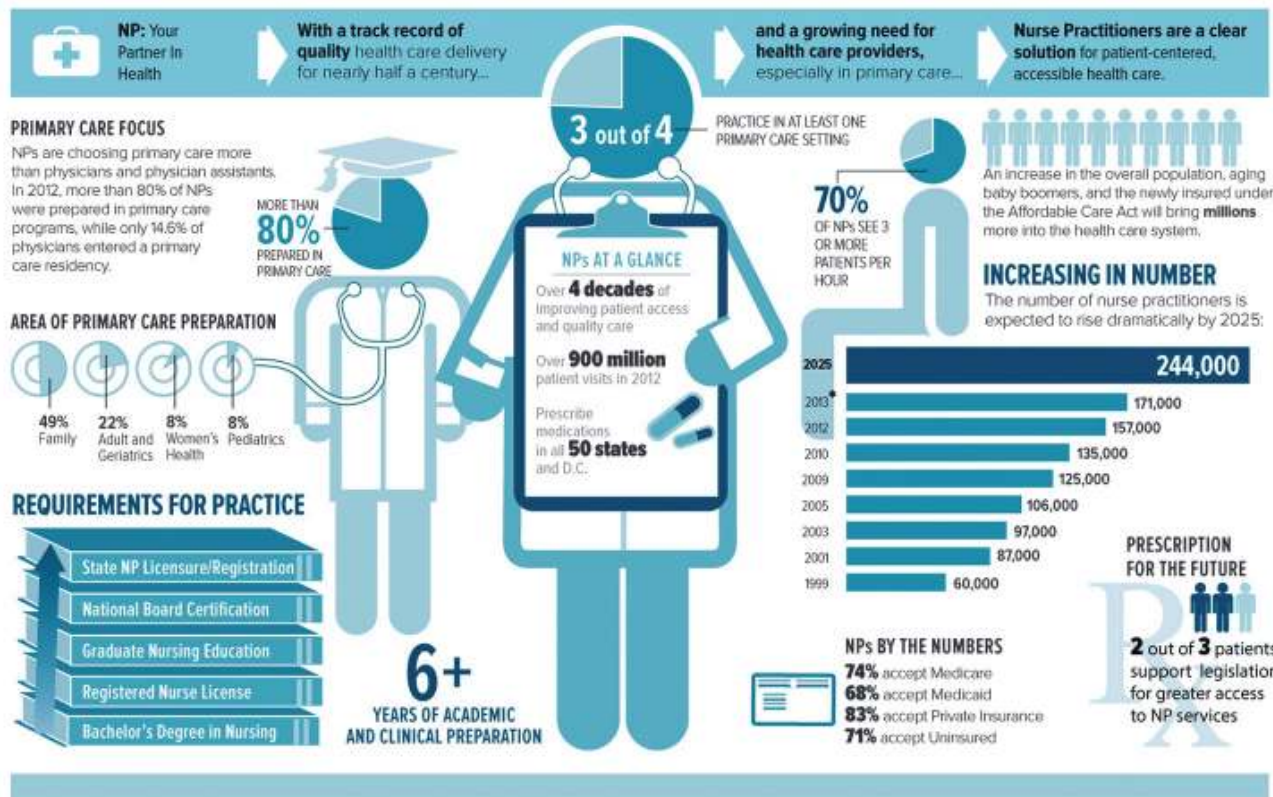
This new relationship between nurses and doctors was analyzed

in a study done by faculty members of the University of Ottawa (Bailey, 2006). The study took place in a rural area in Canada where the PCPs were FNPs that frequently requested consultation in cases that merited the opinion of a specialized provider. On many occasions the specialized physicians were confused about the nurse's new role. Physicians reported a lack of understanding of the FNP clinical knowledge and competencies as primary providers. Researchers found many comments like this one from the specialized providers: "I'm not clear as to what they [NPs] should and shouldn't know" (Bailey 2006, p.384).

On the other hand, FNPs felt a subtle pressure to prove their clinical skills to the consulting physicians. They reported constantly being quizzed and evaluated. For example, one FNP reported: "Most

# NURSE PRACTITIONERS

NPs are the providers of choice for millions of Americans. NPs evaluate patients, diagnose, write prescriptions and bring a comprehensive perspective to health care.



March 2014

Image authorized by AANP 2015.

\*Annual Benchmark May 2013

**AANP** American Association of NURSE PRACTITIONERS

of the times I feel like I'm being talked down to because there's a lot of quizzing that goes on... sometimes it is really inappropriate quizzing because I listen to how they quiz their resident or the medical students and it's certainly not as harsh as they quiz us" (Baily 2006, p.386) . The specialized physicians that participated in the study did come to trust and understand the role of their FNPs as primary providers only after developing a positive working relationship (Baily 2006, p.389). This obstacle to the nurse's expanding roles could be resolved by implementing an orientation campaign that targets the healthcare community. It should include examples of successful NP practices, the roles of the NPs in the healthcare system and their clinical readiness.

Patient's satisfaction will be another of the deterring factors that will either promote or stop the NP community's aspirations to expand their roles and "fill the doctor's shoes in the medical clinics. Patients will probably feel some initial apprehension of being treated by non-physicians, but a study did show patients had a high level of service satisfaction when treated by a FNP. The study (Agosta, 2009) was a survey that included a 28 item instrument given to about 300 patients living in the southern United States. It showed an initial patient skepticism before receiving primary care from a non-physician. However, they reported a high level of satisfaction after receiving the services from a FNP. The survey indicated that the highest satisfaction was

recorded among married couples or cohabitating couples, while the lowest satisfaction rate was reported in the youngest segment of the population surveyed from 19 to 25 years of age. It is important to point out that the initial skepticism by the public seemed to fade after the first visit when the patient got to know his/her provider a little better. These visits probably helped dismiss some preconception about the NP services.

However in my opinion the most imperative challenge to the FNPs and the NP community as a whole is the standardization of their training programs and certification. NP training programs share a common curriculum structure, but fail to standardize the clinical procedures commonly used by PCP to diagnose and treat patients. A survey asking American FNP program directors about 78 clinical procedures commonly used by PCPs showed that only 10 of those 78 clinical procedures are taught in 50% of all nursing program. The 10 procedures are testing visual acuity, audiometry, tympanometry, splinting of extremities, interpreting 12-Lead electrocardiograms,



interpreting blood gases, local infiltration of anesthetics like nerve blocks, single layer wound closure, and fluorescein staining of the eyes (Cole & Ramirez, 2013).

A national certification process presents itself as another obstacle to NP dreams of achieving provider status. The U.S. NP certification is provided by mainly two organizations, The American Nurses Credentialing Center (ANCC) and the American Academy of Nurse Practitioners (AANP) (Bray, C. O. 2009). They are both independent organizations. It is not guaranteed that their examinations follow the same rules or content making it harder for the NP professional community to implement the same competencies and evaluation process. This examination process is very different if we compare it to the National Council Licensure Examination (NCLEX) that all RN and LPN nurses have to pass in order to obtain a license from any of the 50 States and some US Territories (Not including Puerto Rico). Some researchers indicate the need for the state boards to organize a generalist NP certification and to also provide advanced certifications for the numerous NP specializations (Bray, 2009). They also support expanding the NP core clinical practice hours to a minimum of 500 hours during their Doctorate program.

It is fair to describe the challenges that I have detailed before as roadblocks for the national expansion of NPs. But they are not insurmountable obstacles, they can be overcome. We can increase public support by lobbying state's legislatures for more legal autonomy, orienting fellow interdisciplinary providers about our successful practices and by starting public educational campaigns nationwide. Universities can help reform NP education

Some researchers indicate the need for the state boards to organize a generalist NP certification and to also provide advanced certifications for the numerous NP specializations (Bray, 2009).

in many ways. By adding more common core medical science courses in the curriculum and extending the clinical practice to at least 800+ hours that could include, rotations in primary care, ER/Urgent care and hospitalist/inpatient care. Hospitals can also contribute by opening more residency programs that can give newly graduated Nurse Practitioners an opportunity to learn on the job from more senior

Advanced Practice Registered Nurse PRN and Attending Physicians in similar fashion to MD/DO and Physicians Assistants education paths. NPs have in overall a bright future. The MD shortages, the Medicare and Medicaid increasing budget cost and the Affordable Care Act of 2009(Obama Care) mandate for more patients to be insured and at a lower cost are driving the debate related to the US and

PR healthcare systems (L. Ungar USA Today, Jul 2015). These are all prime reasons to place NP at the forefront of primary care. With reforms, NPs can be properly educated to fill PCP roles, help reduce the exponential healthcare costs and be more available to the public. So the next time you go to a healthcare appointment don't be surprised if the receptionist says "the NP is ready to see you now".

## References

- AANP National NP Database. (2010-2011). American Association of Nurse Practitioners, Fact Sheet. Retrieved from <http://www.aanp.org/images/documents/about-nps/npfacts.pdf>.
- Agosta, L. (2009). Patient satisfaction with nurse practitioner-delivered primary healthcare services. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(11), 610-617. doi:10.1111/j.1745-7599.2009.00449.x
- Bailey, P., Jones, L., & Way, D. (2006). Family physician/nurse practitioner: Stories of collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 381-391. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03734.x
- Bray, C. O., & Olson, K. (2009). Family nurse practitioner clinical requirements: Is the best recommendation 500 hours? *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(3), 135-139. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00384.x
- Cole, F., & Ramirez, E. (2003). Procedures taught in family nurse practitioner programs in the United States. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15(1), 40-44. doi: 10.1111/j.1745-7599.2003.tb00253.x
- Cooper, R. (2007) New Directions for Nurse Practitioners and Physician Assistants in the Era of Physician Shortages. *Academic Medicine*, Vol. 82, No. 9, p 827-828.
- L. Ungar USA Today (Jul 2015) EKGs, X-rays and heart procedures -- the role of non-physicians grows. Retrieve from <http://www.usatoday.com/story/news/nation/2015/07/27/role--nurse-practitioners-and-physician-assistants-growing/30463537/>
- National Council of State Boards of Nursing (2008) APRN Consensus Model retrieved from: [https://www.ncsbn.org/Consensus\\_Model\\_for\\_APRN\\_Regulation\\_July\\_2008.pdf](https://www.ncsbn.org/Consensus_Model_for_APRN_Regulation_July_2008.pdf)
- Oficina de Asuntos Legislativos (2014) Rep. Lydia Méndez, Proyecto de la Cámara 1051. Para derogar la Ley Núm. 9 del 11 de octubre de 1987, según enmendada, y crear una nueva ley para reglamentar y atemperar la práctica de la profesión de la enfermería al mundo actual en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Retrieve from <http://www.oslpr.org/>
- Petterson, S. (2012) Projecting US Primary Care Physician Workforce Needs: 2010-2025, *Annals of Family Medicine* vol. 10 no. 6 503-509 doi: 10.1370/afm.1431

# Activación de Correos Electrónicos

Cada vez son más los/as que están recibiendo información del Colegio a través de sus correos electrónicos. Si usted aún no recibe mensajes electrónicos del Colegio es porque no tenemos su dirección electrónica.

## Pasos a seguir para actualizar su información:

1. Acceda la página web del Colegio a: [www.cpepr.org](http://www.cpepr.org)
2. En la parte superior derecha, pulse "Mi cuenta"
3. Pulse "ver instrucciones" (Obtendrá los pasos a seguir para actualizar su cuenta)
4. Si no lo desea hacer usted mismo/a o si presenta alguna dificultad técnica, puede llamar al 787-753-7197 y solicitar la ayuda de: Sr. Radamés Romero (Ext. 240) o la Sra. Maribel Rodríguez (Ext. 227)

¡Sé parte de la Era Digital del CPEPR!



Jennifer M. Rivera Vázquez Est. BSN  
Universidad Metropolitana, Recinto  
de Cupey

# La Fibromialgia (FM): Un reto para el profesional de enfermería

## Objetivos

Mediante la lectura y análisis de éste artículo, los profesionales de la salud:

Definirán que es Fibromialgia.

Explicarán los datos de prevalencia de esta enfermedad.

Determinarán los criterios para su clasificación.

Identificarán los signos y síntomas que se pueden presentar.

Describirán los tipos de tratamientos no farmacológicos y farmacológicos.

## Introducción

La condición de Fibromialgia (FM) es un trastorno de etiología desconocida. De acuerdo a la revisión de literatura para el desarrollo de este artículo no existen investigaciones que estén directamente relacionadas con el conocimiento del profesional de enfermería en Puerto Rico sobre esta enfermedad. Por consiguiente, la condición de Fibromialgia (FM) es un reto para los estudiantes y los profesionales del campo de la enfermería en este siglo XXI.

Sin embargo, según la Federación de Fibromialgia y Fatiga Crónica de Castilla y León (2012), la relativa novedad del concepto de FM y el hecho de que su diagnóstico se base exclusivamente en criterios clínicos han provocado por parte de ciertos profesionales de la salud la negación de la enfermedad. Además, la Federación de Fibromialgia y Fatiga Crónica de Castilla y León (2012) nos dice que por suerte, esta actitud ha disminuido debido al resultado de las investigaciones y la evidencia científica, así como por las dimensiones que alcanza esta enfermedad a nivel mundial.

El propósito de este artículo es ofrecer información a los estudiantes y profesionales del campo de la enfermería para que puedan obtener amplios conocimientos sobre esta condición. De forma tal que puedan manejar, modificar actitudes, desarrollar una comunicación efectiva y ofrecer un cuidado de calidad holístico.

Antes de definir que es la condición de Fibromialgia es necesario conocer de dónde se origina su nombre. El nombre de Fibromialgia se deriva de palabras “FIBROS”: tejidos blandos del cuerpo, “MIOS”: músculos y “ALGIA”: dolor. La Academia Americana de Reumatología (ACR por sus siglas en inglés) (1990) define la condición como reumatismo o inflamación muscular. De acuerdo a López y Mingote (2008) en el año 1992 la Organización Mundial de la Salud (OMS por sus siglas en inglés) clasifica la FM como una nueva entidad clínica propia, denominada “síndrome de fibromialgia”. Según, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), Centro Nacional de Distribución de Información del Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel (NIAMS por sus siglas en

inglés, 2015) en la actualidad la definen como un trastorno de etiología desconocida caracterizado por dolor extenso por la desregulación al procesar el dolor en el sistema nervioso central.

Cabe destacar que el proceso de enfermería; es una herramienta vital para ofrecer un cuidado de calidad al paciente / cliente que sufre de dolor agudo y crónico. Lo mencionado está evidenciado cuando la Comisión Conjunta de Acreditación de los Hospitales (JCAHO por sus siglas en inglés, 2003), incorporó el dolor y el manejo del dolor dentro sus estándares, los cuales sostiene sostiene que este se evalúa en todos los pacientes y tienen el derecho de un estimado y manejo adecuado del mismo. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) (2011), define el dolor como “Una experiencia

emocional desagradable asociada a un daño corporal real o potencial". Por otra parte, McCaffrey (1968), define el dolor como "Lo que la persona que lo experimenta diga que es, en el lugar y en el momento en el que la persona que lo manifiesta dice que está".

Como parte del cuidado que se debe ofrecer a estos pacientes es importante tener un conocimiento adecuado y muchas veces es de gran ayuda el tener un plan de cuidado específico como pasa con otras condiciones. Pero al ser la FM una enfermedad de la cual existe poco conocimiento aún no se ofrece un plan de cuidado estandarizado, esto se debe a las distintas manifestaciones que la misma presenta en cada paciente/cliente. (Rodríguez, Orta y Amashta, 2010).

## Prevalencia de la Fibromialgia

La prevalencia de esta enfermedad según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2011), (CDC por sus siglas en inglés), utilizando datos basados en los códigos de la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD9-CM), dice que:

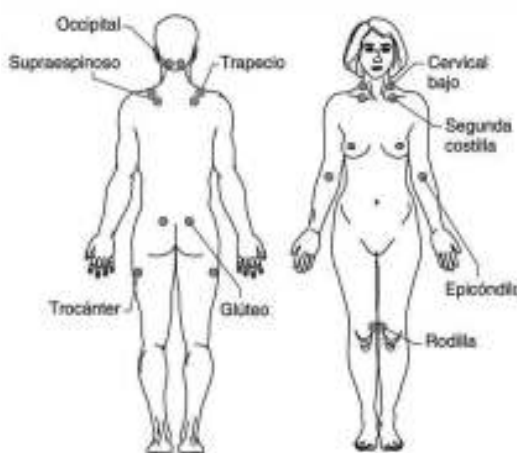
- Es alrededor del 2%; se estima que afectó a 5 millones de adultos en el 2005.
- Fue mucho más alta en mujeres que en los hombres (3.4% frente a 0.5%).
- La mayoría de las personas con esta condición son mujeres (razón mujer: hombre 7:1). Sin embargo, los hombres, adolescentes y los niños también pueden presentar el trastorno.
- El diagnóstico suele ser en la mediana edad y la prevalencia aumenta con los años.

## Criterios de Clasificación basado en los "trigger points".

En 1990 el Colegio Americano de Reumatología (ACR por sus siglas en inglés) propone los criterios de su clasificación basado en los puntos hipersensibles al tacto "trigger points".

Según Restrepo y Rojas (2011) el ACR (1990) estableció como criterios de diagnósticos la presencia de dolor generalizado y difuso de más de tres meses de evolución y sensibilidad de dolor aumentada en al menos 11 de los 18 puntos dolorosos o tender points. Estos puntos se encuentran localizados en ambos lados del cuerpo, tanto el izquierdo como el derecho y abarcan desde el cuello hasta las rodillas (ver figura 1). Los mismos llevan su nombre de acuerdo al área en que se encuentran (ver tabla 1).

Figura 1: Puntos de Criterios para el diagnóstico de Fibromialgia de acuerdo a Colegio Americano de Reumatología (ACR, 1990).



Fuente: ACR, (1990)

Tabla 1. Nombre de acuerdo al área de localización "trigger points".

Nombre de acuerdo al área de localización	Número de puntos dolorosos al tacto "trigger points"
1. Punto occipital	2
2. Cervical inferior	2
3. Trapecio	2
4. Supraespino	2
5. Segunda costilla	2
6. Epicóndilo lateral	2
7. Glúteo	2
8. Trocánter mayor	2
9. Rodilla	2

Fuente: ACR, 1990



## Signos y Síntomas

Según Wierwille (2012) los signos y síntomas suelen confundirse con los de otras condiciones, las cuales deben ser descartadas para prevenir diagnósticos basados en un juicio clínico inapropiado. Por otro lado CDC (2011), refiere que la FM suele ser concurrente con otras afecciones reumáticas tales como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y la espondilitis anquilosante (artritis espinal). Revuelta, Segura y Paulino (2010) mencionan que la FM se encuentra relacionada a alteraciones psicológicas y/o psiquiátricas como la ansiedad y la depresión. Cabe mencionar que según la Academia Americana de Reumatólogos (2015) hay personas que no presentan todos los puntos hipersensibles al tacto requeridos para ser diagnosticados pero que si tienen la condición.

Esta enfermedad está caracterizada por:

- Falta de sueño
- Cansancio
- Fatiga generalizada
- Ansiedad
- Depresión
- Alteraciones en la función intestinal (Jahan, Nanji, Qidwai y Qasim, 2012).
- Rigidez por las mañanas
- Hormigueo o adormecimiento en las manos y/o pies
- Dolores de cabeza, incluidas migrañas
- Problemas para pensar y de memoria (conocidos en inglés como “fibro fog”)
- Menstruación dolorosa y otros síndromes de dolor. (CDC, 2011)

Es muy común que los pacientes con FM experimenten episodios de depresión, ansiedad y factores que provocan el surgimiento de esta condición. Además, es importante conocer que los pacientes presentan un dolor severo debido a que las neuronas del sistema nervioso central se vuelven sensitivas al estímulo de dolor, lo que exagera y prolonga la sensación de dolor de un mecanismo protectoro agudo a uno crónico y patológico (Wierwille, 2012).

## Etiología

Se considera que su etiología aunque desconocida puede estar asociada a distintos factores tales como traumas por agresión sexual en la infancia, efectos de situaciones traumáticas de índole física y/o psicológica, procedimientos quirúrgicos mayores, estrés y sobrecarga laboral (Restrepo y Rojas, 2011). Es normal que las personas que padecen de FM acudan a distintos especialistas de la salud antes de ser diagnosticados correctamente debido a los distintos síntomas que presenta. Las múltiples molestias ocasionan incertidumbre y ansiedad a quienes padecen esta enfermedad ya que con regularidad las pruebas realizadas como los análisis o radiografías se presentan sin alteraciones y esto pone en duda la veracidad de los síntomas presentados por el paciente. Es por esto que muchas veces los pacientes se sienten que no son entendidos por los profesionales de la salud debido a la dificultad en ser diagnosticados con Fibromialgia. (López y Mingote (2008).

## Tratamiento

De acuerdo, a NIAMS (2015) y CDC (2011) el objetivo principal en el tratamiento de la FM es mejorar los síntomas, disminuir la severidad, duración del dolor, y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Entre los estudios de investigación revisados se encuentra planteado que una comunicación de empatía, por parte del personal de enfermería, hacia los pacientes con FM muestra una mejor relación en la cual el paciente tiende a confiar más en el personal. Como parte del tratamiento que se ofrece a los pacientes con

FM es importante destacar la validez de su diagnóstico y que tanto ellos como sus familiares, cuidadores y/o amigos tengan conocimiento sobre la condición, como se trata y que esperar de la misma. Estos pacientes y sus familiares necesitan entender que su enfermedad es real y que se puede tratar, ya que puede llegar a ser frustrante. Esta frustración se debe a que los pacientes muchas veces presentan signos y síntomas no visibles, aunque si pueden presentar síntomas que limitan sus habilidades. Parte de la educación

tanto al paciente, al familiar como al profesional de la salud, debe ser ofrecer un mejor entendimiento de la condición y su tratamiento para así ayudar al paciente a enfrentar su condición y los síntomas que pueda presentar.

La Asociación Americana de Practica Avanzada (AANP por sus siglas en inglés) y ACR 1990 recomiendan que el tratamiento no farmacológico que se puede ofrecer para mejorar la calidad de vida de estos pacientes sea:

- □ Realizar ejercicios aeróbicos de bajo impacto, como caminar
- □ Tratar de establecer un patrón de sueño
- □ Fortalecer los músculos y realizar ejercicios de estiramiento
- □ Masajes
- □ Acupuntura

Es importante añadir que una dieta balanceada ayuda no solo a adquirir o mantener un peso adecuado, sino que también ayuda a mejorar la calidad de vida en general. Según AANP (2012-2015) como parte del tratamiento farmacológico de primera línea aprobada por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) se encuentran:

- □ Pregabalina – Anticonvulsivo (Lyrica)
- □ Duloxetina – Antidepresivo (Cymbalta)
- □ Milnacipran – Inhibidor selectivo de recaptación de serotonina y norepinefrina (Savella)

Otras clasificaciones de medicamentos se utilizan para:

- □ Promover el sueño
- □ Tratar la fatiga y depresión
- □ Tratar los espasmos musculares
- □ Promover un control adecuado del dolor.

## Resumen

Se espera que con este artículo el lector pueda definir lo que es la condición de Fibromialgia logrando identificar la prevalencia, los criterios de evaluación, los signos y síntomas que puede presentar un paciente/cliente con dicha condición. Además, de ofrecer una amplia descripción sobre la Fibromialgia, pueda identificar los distintos tratamientos existentes para la condición, teniendo en cuenta que los síntomas presentados varían en cada persona. Como estudiantes y profesionales en el campo de la enfermería es importante tener conocimiento sobre las condiciones que afectan a la población para así poder ofrecer un mejor manejo de la salud.

## Conclusión

El propósito primordial de este artículo es aportar al conocimiento de la Fibromialgia tanto general como a los cuidados que el profesional de enfermería debe ofrecer. Vale destacar que esta enfermedad es considerada un síndrome de dolor crónico, que no tiene cura, pero si se puede controlar. Es pertinente adquirir conocimiento para brindar un cuidado de calidad de una manera holística en colaboración con el equipo multidisciplinario, tanto en el ámbito como estudiantes y profesionales en el campo de la enfermería. Basado en la literatura existente podemos concluir que es de suma importancia la relación y la comunicación establecida con los pacientes/ familia y cuidadores. A través, de una comunicación terapéutica el paciente se sienta cómodo. De esa manera, el proceso de diagnóstico y tratamiento puede ser más efectivo.

## Referencias

- American Association of Nurse Practitioners. (AANP). (2012-2015). Education Tools – Fibromyalgia. Recuperado de <http://www.aanp.org/education/education-tools/¿bromyalgia> 7/17/15
- American College of Rheumatology. (ACR). (2015). Fibromyalgia. (sf). Recuperado de <http://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Fibromyalgia>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (CDC). (2011). Recuperado de <http://www.cdc.gov/arthritis/espanol/¿bromialgia.htm> 7/9/15
- Centro Nacional de Distribución de Información del Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel. (2011). Recuperado de Institutos Nacionales de la Salud (NIAMS, por sus siglas en inglés) [http://www.niams.nih.gov/Portal\\_En\\_Espanol/Información\\_de\\_salud/Fibromialgia/¿bromy](http://www.niams.nih.gov/Portal_En_Espanol/Información_de_salud/Fibromialgia/¿bromy) 7/25/15
- Comisión Conjunta de Acreditación de los Hospitales (JCAHO por sus siglas en inglés). (2003). Recuperado de <http://www.jcinc.com> 7/25/25
- International Association for the Study of Pain. (IASP). (2011). Recuperado de <http://www.iasp-pain.org/> 7/25/15
- Jahan, F., Nanji, K., Qidwai, W., & Qasim, R. (2012). Fibromyalgia syndrome: an overview of pathophysiology, diagnosis and management. *Omen Medical Journal*, 27(3), 192-195. doi:10.5001/omj.2012.44. 3/9/15
- Karch, A. (2015). *Lippincott Pocket Drug Guide for Nurses*. Wolters Kluwer. 7/21/15
- La realidad de la Fibromialgia. (2012). Federación de Fibromialgia y Fatiga Crónica de Castilla y León. Recuperado de [http://www.albaandalucia.es/pdf/3\\_¿bromialgia/la\\_realidad\\_de\\_la\\_¿bromialgia.pdf](http://www.albaandalucia.es/pdf/3_¿bromialgia/la_realidad_de_la_¿bromialgia.pdf) 7/30/15
- López, M., & Mingote, J. (2008). Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 19(3), 343-358. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742008000300005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742008000300005&script=sci_arttext) 3/9/15
- McCaffery, M. (1968). Recuperado de [http://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article\\_ID=1127660](http://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=1127660) 7/25/15
- Restrepo, J., & Rojas, J. (2011). Fibromialgia ¿Qué deben saber y evaluar los profesionales de Enfermería? 29(2), 305-314. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072011000200015](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000200015) 3/9/15
- Revuelta, E., Segura, E. & Paulino, J. (2010). Depresión, ansiedad y ¿bromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(7), 326-332. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462010000700006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000700006&lng=es&nrm=iso). ISSN 1134-8046. 7/15/15
- Rodríguez, R., Orta, M., & Amashta, L. (2010). Cuidados de enfermería a los pacientes con ¿bromialgia. *Enfermería Global*, 9(2). Recuperado de <http://revistas.um.es/global/article/view/107211>
- Skidmore-Roth, L. (2014). *Mosby's 2014 Nursing Drug Reference* (27 ed.). Elsevier Inc. 7/21/15
- Wierwille, L. (2012). Fibromyalgia: Diagnosing and managing a complex syndrome. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(4), 184-192. doi:10.1111/j.1745-7599.2011.00671.x 3/9/15

# Malaria:

## Enfermedad Infecciosa Reemergente



Dra. Lázara Flores  
Fernández, RN.  
Directora  
División de Educación  
Continua Colegio de  
Profesionales de la  
Enfermería de Puerto Rico

### Objetivos:

Mediante análisis del contenido de este artículo, los lectores:

- Identificarán el agente etiológico que causa la Malaria,
- Describirán el ciclo de crecimiento; multiplicación y transmisión del parásito que causa la enfermedad,
- Identificarán diagnósticos de enfermería de pacientes víctimas de Malaria, y
- Explicarán el tratamiento y medidas a considerar en el cuidado del paciente que experimenta el problema de salud de Malaria.

### Introducción:

Existe hipótesis de la existencia de la Malaria por más de 50,000 años. “Fue en 1880 cuando por primera vez, Charles Louis Alphonse Laveran, cirujano francés ubicado en Argelia, observó parásitos en los eritrocitos de personas víctimas de la Malaria. Propuso el científico observador que la enfermedad era causada por un protozoo, al cual posteriormente le llamaron “Plasmodium”. En 1897, Sir Ronald Ross, británico al servicio médico de India, demostró que la Malaria es transmitida por la picadura de los mosquitos. Centro de Control de Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés 2015). La Organización Mundial de la

Salud (OMS, por sus siglas en inglés) estima que en 2013 hubo 198 millones de casos de malaria en el mundo, de los cuales 584,000 perdieron la vida a causa de la enfermedad. De acuerdo al (CDC), en el 2012, en Sur África se registró 207 millones de casos y 627,000 muertes, la mayoría de estos, niños. A su vez, Estados Unidos de América ha registrado 1,500 casos por año. La mayoría de ellos son inmigrantes o que han retornado de viaje de otros países. “En Puerto Rico, se reportó 16 casos de la enfermedad en los años 2000 a 2005. Todos importados. Actualmente, la Malaria re-emerge en la isla”. APA 6+ = Rullan,(2011).

### Descripción de la Enfermedad:

La Malaria, también conocida como Paludismo, es una enfermedad endémica, infecciosa aguda considerada una emergencia médica. “Es causada por un protozoo del género Plasmodium. Es curable si se diagnostica a

tiempo y se trata de acuerdo a su agente etiológico. Es letal a causa de la coagulación intravascular” (CDC, 2011). Se caracteriza por la fiebre acompañada de escalofríos, sudoración, dolores de músculos y articulaciones.

### Causas:

Cuatro especies de Plasmodium son conocidos, capaces de infectar al ser humano: P. falciparum; P. vivax, P. ovale, y P. malariae. Todos ellos son transmitidos al hombre y mujer por la picadura de la hembra del mosquito de la familia Anopheles. Estos pican

principalmente desde el atardecer al amanecer.

La enfermedad, también puede transmitirse mediante transfusiones de sangre infectadas, uso de jeringuillas contaminadas con el parásito y por condición congénita de la madre embarazada infectada al feto.

## Ciclo de Transmisión:

El mosquito Anopheles infectado hiere al ser humano e introduce su saliva que contiene esporozoitos (la forma infectada de la Malaria) en la herida. Los esporozoitos migran por medio del torrente sanguíneo hasta el hígado, donde maduran y se multiplican. Forman estructuras hepáticas parecidas a quistes donde albergan su nueva forma de parásitos conocidos como

merozoitos. Eventualmente, los merozoitos salen a la circulación sanguínea donde se alimentan de la hemoglobina, destruyen, infectan e invaden eritrocitos y se reproducen dentro de ellos. A las 48 horas a 72 horas se rompen los eritrocitos, liberan los merozoitos los cuales invaden otras células rojas. (Este es el momento en que la persona infectada se convierte en reservorio

de Malaria e infectará cualquier hembra del mosquito que se alimente de él o ella.

Al alimentarse el mosquito de la persona infectada se convierte en vector. En 10 a 18 días, los esporozoitos están presentes en las glándulas salivares del mosquito e inicia un nuevo ciclo de crecimiento, multiplicación y transmisión.

## Periodo de Incubación:

El periodo de tiempo desde que ocurre la picadura del mosquito infectado hasta la aparición de síntomas clínicos varía dependiendo del tipo de parásito inyectado:

- *P. falciparum* → 12 días
- *P. vivax* y *P. ovale* → 4 días
- *P. malariae* → 30 días



## Diagnóstico:

La precisión en el diagnóstico de la Malaria se obtiene mediante la identificación de los parásitos y sus tipos en frotis de glóbulos rojos de sangre periférica. Complementa el diagnóstico la hemoglobina bajo niveles normales, leucocitos menor de 3,000/mL, proteínas y leucocitos presente en la orina, y plaquetas entre 20,000 y 50,000.

## Signos y Síntomas:

La etapa benigna de la enfermedad puede presentarse en ocho días a cuatro semanas a partir de la herida producida por el mosquito. Regularmente empieza con malestar general del cuerpo, cefalalgia, mialgia, y fiebre (ver Figura 1). Estos síntomas pueden ser interrumpidos con periodos de bienestar todos los días, días alternos o cada tres días. El ataque agudo parosísmico ocurre al romperse las células rojas de la sangre y se presenta en tres etapas (ver tabla 1)

Figura 1: Signos y Síntomas de la Malaria



Tabla 1:

Etapa	Horas	Síntomas
Etapa fría	1 a 2 horas	Empieza con escalofríos hasta sacudidas.
Etapa de calor	3 a 4 horas	Temperatura elevada, mayor de 41.7 °C
Etapa húmeda	2 a 4 horas	Sudoración profusa

El ataque ocurre cada 48 a 72 horas cuando la Malaria es causada por *P. malariae* y cada 42 a 50 horas cuando es causada por *P. vivax* o *P. ovale*.

La severidad de la enfermedad depende de la concentración de parásitos invasores. La más severa es la producida por *P. falciparum*. Este protozoa causa fiebre persistente, hipotensión y residuos de eritrocitos y toxinas que obstruyen los capilares. La hemólisis intravascular produce ictericia en el paciente. Además puede observarse esplenomegalia, uremia, fallo renal y muerte.

## Tratamiento:

El tratamiento más eficaz contra las enfermedades infecciosas es la prevención. Además de la prevención el tratamiento para contrarrestar la Malaria depende de la especie de Plasmodium que la cause. “Los medicamentos a considerar para tratar al paciente víctima de malaria resistente a cloroquina, incluye quinina, dexyciclina y malorone (atavaquone/proguanil)” (Rullan, 2011).

## Consideraciones Especiales:

1. Obtener historial preciso e información de viajes recientes del paciente, transfusiones de sangre y cualquier signo sistemático.
2. Proteger al paciente de infecciones bacterianas secundarias utilizando medidas asépticas y lavado de manos frecuentes.
3. Protegerse utilizando guantes cuando maneja sangre o líquidos que contenga sangre.
4. Monitorizar el egreso de orina cada una hora y mantener el egreso entre 40 a 60 ml/h si el paciente es adulto y 15 a 30 ml/h si es niño/a. Observar por oliguria y hematuria.
5. Mantener récord estricto de los líquidos que ingiere y elimina. Evitar ingesta de líquidos en exceso especialmente si la Malaria es causada por *P. falciparum* porque puede surgir complicaciones por edema pulmonar.
6. Documentar al momento en que aumenta la fiebre y su duración y los síntomas del paciente antes y después del episodio.
7. Observar los niveles de química en sangre por hiponatremia, aumento de urea, creatinina y bilirrubina.
8. Mantener al paciente en cama mientras la enfermedad es aguda.
9. Educar al paciente y familia en relación con las medidas preventivas que deben practicar contra la Malaria, particularmente, evitar el agua estancada, lavado de manos frecuentes y protección contra mosquitos.

## Resumen:

La Malaria es una enfermedad parasitaria causada por un protozoa del género Plasmodium y transmitidas por la hembra del mosquito de la familia Anopheles. Se caracteriza por fiebre, escalofríos, sudoración y dolores intermitentes.

## Referencias

1. HYPERLINK “<http://www.cdc.gov/malaria/about/biology>; Centers” Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Biology; Global Health-Division of Parasitic Disease and Malaria. Recuperado de <http://www.cdc.gov/malaria/about/biology>
2. Centers for Disease Control and Prevention (2012). Malaria. Recuperado de <http://www.cdc.gov/malaria/about/disease.html>
3. Institutos Nacionales de Salud/ Biblioteca Nacional de Medicina de los EUA. (2015). Malaria. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/articulo/00021.htm>
4. Martínez, D., Rodríguez, C. y Rullán, J. (2011). Protocolo: Manejo de Caso e Investigación de Personas con Malaria (Paludismo). Oficina de Epidemiología e Investigación, Departamento de Salud, Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

# Prueba

## Malaria: Enfermedad Infecciosa Reemergente

### Instrucciones:

Pon a prueba tus conocimientos. Lea los siguientes enunciados:  
Escriba C para enunciados ciertos y F para los falsos.

- \_\_\_\_\_ 1. La Malaria o Paludismo es una enfermedad bacteriana que ha surgido súbitamente sin causa aparente en Puerto Rico.
- \_\_\_\_\_ 2. La responsable de transmitir el protozoa que causa la Malaria al ser humano es la hembra del mosquito Anopheles.
- \_\_\_\_\_ 3. El Plasmodium tiene la capacidad de permanecer en la hembra del mosquito pero se reproduce en el hígado y glóbulos rojos del ser humano.
- \_\_\_\_\_ 4. El periodo de incubación del Plasmodium es de 12 a 30 días.
- \_\_\_\_\_ 5. La severidad de la manifestación de la Malaria en la víctima depende del tipo de plasmodium que la causa.
- \_\_\_\_\_ 6. Un informe de análisis de sangre positivo para Plasmodium vivax y Plasmodium falciparum es indicativo para el diagnóstico de Malaria.
- \_\_\_\_\_ 7. El signo de ictericia en el paciente víctima de Malaria ocurre por la multiplicación del Plasmodium en el hígado.
- \_\_\_\_\_ 8. Documentar el momento en que aumenta la fiebre y su duración y los síntomas del paciente antes y después del episodio facilita identificar la etapa del ciclo de transmisión de la Malaria.
- \_\_\_\_\_ 9. Cuando un viajero procedente de áreas endémicas de Paludismo comienza con fiebre debemos sospechar la posibilidad de un diagnóstico de Malaria.
- \_\_\_\_\_ 10. La Malaria se caracteriza por fiebre, dolor en los músculos y articulaciones, escalofríos en forma intermitente.

Por este medio la Junta Editora  
quiere compartir con ustedes algunos de los  
Criterios para publicar un Artículo

# Impulso

Revista Oficial del Colegio de Profesionales de La Enfermería de Puerto Rico

Título: \_\_\_\_\_

Autor/a o autores: \_\_\_\_\_

Enviar credenciales (resumé).

1. Título: debe tener relación con el contenido (informativo, conciso)

2. Debe tener una introducción corta que exprese de forma clara el propósito del manuscrito, que explique la importancia y relevancia del contenido y que estimule al lector a continuar leyendo el manuscrito. Una introducción que sirva como antecedente y, a la vez, ubique el tema.

3. Contenido debe poseer una revisión de literatura actualizada (últimos 5 años), que cubra áreas relevantes al tema, utilice sub temas como guía y tenga una secuencia lógica.

4. Formato APA 6ta edición (para citas y referencias). Bibliografía y referencias. Las fichas bibliográficas o las referencias deben contener los siguientes datos: autores, título del libro o artículo en una revista y nombre de ésta, empresa editorial, ciudad en la que se publicó el artículo, año de publicación y serie o colección, con su número correspondiente.

5. Conclusión: presente argumentos relevantes y consistentes con el escrito

6. Ilustración: Es conveniente que los autores aporten diagramas, ilustraciones o fotografías (en especial aquellas tomadas durante la realización de su trabajo, pues éstas hacen posible un mayor acercamiento de los lectores con las investigaciones y los investigadores) susceptibles de ser utilizadas como complemento informativo. Si el autor cuenta con imágenes que le parecen adecuadas para resaltar la presentación y el atractivo de su texto, el equipo editorial agradecerá su envío.

Algunos datos fueron obtenidos de <http://www.cyd.conacyt.gob.mx/253/articulos/para-publicar.html>.

Periodical

Únete a nuestro perfil en Facebook: ENFERMERIAPR



[www.facebook.com/ENFERMERIAPR](http://www.facebook.com/ENFERMERIAPR)

# Impulso

Colegio de Profesionales de la Enfermería de Puerto Rico  
IMPULSO Revista Oficial del CPEPR

## SUSCRIPCIÓN

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Cantidad enviada \_\_\_\_\_

(Giro Postal o Cheque Certificado)

### Precios de suscripción

Puerto Rico y Estados Unidos:

\$ 16.00 por año

Estudiantes de enfermería:

\$ 13.00 por año

(Incluye evidencia matrícula  
de la universidad o colegio)

Copias individuales:

\$ 4.50

Bibliotecas o agencias:

\$ 24.00 por año

Otros países:

\$ 27.00 incluye franqueo

La suscripción anual a la revista Impulso incluye cuatro ejemplares.