

**SERVIR A LA COMUNIDAD Y
GARANTIZAR LA CALIDAD:**

**LAS ENFERMERAS EN LA VANGUARDIA DE
LOS CUIDADOS DE LAS ENFERMEDADES
CRÓNICAS**



DÍA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERA DE 2010

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de la presente publicación en su totalidad o en parte (por impresión, fotocopia, microcopia u cualquier otro medio), su almacenamiento en sistemas de recuperación y su transmisión en cualquier forma, sin la autorización expresa del Consejo Internacional de Enfermeras. No obstante, pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se cite la fuente.

Copyright © 2010 por el CIE - Consejo internacional de enfermeras
3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

ISBN: 978-92-95094-02-4

ÍNDICE

	Página
Carta de la Presidenta y del Director general del CIE	1
Capítulo 1 – El desafío de la enfermedad crónica	3
Capítulo 2 – Consecuencias para el desarrollo y para los sistemas de salud	9
Capítulo 3 – Estrategias para reducir los riesgos de enfermedades crónicas	17
Capítulo 4 – Gestión de los cuidados: contribuciones y competencias de la enfermería	23
Capítulo 5 – Innovaciones de enfermería en los cuidados de las enfermedades crónicas	33
Capítulo 6 – Función de las ANE en la reducción del riesgo y en el mejoramiento de los cuidados crónicos	39
Capítulo 7 – Conclusión	43
Anexos	
Comunicados de prensa del CIE	47
Declaraciones de posición del CIE	49
Páginas informativas del CIE	63
Referencias	73



Estimadas colegas:

Todos los países del mundo se ven afectados por la creciente marea de enfermedades crónicas, y por la necesidad de que las personas con esas enfermedades tengan acceso a unos cuidados idóneos y económicamente asequibles. Nunca ha sido mayor el potencial de las enfermeras para contribuir a mejorar la salud de las poblaciones en todo el mundo mediante la atención a la prevención y los cuidados de las enfermedades crónicas.

La diabetes, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y el cáncer son las que más muertes causan en el mundo: 35 millones de muertes cada año, según estimaciones (OMS 2008a). El 80% de estas muertes ocurren en los países de renta baja o media. Estas enfermedades pueden evitarse. Cuando se producen, una gestión y unos cuidados eficaces desde las primeras fases pueden permitir que los afectados lleven una vida plena y productiva. Además de estas enfermedades crónicas “convencionales”, el ritmo y la naturaleza cambiantes de otras enfermedades como el VIH/SIDA, hacen que un número cada vez mayor de personas, en todos los países, necesiten cuidados crónicos permanentes.

Es urgentemente necesario que las enfermeras de todo el mundo tomen la iniciativa y se comprometan, con todas las partes y todos los sectores de la comunidad, a enfrentarse a la creciente amenaza que las enfermedades crónicas suponen para la salud y el bienestar mundiales.

En el presente documento se facilita información de base acerca de la creciente necesidad y demanda de cuidados crónicos, utilizando como ejemplo la diabetes de tipo 2. En él se pide a las enfermeras y a otras personas que comprendan la enormidad del problema y reconozcan que con sus conocimientos, su coraje, y su visión y compromiso, las enfermeras están bien situadas para desempeñar una función vanguardista.

Con este conjunto de instrumentos del DIE, el Consejo internacional de enfermeras hace un llamamiento a las enfermeras para que, en todas partes, se pongan al frente de la lucha contra las enfermedades crónicas; actúen como saludables modelos para sus familias, sus pacientes y sus comunidades; y, a través de sus asociaciones nacionales de enfermeras, participen, con el CIE y con sus colaboradores, en la defensa del cambio social, económico y político necesario.

Atentos saludos,

Rosemary Bryant
Presidenta

David C Benton
Director general

CAPÍTULO 1

El desafío de la enfermedad crónica

El mundo se ve ante un enorme aumento de los niveles de muerte y discapacidad que causan las enfermedades crónicas. En el pasado, estas enfermedades se han relacionado con el mundo desarrollado y se consideraban enfermedades de la riqueza, que afectaban principalmente a las personas mayores y a los ricos, mientras que la atención y los recursos del mundo en desarrollo se han dirigido principalmente a las enfermedades transmisibles. Ello no obstante, las estadísticas actuales muestran que el 60% de las muertes que se producen en todo el mundo son efecto de enfermedades crónicas y que el 80% de ellas tienen lugar en los países de renta baja o media (OMS 2008a). Se ven afectadas un número cada vez mayor de personas en edad laboral. En los países de todos los niveles de renta, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la posición socioeconómica, peor es la salud (OMS 2008b). “La carga de estas enfermedades, que aumenta rápidamente, afecta de manera desproporcionada a las poblaciones pobres y desfavorecidas, lo que hace aún mayores las diferencias de salud entre los países y dentro de ellos”. (OMS 2008a).

Son muchos los motivos por los que las enfermedades crónicas van en aumento e inciden de manera desproporcionada en las personas más pobres; y no corresponde exclusivamente al sector de salud tratar la mayoría de ellos. Sin embargo, el sector de salud ha de ponerse al frente de la lucha contra la enfermedad crónica y las enfermeras pueden hacer una enorme contribución, no sólo en la prevención sino también en la prestación de cuidados a los millones de personas de todo el mundo ya afectadas por ellas.

Definiciones

En el contexto de los cuidados crónicos se emplean, a menudo de manera unívoca, varios términos relacionados entre sí, como enfermedades crónicas, estados crónicos, estados de larga duración, enfermedades causadas por el estilo de vida y enfermedades no transmisibles. La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe las enfermedades

crónicas como “enfermedades de larga duración y progresión lenta” y también describe los estados crónicos como “problemas de salud que exigen un tratamiento continuo durante varios años, o decenios” (OMS 2002). La enfermedad no transmisible se ha definido como enfermedad no causada característicamente por un agente infeccioso sino a partir de una susceptibilidad genética, el estilo de vida o exposiciones medioambientales. El término estados crónicos se emplea a menudo con carácter general para incluir las enfermedades no transmisibles (por ejemplo, diabetes y asma); las enfermedades transmisibles duraderas (por ejemplo, VIH/SIDA y tuberculosis); los desórdenes mentales de larga duración (por ejemplo, depresión y esquizofrenia); y las discapacidades físicoestructurales permanentes (por ejemplo, ceguera, desórdenes genéticos) (OMS 2002).

En el presente documento se utilizará el término enfermedad crónica, pero también se recurrirá a otros términos, especialmente al citar a autores distintos. **Sin embargo, independientemente de los términos que se utilicen, lo más importante es que las enfermeras y otras personas entiendan la dimensión del problema y el urgente desafío que plantea, y se cercioren de que se actúa para promover la salud, prevenir la enfermedad y dispensar los cuidados y el tratamiento adecuados a quienes los necesitan.**

La dimensión del problema

El problema es enorme. La diabetes, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y algunos cánceres constituyen una de las mayores amenazas para la salud humana y el desarrollo y son las principales causas de muerte en el mundo.

DATOS SOBRE LA DIABETES (OMS 2009a)

- Según estimaciones de la OMS, más 180 millones de personas de todo el mundo padecen diabetes. Es probable que esta cifra se duplique con creces antes 2030.
- Según estimaciones, en 2005 murieron de diabetes 1.100.000 personas.
- Casi el 80% de las muertes por diabetes se producen en países de renta baja y media.
- Casi la mitad de las muertes por diabetes se producen en personas de menos de 70 años; el 55% de las muertes por diabetes son de mujeres.
- La OMS prevé que, si no se actúa urgentemente, las muertes por diabetes aumentarán más de 50% en los 10 próximos años. Es de señalar que, según las proyecciones, las muertes por diabetes aumentarán más de un 80% en los países de renta alta y media, entre 2006 y 2015.

DATOS SOBRE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (OMS 2009b)

- Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte en el mundo: cada año mueren por estas enfermedades más personas que por ninguna otra causa.
- Según estimaciones, en 2004 murieron por ECV más de 17,1 millones de personas, cifra que representa el 29% del total de muertes ocurridas en el mundo. De esas muertes, 7,2 millones se debieron a enfermedades coronarias y 5,7 millones a ictus.
- Los países de renta baja y media se ven afectados de manera desproporcionada: el 82% de las muertes por ECV tienen lugar en los países de renta baja o media y afectan casi por igual a hombres y mujeres.
- Para 2030 casi 23,6 millones de personas habrán muerto de ECV, principalmente de enfermedades del corazón e ictus. Según las proyecciones, ésta será la principal causa de muerte. El mayor porcentaje se producirá en la Región del Mediterráneo Oriental. El mayor aumento del número de muertes tendrá lugar en la Región del Sudeste Asiático.

DATOS SOBRE EL CÁNCER (OMS 2009c)

- El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo: en 2004 causó 7,4 millones de muertes (aproximadamente el 13% del total de ese año).
- Los cánceres de pulmón, estómago, hígado, colon y mama causan cada año la mayoría de las muertes por cáncer.
- Los tipos de cáncer más frecuentes son distintos en los hombres y en las mujeres.
- Más del 30% de las muertes por cáncer pueden evitarse.
- El uso del tabaco es el factor más importante de riesgo de cáncer.
- El cáncer surge de un cambio en una sola célula. El cambio puede ser iniciado por agentes externos y por factores genéticos heredados.
- Según las proyecciones, las muertes por cáncer seguirán aumentando en todo el mundo y, según estimaciones, en 2030 se alcanzará la cifra de 12 millones de muertes.

DATOS SOBRE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS (OMS 2009d)

- Cientos de millones de personas sufren a diario de enfermedades respiratorias crónicas.
- Actualmente padecen asma 300 millones de personas.
- 210 millones tienen enfermedades pulmonares crónicas obstructivas y millones de ellas padecen rinitis alérgica y otras enfermedades respiratorias crónicas no siempre diagnosticadas.

Estas enfermedades pueden evitarse. Hasta el 80% de las enfermedades del corazón, el ictus y la diabetes de tipo 2 y más de la tercera parte de los cánceres podrían evitarse eliminando los factores de riesgo comunes, principalmente el uso del tabaco, una dieta poco saludable, la inactividad física y el uso dañino del alcohol. Si no se aborda, la mortalidad y la carga de enfermedades causadas por estos problemas de salud seguirán aumentando. Según proyecciones de la OMS, las muertes por enfermedades no transmisibles aumentarán un 17% en los 10 próximos años. El mayor aumento se producirá en la Región Africana (27%) y en la Región del Mediterráneo Oriental (25%). La cifra absoluta más elevada de muertes se producirá en las regiones del Pacífico Occidental y del Sudeste de Asia” (OMS 2008a). En un estudio reciente ya citado se indica que la esperanza de vida en los Estados Unidos ha disminuido por vez primera en 100 años y que ello puede atribuirse a las enfermedades crónicas producidas por el tabaco y la obesidad (Thorpe 2009). La prevalencia de la diabetes aumentará y mejorará el acceso a la terapia antirretroviral, que guarda relación con un riesgo cuatro veces mayor de diabetes. En Camerún, los datos de referencia indican que, en 10 años, la prevalencia de la diabetes se ha multiplicado por diez (Bischoff et. al. 2009).

¿Cuáles son las causas?

El aumento de las enfermedades crónicas en el mundo se debe a una amplia diversidad de factores en los planos mundial, nacional y local. Muchos de ellos están relacionados con los fundamentales cambios globales y sociales, entre ellos la urbanización y la globalización económica, las medidas políticas y sociales, y los problemas de la injusticia social y el envejecimiento de la población.

La rapidez de la urbanización produce para los “pobres urbanos” una falta de medios y servicios que son esenciales para la buena salud, como la vivienda, las infraestructuras (carreteras, canalizaciones de agua, saneamientos, drenajes y electricidad) y los servicios básicos (entre ellos la recogida de los desechos y residuos domésticos, la atención primaria de salud, la educación y los servicios urgentes de salvamento) (OMS 2002).

Los pobres de las regiones rurales, como los pueblos indígenas, sufren de la creciente falta de inversiones en infraestructuras e instalaciones, con niveles desproporcionados de pobreza y condiciones de vida deficientes. Estas desigualdades de salud, evitables, surgen por las circunstancias en que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen y por los sistemas que se aplican para tratar las enfermedades. En el informe final de la Comisión sobre los Factores Sociales Determinantes de la Salud se afirma que la justicia social es verdaderamente cuestión de vida y muerte (OMS 2008b).

Con estos cambios guarda relación un aumento de la prevalencia de los principales factores de riesgo modificables: el uso del tabaco, la dieta deficiente, la falta de ejercicio físico, el uso excesivo del alcohol, las prácticas sexuales inseguras, y el estrés psicosocial no tratado. Éstos producen factores de riesgo intermedios, tales como el aumento de la presión sanguínea, el aumento de la glucosa en sangre, el aumento del colesterol y la obesidad, que causan las enfermedades cardiovasculares, el ictus, ciertos cánceres, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.

La Diabetes

Según la Federación Internacional contra la Diabetes (FID), en 1985 había en el mundo, según estimaciones, 30 millones de personas diabéticas. Hoy hay muchas más de 245 millones de personas con diabetes, cifra que indica que los casos se han multiplicado por siete en algo más de 20 años. Si no se hace nada para frenar la epidemia, dentro de 20 años el número de personas con diabetes alcanzará los 380 millones (FIDa). “La diabetes es la principal causa de pérdida parcial de la visión y de ceguera en los adultos, en los países desarrollados. La diabetes es la causa de la mayoría de las amputaciones de piernas o brazos, que no son consecuencia de un accidente. Las personas que sufren diabetes tienen muchas más probabilidades de sufrir un ataque cardíaco o un ictus. Las personas con diabetes corren un riesgo mayor de contraer enfermedades renales” (FIDa).

En Australia, el Centro Nacional de Modelos Sociales y Económicos predice que la prevalencia de la diabetes de tipo 2 casi se duplicará en los próximos 40 años y afectará a 1,6 millones de personas (para entonces, la enfermedad habrá costado 14.000 millones de dólares australianos cada año). Se prevé que las complicaciones resultantes de esta enfermedad conllevarán: 270.000 operaciones para instalar una anastomosis (bypass) coronario, más de 250.000 ataques cardíacos y más de 750.000 episodios renales (C3 Collaborating for Health 2009).

Datos y cifras

- La diabetes afecta actualmente a 246 millones de personas en todo el mundo y se prevé que afectará a 380 millones antes de 2025.
- En 2007, los cinco países que tenían el mayor número de personas con diabetes eran: India (40,9 millones), China (39,8 millones), Estados Unidos (19,2 millones), Rusia (9,6 millones) y Alemania (7,4 millones).
- En 2007, los cinco países que tenían el índice más alto de prevalencia de la diabetes entre la población adulta eran: Nauru (30,7%), los Emiratos Árabes Unidos (19,5%), Arabia Saudita (16,7%), Bahrein (15,2%) y Kuwait (14,4%).
- Antes de 2025, los mayores aumentos de prevalencia de la diabetes se producirán en los países en desarrollo.
- Cada año 7 millones de personas contraen la diabetes.
- Cada año 3,8 millones de muertes son atribuibles a la diabetes. Un número de personas aún mayor mueren de enfermedades cardiovasculares agravadas por desórdenes de lípidos e hipertensión relacionados con la diabetes.
- Cada 10 segundos muere una persona por causas relacionadas con la diabetes.
- Cada 10 segundos dos personas contraen la diabetes.
- La diabetes es la cuarta de las principales causas de muerte por enfermedad en todo el mundo.
- Como mínimo, el 50% de las personas con diabetes desconocen su estado de salud. En algunos países esta cifra puede llegar al 80%.
- Hasta el 80% de los casos de diabetes de tipo 2 pueden evitarse adoptando una dieta saludable e incrementando la actividad física.
- La diabetes es la principal causa de fallo renal en los países desarrollados y ocasiona enormes gastos de diálisis.
- La diabetes de tipo 2 ha pasado a ser la enfermedad más frecuente en las personas que sufren fallo renal en los países del mundo occidental. La incidencia comunicada oscila entre el 30% y el 40% en países como Alemania y los Estados Unidos.
- Entre el 10% y el 20% de las personas con diabetes mueren por fallo renal.
- Según estimaciones, más de 2,5 millones de personas en todo el mundo están afectadas de retinopatía diabética.
- La retinopatía diabética es la principal causa de pérdida de la visión en los adultos en edad laboral (20 a 65 años) en los países industrializados.
- En promedio, en los países desarrollados, las personas con diabetes de tipo 2 mueren entre 5 y 10 años antes que las personas que no padecen esa enfermedad, principalmente por enfermedades cardiovasculares.
- Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte en las personas con diabetes y causan aproximadamente el 50% del total de muertes por diabetes y numerosos casos de discapacidad.
- Las personas con diabetes de tipo 2 tienen una probabilidad de sufrir un ataque cardíaco, dos veces mayor que las personas que no padecen esa enfermedad. En realidad, las personas con diabetes de tipo 2 tienen la misma probabilidad de sufrir un ataque cardíaco que las personas sin diabetes que ya hayan sufrido uno de esos ataques (FID 2001).
- Con la diabetes, las enfermedades respiratorias (en particular el asma), las enfermedades cardiovasculares y la reducción del sistema inmune aumenta el riesgo de enfermedad grave y mortal por virus tales como el H1NI, especialmente en los grupos minoritarios y en las poblaciones indígenas (OMS 2009e).

CAPÍTULO 2

Consecuencias para el desarrollo y para los sistemas de salud

En este capítulo se examinan las consecuencias que tiene el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas en el desarrollo económico y social mundial con referencia a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la pobreza, las cuestiones de género y los sistemas de salud. Los costos relacionados con las enfermedades crónicas se estudian con referencia específica a la diabetes.

El desarrollo social y económico

El desarrollo se relaciona generalmente con las mejoras constantes y sostenibles de las circunstancias económicas y sociales en los países. Algunos aducen que, a consecuencia del desarrollo, se crean oportunidades de salud, mientras que otros argumentan que para el desarrollo equitativo y sostenible es imprescindible una población sana. Es éste un argumento importante cuando se trata de asignar los recursos y plantea la cuestión de si un país puede permitirse invertir en salud o puede permitirse no hacerlo. Por supuesto, no hay necesariamente una relación clara entre la riqueza económica de un país y la salud de toda su población. Hay una desigualdad cada vez mayor entre los países del mundo, lo que significa que las comparaciones tradicionales entre países no presentan un panorama completo, pues puede ser que las personas pobres de los países ricos tengan muchas menos oportunidades de salud que las personas ricas de los países pobres. Las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo están estrechamente relacionados con la pobreza y contribuyen a la pobreza; por ello no deben ya quedar excluidos de los debates mundiales sobre el desarrollo (OMS 2008a).

Las enfermedades crónicas imponen elevados costos en términos humanos, sociales y económicos, impiden a las personas y comunidades lograr todo su potencial y privan de su futuro a las personas. Aun cuando es difícil identificar métodos adecuados de cuantificar esos costos, entre ellos se incluye el tiempo perdido en el hogar, en la educación y en el descanso, además del tiempo perdido en el lugar de trabajo, lo que da lugar a una menor calidad de vida, a unos niveles más elevados de pobreza para las personas y las familias; a una menor productividad y producción económica para las empresas y las economías nacionales; a costos para las personas o para el sistema de salud en concepto de

diagnósticos, cuidados y tratamientos, y a los costos de complicaciones, frecuentemente evitables, de las enfermedades crónicas.

Al abordar el problema de las enfermedades crónicas en los países, han de tomarse en consideración el contexto social y económico general y el estado de desarrollo del sistema de salud.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Muchas personas han sugerido que la falta de objetivos específicos para tratar las enfermedades crónicas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fue una oportunidad perdida y que se ha puesto interés en el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo a expensas de las enfermedades crónicas. Se aduce que, al centrarse en estas enfermedades, la atención y los recursos se han desviado de la catástrofe inminente de las enfermedades crónicas (OMS 2005, pág.70).

Sin embargo, otros afirman que los ODM abordan las causas profundas de la mala salud, por ejemplo, la pobreza, las desigualdades, la falta de instrucción y educación y la mortalidad materna y que las iniciativas y recursos invertidos en fortalecer los sistemas de salud para tratar las enfermedades transmisibles tienen efectos positivos en los cuidados y en la gestión de la enfermedad crónica.

Cualquiera que sea la posición que se adopte, los ODM representan un pacto entre los países ricos y los países pobres. Este planteamiento de colaboración orientada puede utilizarse para impulsar el programa de la prevención de las enfermedades crónicas y de lucha contra ellas, especialmente cuando esas enfermedades adquieren una importancia igual a la de otras causas de mala salud para perpetuar la pobreza. La cuestión no es si debemos centrarnos en los ODM o en las enfermedades crónicas, sino encontrar modos de tratarlas conjuntamente porque están relacionadas entre sí y han de abordarse como requisito previo esencial para el desarrollo económico y social y para evitar la exclusión social.

La pobreza

La relación entre la pobreza y los estados de salud crónicos va en ambas direcciones: la pobreza es causa de mala salud y la mala salud da lugar a la pobreza. Entre los factores identificados por la OMS (OMS 2002) se cuentan los siguientes:

- Las madres que, con pocas posibilidades de nutrirlos, traen al mundo niños que en su edad adulta sufren estados crónicos tales como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardíacas.

- La pobreza y la mala salud durante la infancia está relacionada con estados crónicos en la edad adulta; entre ellos se cuentan el cáncer, las enfermedades pulmonares, las enfermedades cardiovasculares y la artritis.
- Las personas de edad avanzada pobres de los países desarrollados y en desarrollo tienen en muchos casos una salud deficiente y un acceso insuficiente a los cuidados.
- Los entornos laborales de los pobres tienden a ser más exigentes físicamente, ponen a las personas en peligro de lesiones y las exponen a sustancias dañinas. La exposición a productos químicos peligrosos y a la contaminación, especialmente en los países en desarrollo, se han relacionado con índices de prevalencia local del cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias.
- Muchas veces los pobres no tienen acceso a cuidados de salud o a medidas preventivas, lo que da lugar a unos resultados de salud peores y a un agravamiento de los estados crónicos.
- Los estados crónicos se han relacionado con discapacidades laborales, jubilación anticipada y menor productividad dando lugar a la pérdida del empleo.
- Los gastos de tratamiento de las enfermedades crónicas pueden ser exorbitantes, especialmente cuando esos estados no se tratan adecuadamente al principio o no se evitan las complicaciones.
- Las personas con enfermedades crónicas corren peligro de marginación y de estigmatización en sus comunidades, lo que puede dar lugar a otras limitaciones de sus oportunidades de formación y de empleo. Más aún, la estigmatización y el olvido se han relacionado con el agravamiento de los problemas crónicos. Las mujeres que padecen enfermedades crónicas corren un peligro aún mayor de verse perjudicadas en su formación, financieramente y físicamente.

La desigualdad de los géneros

La desigualdad social, la pobreza y el acceso no equitativo a los recursos, entre ellos la atención de salud, producen una pesada carga de enfermedades crónicas entre las mujeres del mundo, especialmente entre las mujeres pobres.

- Las mujeres tienden a vivir más tiempo que los hombres con las enfermedades crónicas, aun cuando muchas veces no tienen buena salud.
- Los costos relacionados con los cuidados de salud, entre ellos la tarifa a pagar como usuario, son un obstáculo para que las mujeres utilicen los servicios, ya que sus ingresos son más bajos que los de los hombres, y tienen menos control de los recursos familiares.

- La carga de trabajo de las mujeres en el hogar y sus funciones de dispensadoras de cuidados cuando otros miembros de la familia están enfermos son también factores importantes que retrasan las decisiones de búsqueda de tratamiento.
- En las regiones en que las mujeres tienen una movilidad limitada, quizá no pueden acudir a los centros de salud (OMS 2005, pág. 65).

Los sistemas de salud

El aumento de las enfermedades crónicas es una carga creciente y plantea exigencias nuevas y diferentes a los sistemas de salud de todo el mundo. Todos los elementos de los sistemas de salud se ven afectados —la prestación de los servicios, los recursos humanos de salud, los sistemas de información, los productos médicos, las vacunas, las tecnologías, la financiación, y la dirección y el gobierno interno. A pesar de su compromiso declarado con la atención primaria de salud, la mayoría de los sistemas de salud han de cambiar su orientación y pasar de los cuidados intensivos episódicos a los cuidados crónicos. Esto se expone más detalladamente en el capítulo 4 en relación con los distintos modelos de cuidados crónicos.

El Plan de Actuación 2008 - 2013, de la OMS, para la Estrategia global de prevención y de lucha contra las enfermedades no transmisibles (OMS 2008a) ofrece directrices para que los países reorienten y fortalezcan los sistemas de salud. Las enfermeras pueden utilizar esas directrices para dar forma a su contribución en los planos nacional y local. Entre ellas se incluye garantizar la aplicación de las políticas adecuadas; unos recursos humanos bien formados; el acceso adecuado a los medicamentos esenciales y a las tecnologías básicas; las normas para la atención primaria de salud; el buen funcionamiento de los mecanismos de referencia; el uso de directrices y normas basadas en pruebas para enfermedades comunes tales como las enfermedades cardiovasculares, los cánceres, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas; métodos económicos para la pronta detección de los cánceres de mama y de cérvix, la diabetes, la hipertensión y otros factores de riesgo cardiovascular; mejor formación de los médicos, las enfermeras y demás personal de salud, y programas de formación continua para ellos; apoyo que permita a las personas que padecen enfermedades no transmisibles gestionar mejor su estado de salud (por ejemplo, formación, incentivos e instrumentos de autogestión y de cuidados); y mecanismos para una financiación sostenible de la salud con el fin de reducir las desigualdades en el acceso a los cuidados.

Los costos de la enfermedad crónica

Aun cuando hay claras pruebas epidemiológicas que demuestran el aumento de la carga de las enfermedades crónicas, faltan pruebas indiscutibles de los efectos económicos de esas enfermedades. Los costos de la enfermedad crónica no se reducen a los costos médicos directos de las operaciones y los tratamientos medicamentosos. Hay además importantes costos indirectos, entre ellos el descenso de la productividad económica cuando los trabajadores enferman o resultan discapacitados, la jubilación prematura, y los costos de los diversos mecanismos para hacer frente a la enfermedad –utilización de los fondos ahorrados e invertidos, venta de activos domésticos, o sacar a los niños del colegio para que cuiden a un miembro enfermo de la familia. Estos costos de las enfermedades crónicas – para las personas y para las familias, para las comunidades, los empleadores y las economías– van en rápido aumento (OXHA 2009a). Además, hay costos humanos que no pueden cuantificarse y tiene relación con el dolor, el sufrimiento y el luto.

Es difícil conseguir cifras completas y aceptadas porque se utilizan métodos y planteamientos diferentes para describir y calcular los costos, y los resultados están sujetos a una amplia diversidad de interpretaciones. Los tres modos principales de hacer estimaciones de los costos son los siguientes:

- El método del costo contable de la enfermedad;
- Los modelos de crecimiento económico, en los que se hacen estimaciones de los efectos que las enfermedades crónicas tienen en la renta nacional, recurriendo a variables tales como la oferta de mano de obra y los ahorros; y
- El método de los ingresos totales, que trata de medir en términos monetarios las pérdidas de bienestar relacionadas con la mala salud (OMS 2005, pág. 75).

Las estimaciones por el método del crecimiento económico resultan las más bajas, el método de los ingresos totales arroja las estimaciones más altas, mientras que las estimaciones por el costo de la enfermedad se sitúan entre ambos.

En los Estados Unidos, utilizando el método del costo de la enfermedad los costos totales estimados de la atención de salud resultantes de las enfermedades cardíacas pasaron de 298.200 millones de dólares EE.UU. en el año 2000, a 329.200 millones en 2001 y a 351.800 millones en 2002 (OMS 2005, pág. 75).

En Australia, el ictus causa, según las estimaciones, el 2% aproximadamente del total de los costos directos de la atención de salud (OMS 2005, pág. 76).

En un estudio noruego, las estimaciones indicaban que, en 25 años, se conseguirían unos ahorros de 188 millones de dólares EE.UU si se evitan las enfermedades del corazón y los ataques cardiacos, reduciendo 2 mmHg el nivel de la presión sanguínea de la población, mediante una disminución de la ingesta de sal (OMS 2005, pág. 77).

Según estimaciones hechas en un estudio canadiense, reduciendo un 10% la prevalencia de la inactividad física podrían recortarse en 150 millones de dólares canadienses (unos 124 millones de dólares EE.UU.) los gastos anuales directos en atención de salud, en un año (OMS 2005, pág. 77).

Estimaciones de la OMS indican que China perderá 558.000 millones de dólares de ingresos nacionales por las enfermedades cardiacas, el ictus y la diabetes, solamente en el periodo de 2006 - 2015 (OMS 2009b).

En una reunión de la OCDE, celebrada en 2008 se comunicó lo siguiente:

- Las pérdidas de productividad relacionadas con los riesgos para la salud ascienden al 400% del costo del tratamiento de las enfermedades crónicas.
- En los Estados Unidos, las personas que padecen enfermedades crónicas absorben más del 75% de los gastos médicos de la nación, cifrados en 2 billones de dólares.
- Al aumentar la carga económica de la enfermedad crónica, puede ser que hayan de dedicarse a ella fondos necesarios para mejorar otros aspectos esenciales y para satisfacer necesidades básicas, tales como las de educación e infraestructuras, tanto en los países industrializados como en las economías emergentes.
- En los países de la OCDE sólo se destina a la prevención el 3% del gasto en salud. (PriceWaterhouseCoopers LLP 2008)

En los Estados Unidos, los costos directos e indirectos del hábito de fumar ascienden a más de 75.000 millones de dólares, y los de la diabetes se cifran en más de 130.000 millones de dólares, cada año (OXHA 2009a).

La diabetes causó unos 3,8 millones de muertes en todo el mundo, en 2007 – aproximadamente el 6% de la mortalidad mundial total y casi el mismo número de muertes que el VIH/SIDA. Utilizando las cifras de la OMS sobre los años de vida perdidos por persona que muere de diabetes, esto se traduce en más de 25 millones de años de vida perdidos cada año. Según estimaciones de la Federación Internacional contra la Diabetes (FID), el equivalente de otros 23 millones de años de vida se pierden por las discapacidades y por la inferior calidad de vida causadas por complicaciones evitables de la diabetes. Las personas que sufren diabetes corren un alto riesgo de muerte prematura, especialmente en los países en que las personas y las familias han de hacerse cargo de los costos de sus propios cuidados y tratamiento.

Desigualdades entre el mundo desarrollado y el mundo en desarrollo

Más del 80% de los gastos en cuidados médicos de la diabetes se hacen en los países más ricos del mundo. Menos del 20% de esos gastos se hacen en los países de renta media y baja, en los que pronto vivirán el 80% de las personas con diabetes. Los EE.UU. albergan aproximadamente el 8% de la población mundial que vive con la diabetes y hace más del 50% de los gastos mundiales dedicados a los cuidados de la diabetes, mientras que Europa representa una cuarta parte de los gastos en cuidados de la diabetes. Otros países industrializados, como Australia y Japón, representan la mayoría del resto de esos gastos. En los países más pobres del mundo, no se dedican cantidades suficientes ni siquiera para dispensar los medicamentos menos caros que son indispensables para combatir la diabetes.

Aumento desmesurado de los costos de los cuidados médicos para combatir la diabetes

Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, la diabetes es costosa aun antes de que se diagnostique. Los costos son muy superiores a lo que tendrían que ser porque es insuficiente el dinero que se invierte para evitar complicaciones caras, tales como las enfermedades cardíacas, el ictus, las enfermedades renales y las amputaciones. El costo del tratamiento de una persona con diabetes que tenga una enfermedad renal en estado avanzado es de 3 a 4 veces mayor que si la persona no presenta complicaciones. En 2007, se gastaron en el mundo, según estimaciones, 232.000 millones de dólares EE.UU., como mínimo, para tratar y prevenir la diabetes y sus complicaciones. Es probable que para 2025, esa cifra supere los 302.500 millones dólares (FIDb).

CAPÍTULO 3

Estrategias para reducir los riesgos de enfermedades crónicas

En este capítulo se trata de la prevención de las enfermedades crónicas. En él se abordan algunos factores de riesgo, biológicos y de comportamiento, que hacen que sea mayor la probabilidad de desarrollar las enfermedades crónicas más comunes, es decir, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y algunos cánceres, y se indican diversas intervenciones para reducir o gestionar esos riesgos.

Prevención de las enfermedades crónicas

Como las causas subyacentes se sitúan frecuentemente fuera del sector de salud, para aplicar estrategias destinadas a evitar la enfermedad crónica es preciso que participen otros sectores tales como la agricultura, las finanzas, el comercio, el transporte, la planificación urbana, la educación y el deporte. Han de analizarse y armonizarse las políticas de todos los sectores para conseguir los mejores resultados de salud posible.

Reducir los factores de riesgo

Hasta el 80% de las enfermedades cardíacas, el ictus y la diabetes de tipo 2 y más de un tercio de los cánceres podrían evitarse suprimiendo o tratando los factores de riesgo. Los principales factores de riesgo de comportamiento generalizados son el uso del tabaco, la dieta poco saludable, la falta de ejercicio físico y el uso dañino del alcohol. Los factores biológicos de riesgo relacionados son, entre otros, la presión sanguínea alta, el colesterol alto, una alta glucosa en sangre, y el sobrepeso/obesidad.

Datos procedentes de la Oxford Health Alliance (OXHA 2006) sugieren que, en los países desarrollados, los factores de riesgo se concentran principalmente en los pobres, mientras que, en los países en desarrollo, el grupo socioeconómico es diferente para los distintos factores de riesgo. Por ejemplo, en la mayoría de los países de renta baja el hábito de fumar se concentra entre los pobres. En cuanto a la obesidad, los hábitos no saludables afectan tanto a los ricos como a los pobres en un mismo país. Aun cuando los datos de la diabetes sugieren que ésta predomina entre los ricos, tanto en los países desarrollados

como en los países en desarrollo, esto puede ser consecuencia de que las personas pobres no pueden buscar un diagnóstico. El panorama es más complejo en el caso de otros indicadores, como la actividad física y la angina. (Nadia, this sentence makes not much sense in the English version, Zapata has translated and highlighted)

Las estrategias para reducir los factores de riesgo deben fomentar un método en colaboración, tender a hacer a las personas más conscientes, facilitar y alentar las opciones de salud realistas y económicas y hacer que las elecciones saludables sean elecciones fáciles.

Intervenciones

Entre las intervenciones para abordar los factores de riesgo se cuentan las de prevención primaria y secundaria. Las intervenciones de prevención primaria se realizan antes de cualquier diagnóstico de la enfermedad y pueden ser individuales, comunitarias, o para toda la población. La intervención secundaria incluye las actuaciones de selección clínica tales como la vigilancia de la presión sanguínea, las pruebas de colesterol y el empleo de medicamentos tales como la aspirina, las estatinas, los betabloqueantes y los inhibidores *de extractos adrenocorticales* (ACE) para quienes corren alto riesgo de enfermedades crónicas o las han desarrollado.

En el plano individual

Las personas deciden participar en diversas actividades de promoción de la salud en distintos momentos de su vida y por múltiples razones, entre ellas para tener mejor aspecto, para sentirse mejor o para mantener su salud. Su intención no es siempre evitar las enfermedades crónicas, pero las actividades que se enumeran a continuación reducen el riesgo de contraer esas enfermedades:

- Dejar de fumar, recurriendo a una terapia de sustitución de la nicotina, si es necesario;
- El consumo responsable de bebidas alcohólicas, sin exceder los niveles máximos recomendados;
- Un ejercicio físico regular, al menos equivalente a 30 minutos de paseo enérgico, tres veces por semana;
- Mantener el peso adecuado y un índice saludable de masa corporal (IMC), y comer al menos cinco veces al día frutas y hortalizas, reduciendo la ingesta de sal y consumiendo grasas insaturadas.

Aun para las personas que tienen la ocasión, los recursos y la motivación para reducir su riesgo de desarrollar una enfermedad crónica, puede resultar difícil realizar estas actividades hasta incorporarlas plenamente a su vida diaria. Las enfermeras pueden dar ejemplo y alentar a su familia y amigos a adoptar, como ellas, estilos de vida saludables.

En el plano de la comunidad

Para que las intervenciones basadas en la comunidad resulten eficaces, son importantes varios factores tales como la participación de la comunidad, las decisiones de apoyo de la policía local, la actuación de los diversos sectores, y la colaboración con las organizaciones no gubernamentales, el sector industrial y el sector privado. Las escuelas y los lugares de trabajo saludables, por ejemplo, pueden influir en medida importante en la salud de los niños, de las familias y de los empleados y pueden producir un mayor entusiasmo y motivar una mayor participación y una mejor productividad. Las enfermeras pueden desempeñar una importante función de apoyo a esas iniciativas dirigiendo campañas de formación y de información; cerciorándose de que los mensajes de salud son claros y coherentes; influyendo en las políticas relacionadas con el acceso a una alimentación sana en las escuelas y lugares de trabajo; facilitando el acceso a servicios de salud tales como los de asesoramiento nutricional, o exámenes de la presión sanguínea; fomentando la creación de entornos saludables y de instalaciones para la actividad física; y creando un entorno en el que las elecciones saludables sean opciones fáciles.

Intervenciones Comunitarias en favor de la Salud (OXHA 2009b) es un programa mundial de investigación destinado a establecer entornos y políticas que reduzcan la exposición al uso del tabaco, las dietas pobres y la falta de actividad física. Entre esas intervenciones se cuentan el establecimiento de coaliciones en la comunidad, la formación de salud, las intervenciones en las estructuras y las estrategias de marketing social. El programa va a introducirse en comunidades de alto riesgo en países desarrollados y en países en desarrollo, entre ellos China, India, México, Túnez, Israel, Reino Unido y EE.UU. las intervenciones se centran en las comunidades, escuelas, lugares de trabajo y centros de salud. Se prevé que el programa aporte:

- Una guía de las mejores prácticas para tratar los factores de riesgo de enfermedades crónicas.
- Una base de datos internacional completa de los procesos y resultados de las intervenciones.
- Artículos de investigación para hacer avanzar el sector de la reducción de los factores de riesgo y la prevención de las enfermedades crónicas.

Los nativos de América del Norte se han visto afectados en medida desproporcionada por la diabetes epidémica del tipo 2, con algunos de los índices más elevados del mundo. Se comunicó que los indios Pima de Arizona tienen en los adultos una prevalencia del 50%, la más elevada del mundo en todos los tiempos. Su dieta alimentaria y la falta de ejercicio son factores de riesgo importantes. Un programa de intervención en el que participaron la mayoría de los miembros de dos comunidades y múltiples instituciones resultó ser culturalmente aceptable e importante y están en curso nuevos trabajos (Rosecrans et al. 2008).

En el plano de la sociedad

Los cambios en el plano de la sociedad abarcan, entre otros, los cambios de política relacionados con los impuestos del tabaco y el alcohol, por ejemplo; la legislación sobre el tabaco y las bebidas alcohólicas: cambios de política general relacionados con el etiquetado, la comercialización y la fabricación de los alimentos. Los cambios de los procesos industriales para reducir los componentes alimentarios no saludables –como la cantidad de grasas trans o de sal en los alimentos industriales- pueden tener importantes efectos en la dieta de las personas.

La India representa casi una tercera parte de los 3 millones de muertes relacionadas con el tabaco que, según estimaciones, se producen en el mundo (cada año) y han aumentado las lesiones bucales precancerosas que, según creen los médicos causa el tabaco de mascar. Este tabaco ha sido socialmente aceptable y es cada vez más popular en la India, especialmente entre los jóvenes. Algunos tipos de tabaco de mascar o sin humo han sido comercializados y utilizados por niños de tan sólo seis o siete años en la última década (Joshi 2006). El cáncer de boca tiene un periodo de incubación de diez años, por lo que se teme que una enorme oleada de cáncer bucal afecte a la India dentro de algunos años. El Estado de Goa ha aprobado algunas de las leyes antitabaco más duras del mundo. En virtud de la Ley de prohibición de fumar y escupir de Goa, no se permite fumar ni escupir el tabaco mascado en lugares de trabajo o públicos, como paradas de autobús, playas y transportes públicos. Prohíbe toda publicidad del tabaco en el Estado y la venta de manufacturas de tabaco a una distancia inferior a 100 metros de una escuela o lugar de culto (Servicio mundial de la BBC).

Problemas

Abordar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas plantea numerosos problemas, tales como los de eficiencia económica, diferencias culturales, acceso a la información y adopción de decisiones informadas.

Los costos y las repercusiones de muchas intervenciones de reducción del riesgo son más fáciles de medir en el plano individual que en el de la comunidad o en el de la sociedad. Por ejemplo, están en curso investigaciones para determinar la eficiencia relativa de los costos de la prevención primaria general, en contraposición con las intervenciones en poblaciones de alto riesgo.

Hay diferencias culturales en los comportamientos de búsqueda de la salud y en las opciones y responsabilidad individuales de la promoción, el mantenimiento y la gestión de la salud. Asimismo, hay importantes diferencias en las relaciones entre el público y los profesionales de salud, especialmente en lo que se refiere a compartir información y adoptar decisiones.

El acceso a una información precisa, pertinente e imparcial y el uso de esa información son importantes en todos los planos desde el individual hasta el de los profesionales de salud y el de los encargados de formular las políticas. En los países en desarrollo, en los que hay escasa conciencia de las consecuencias que tienen para la salud el hábito de fumar, el consumo de alcohol, la dieta deficiente y la inactividad física, es evidente que se precisa más información. La Iniciativa de Información de Salud para Todos antes de 2015, en la que participa el CIE, tiene por objeto conseguir que todas las personas tengan acceso a un dispensador de salud informado (HIFA). Un ejemplo de las ventajas de la información es la pronta y sostenida reducción del hábito de fumar, que se produjo en los Estados Unidos después de la publicación del Informe del Ministerio de Sanidad sobre los riesgos del consumo de tabaco en 1964.

Sin embargo, la cuestión de la información no es tan clara como parece. Pasaron siglos hasta que se entendieron en general los efectos que tiene para la salud el hábito de fumar, por tanto quizá no se disponga todavía de toda la información necesaria. Es posible que algunos grupos, entre ellos los niños, no tengan capacidad para interpretar o comprender la información, razón por la cual la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a los niños es una cuestión polémica. Entre los adultos, puede haber escepticismo y falta de confianza en la información que facilitan el sector, los gobiernos y otros interesados.

Además, saber cuál es la opción saludable es una cosa, pero adoptar esa opción es otra cosa muy distinta. Las personas no siempre se comportan de manera racional y correr riesgos forma parte del comportamiento humano normal. Aun las personas bien informadas consumen alimentos no saludables, fuman y beben excesivo alcohol. Por tanto, si bien facilitar información y hacer a las personas más consientes es un paso esencial, quizá no sea suficiente, por sí solo, para cambiar el comportamiento o la práctica. Mensajes coherentes relacionados con la salud han de transmitirse y reforzarse periódicamente, de diversas maneras, para informar y educar a poblaciones enteras.

El apoyo psicosocial, motivacional y del comportamiento, por ejemplo estableciendo objetivos y resolviendo problemas, desempeñan una importante función para conseguir cambios sostenibles del estilo de vida y evitar las enfermedades crónicas (Fekete et al. 2007; Whittmore et al. 2009; Lindstrom et al. 2008). Como, según las estimaciones, podrían evitarse hasta el 80% de las enfermedades crónicas, las enfermeras están bien situadas para hacer, en todo el mundo, una contribución importante a la prevención de esas enfermedades.

Prevención de la diabetes de tipo 2

En la prevención primaria se identifica y se protege a las personas que corren el riesgo de desarrollar la diabetes de tipo 2, con lo que se reduce la necesidad de dispensar cuidados contra esta enfermedad y la necesidad de tratar las complicaciones con ella relacionadas. Los cambios del estilo de vida, para controlar el peso y aumentar la actividad física, son objetivos importantes para prevenir la diabetes de tipo 2.

La prevención secundaria implica la detección temprana y la prevención de las complicaciones y, por tanto, la reducción de la necesidad de tratamiento. Las medidas adoptadas en una fase temprana de la diabetes son más beneficiosas en lo que respecta a la calidad de vida y son más económicas, especialmente si pueden evitar la hospitalización. Se dispone ya de pruebas concluyentes de que con un buen control de los niveles de glucosa en sangre puede reducirse en medida sustancial el riesgo de sufrir complicaciones y hacer más lenta su progresión en todos los tipos de diabetes. Igualmente importante es el control de la presión sanguínea alta y del aumento de los lípidos (grasas) en sangre (FIDc). En un estudio reciente realizado en los Estados Unidos se sugiere que el paso de la prediabetes a una regulación de la glucosa normal puede conseguirse perdiendo peso y cambiando radicalmente el estilo de vida (Perreault et al. 2009).

CAPÍTULO 4

Gestión de los cuidados crónicos: contribuciones y competencias de la enfermería

En esta sección se estudian los cuidados y el tratamiento de los estados crónicos, con referencia a los distintos modelos de cuidados crónicos. Se pone de relieve la contribución de la enfermería a la gestión de los cuidados crónicos y se hace referencia a las competencias que precisan las enfermeras en todo el continuo de estos cuidados.

Modelos de gestión de los cuidados crónicos

Las distintas enfermedades crónicas no se consideran ya de manera aislada, pues un número de personas cada vez mayor se ve afectado por más de una de estas enfermedades, por ejemplo la diabetes y la enfermedad cardiovascular. Las exigencias que las enfermedades crónicas comunes plantean a los pacientes, las familias y el sistema de atención de salud son similares y, de hecho, en todas las enfermedades crónicas se aplican estrategias de gestión comparables, lo que hace que parezcan mucho más similares que diferentes.

Los pacientes que sufren enfermedades crónicas necesitan amplio apoyo en sus comunidades para mantener su mejor estado de salud y nivel de funcionamiento durante el tiempo más largo que sea posible. Necesitan capacidades de autoatención para gestionar sus problemas en casa, y necesitan también unos cuidados y una gestión dinámicos, integrados y planificados que prevean sus necesidades, para que cualesquiera cambios o deterioro de su estado puedan tratarse rápidamente antes de que se convierta en una situación grave.

Los modelos de cuidados crónicos se emplean y se adaptan en distintos países. Las enfermeras se encuentran en una situación privilegiada para dirigir y favorecer los modelos adecuados de cuidados crónicos. En las figuras 1 y 2 se muestran, como ejemplos, dos modelos, El modelo de los cuidados crónicos (MCC) y el Marco para los cuidados innovadores de los estados crónicos de la OMS (ICCC).

El modelo de los cuidados crónicos (MCC)

La esencia del planteamiento del MCC es la interacción entre “un paciente informado y activo y un equipo preparado, de práctica dinámica”. Esto significa “un paciente motivado, con la información, las capacidades y la confianza necesarias para adoptar decisiones efectivas acerca de su salud y para gestionarla, y un equipo profesional con los necesarios recursos e información sobre el paciente, apoyo para sus decisiones, y recursos para dispensar unos cuidados de gran calidad” (Improving Chronic Illness Care 2004). El modelo se basa en seis elementos relacionados entre sí y en las actividades asociadas que se identifican a continuación. Las enfermeras de todo el mundo tienen una importante función en todos estos elementos y actividades.

Figura 1: El modelo de los cuidados crónicos (MCC)

Elemento	Actividad/contribución
La relación entre paciente y dispensador	<ul style="list-style-type: none">• Incluye a los pacientes como participantes activos en la gestión de su estado de salud• Facilita información e imparte formación a los pacientes, a los dispensadores de los cuidados, a las familias y al público en general• Facilita los propios cuidados y la autogestión por el paciente• Desarrolla las relaciones con los pacientes y los dispensadores de cuidados durante un periodo más largo, reconociendo que los pacientes, los dispensadores de cuidados y las familias pueden ser más expertos que el médico generalista en lo que respecta a la nueva evolución y a las posibilidades de tratamiento, y pueden muchas veces aportar nueva información a la enfermera o al profesional de salud.
El diseño del sistema de prestación	<ul style="list-style-type: none">• Dirige la prevención, la detección, la evaluación y el diagnóstico• Pasa de los cuidados reactivos a los cuidados planificados y al seguimiento sostenido y dinámico• Utiliza un método de equipo y de práctica en colaboración• Selecciona a los grupos de alto riesgo• Coordina los cuidados de los pacientes con necesidades complejas• Planifica y dispensa cuidados que los pacientes entienden y que se adaptan a su cultura.

Elemento	Actividad/contribución
El apoyo a las decisiones	<ul style="list-style-type: none"> • Recurre sistemáticamente a instrumentos de evaluación y diagnóstico • Utiliza protocolos basados en pruebas y directrices de la práctica clínica para orientar las intervenciones y hacer partícipes a los pacientes • Coordina las remisiones a los especialistas integrados en el equipo.
Los sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> • Se comunican eficazmente y gestionan la información de manera adecuada • Recurren a las nuevas tecnologías • Hacen recordatorios de las directrices para la práctica y proporcionan observaciones y comentarios inclusive sobre el uso de los registros de los pacientes • Vigilan y evalúan los cuidados y tratamientos • Se ocupan de mejorar la calidad.
Los recursos de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Crean fuertes vínculos con los organismos de la comunidad que fomentan la integración social y la vida sana para impulsar o desarrollar los programas • Saben lo que funciona en determinadas culturas o comunidades • Animar a los pacientes a que participen en programas eficaces • Amplían sus funciones con el público, otro personal y otros sectores distintos de los de salud.
La organización de atención de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Se compromete y apoya el desarrollo estratégico de la infraestructura de los cuidados previstos • Adopta unas funciones de dirección adecuadas en las organizaciones y entre ellas • Prepara acuerdos para la coordinación de los cuidados • Utiliza y gestiona los recursos de manera económica • Contribuye a la elaboración de la política general y a la planificación y gestión de los servicios • Fomenta estrategias eficaces de mejoramiento • Se cerciora de que los incentivos se basan en la calidad de los cuidados.

El modelo de los cuidados crónicos



*Imprimido con la permission de Edward H. Wagner, MD, MPH,
Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve
Care for Chronic Illness? Effective Clinical Practice, Aug/Sept 1998, Vol 1.*

El Marco para los cuidados innovadores de los estados crónicos (CIEC) de la OMS.

El Marco para los cuidados innovadores de los estados crónicos de la OMS se basa en el convencimiento de que los resultados positivos, en el caso de las enfermedades crónicas, solamente se consiguen cuando colaboran los pacientes, las familias, los equipos de atención de salud, y los apoyos comunitarios preparados, informados y motivados (OMS 2002).

El marco se basa en los siguientes principios esenciales:

- Adopción de decisiones basada en pruebas
- Interés en la población
- Interés en la prevención
- Interés en la calidad
- Integración
- Flexibilidad/capacidad de adaptación.

El marco se compone de elementos fundamentales o “bloques constructivos” que pueden utilizarse para crear o diseñar un sistema de atención de salud capaz de gestionar más eficazmente los problemas de salud de larga duración. Las enfermeras están bien situadas para contribuir de manera plena y eficaz en todos y cada uno de los elementos, con el fin de

impartir los cuidados y la gestión adecuados y eficaces de los estados crónicos, según la situación local y los recursos disponibles.

Figura 2: Marco para los cuidados innovadores de los estados crónicos de la OMS

Elementos	Actividad/Contribución
La organización de los cuidados de salud	Apoyar la autogestión y la prevención Organizar y dotar de medios a los equipos de atención de salud Utilizar sistemas de información Promover la continuidad y la coordinación Fomentar los cuidados de calidad mediante la dirección y los incentivos.
Comunidad	Movilizar y coordinar los recursos Prestar servicios complementarios Impulsar unos mejores resultados mediante la dirección y el apoyo Hacer a las personas más conscientes y reducir el estigma.
Entorno de política general	Fortalecer las colaboraciones Ampliar y asignar los recursos humanos Proporcionar liderazgo y defensa Integrar las políticas Promover una financiación coherente Impulsar los marcos legislativos.

reproducción
reproducción

Marco para los cuidados innovadores de los estados crónicos



Imprimido con la permission de la OMS

La contribución de la enfermería

En estos dos modelos es esencial centrar el interés en pacientes, familias y comunidades, informados y motivados, apoyados por un equipo, también informado y motivado, de práctica en colaboración. Las enfermeras han estado siempre en la vanguardia de la práctica en lo que se refiere a facilitar información e impartir formación a los pacientes; establecer relaciones con los pacientes, los cuidadores y las comunidades; dar continuidad a los cuidados; utilizar la tecnología para hacer avanzar la prestación de los cuidados (CIE 2007); favorecer el seguimiento de las terapias de larga duración; y promover la práctica en colaboración (CIE 2004).

Aun cuando el modelo de los cuidados crónicos se desarrolló en los Estados Unidos y fue puesto en práctica principalmente por médicos, uno de ellos, Bodenheimer, afirma que “las publicaciones sobre atención de salud y la experiencia de numerosas iniciativas para mejorar los cuidados crónicos indican que las enfermeras, y no los médicos, son la clave para aplicar el modelo de los cuidados crónicos en un equipo de atención centrado en el paciente” (Bischoff et al. 2009).

“Muchos de los resultados positivos observados en las visitas de cuidados planificados con las enfermeras pueden obedecer a una mejor comunicación con los pacientes. Las enfermeras son especialmente aptas, para actuar en equipo y pueden establecer una interacción –quizá más– beneficiosa con los pacientes (que los médicos). Por tanto, las enfermeras deben estar bien preparadas para asumir el reto de tratar la epidemia de las enfermedades crónicas en todo el mundo (Bischoff et al. 2009)”.

Las competencias

Cualquiera que sea el modelo de los cuidados crónicos que se utilice, las enfermeras son esenciales y deben tener los conocimientos, capacidades y cualidades necesarios para poder contribuir con todas sus posibilidades. Se precisan programas de formación y de capacitación que preparen a la enfermería y a los recursos humanos de salud para tratar los cambios de la carga de la enfermedad. El tipo de formación y de capacitación que se precisa se presta a un aprendizaje multidisciplinar e interdisciplinar. Debe recurrirse a un método eficaz y pragmático que garantice que se dispondrá de unos cuidados adecuados, económicos y completos para todas las personas que sufren enfermedades crónicas y que estas personas tendrán también acceso a unos cuidados y una gestión especializados cuando sean necesarios (CIE 2008).

El Marco y competencias para el continuo de los cuidados de enfermería del CIE se basa en el Marco del CIE de las competencias de la enfermera generalista y es un marco firme para

conseguir desarrollar unos conocimientos, capacidades y atributos o competencias adecuados a lo largo de todo el continuo de los cuidados de enfermería (CIE 2008). La dificultad consiste, como siempre, en establecer cuáles son los elementos comunes de los cuidados y de la gestión de los estados y de las enfermedades crónicas, que han de aplicarse a lo largo de todo el continuo de los cuidados y los conocimientos específicos especializados que se precisan para situaciones complejas y de comorbilidad. Cuando se establecen los límites de la práctica especializada, ésta puede establecerse en los planos local y nacional para hacer el mejor uso posible de los recursos con el fin de satisfacer las necesidades de atención de salud de las poblaciones locales. El CIE prevé un marco de competencias para las enfermeras que trabajan en funciones clínicas especializadas (CIE 2009).

Entre las competencias que precisan las enfermeras para prevenir y gestionar las enfermedades crónicas se cuentan las siguientes (CIE 2008):

- Participa en actividades para mejorar el acceso a los diversos servicios de salud necesarios (enfermera titulada)
- Respeta el derecho del paciente a la información, a la elección y a la autodeterminación en los cuidados de enfermería y de salud (enfermera titulada y especialista)
- Demuestra integridad profesional, rectitud y conducta ética en respuesta a las estrategias de comercialización aplicadas en el sector, al recetar medicamentos y otros productos (enfermera especialista y de práctica avanzada)
- Actúa como recurso de información y de formación para los clientes que tratan de mejorar sus estilos de vida, adoptar actividades de prevención de enfermedades/lesiones y hacer frente a los cambios de la salud, la discapacidad y la muerte (enfermera titulada).
- Reconoce las oportunidades y proporciona orientación y formación a las personas, las familias y las comunidades, para animarles a participar en actividades de prevención de la enfermedad y a mantener estilos de vida saludables (enfermera titulada y especialista)
- Selecciona estrategias de docencia/aprendizaje adecuadas a las necesidades y características de la persona o del grupo (enfermera titulada y especialista)
- Cooperación con otros profesionales, con la comunidad y con grupos especialistas interesados en actividades destinadas a reducir la enfermedad y promover estilos de vida y entornos saludables en sectores importantes de la práctica especializada (enfermeras especialista)
- Incorpora en su práctica profesional una perspectiva que tome en consideración los múltiples factores determinantes de la salud (enfermera titulada y especialista)

- Colabora con otros profesionales en la prestación de atención de salud para impulsar los servicios de enfermería y los demás servicios de salud a los que tienen acceso los clientes (enfermera titulada).

La gestión de la enfermedad crónica

Cada vez más, las enfermeras asumen un papel de dirección en la gestión de las enfermedades crónicas. En algunos contextos esto sucede por defecto a consecuencia del creciente número de personas que necesitan cuidados. En otros contextos, la introducción de las enfermeras especialistas y de enfermeras clínicas de práctica avanzada es la respuesta estratégica que se da a una necesidad identificada. En el Reino Unido, las enfermeras especialistas en diabetes son uno de los primeros grupos de enfermeras que asumen responsabilidades nuevas y más amplias en la gestión de los cuidados.

La gestión de la diabetes de tipo 2

En 2008, se revisaron y actualizaron en el Reino Unido las directrices nacionales para la gestión de la diabetes de tipo 2 en la atención primaria y secundaria, sobre la base de los mejores exámenes sistemáticos de que se disponía (NCC-CC 2008; Bannister 2008). Directrices similares se encuentran en otros países y de ellas se deduce con claridad que en muchos países las enfermeras están bien situadas para hacerse cargo de la responsabilidad de los cuidados y de la gestión de las personas con diabetes.

Cuidados centrados en el paciente: En todos los cuidados deben tomarse en consideración las necesidades y las preferencias de cada paciente. Una buena comunicación es vital para que los pacientes puedan adoptar decisiones informadas y fundadas en el acceso a información basada en pruebas y a formación.

Formación: Las directrices recomiendan que, en el momento del diagnóstico o en torno a ese momento, se ofrezca a todos los pacientes una formación estructurada. Aun cuando las pruebas sugieren que es preferible la formación en grupos, ha de ofrecerse una alternativa para los pacientes que no puedan o que no quieran asistir. La formación debe basarse en pruebas y satisfacer las necesidades de la persona. Ha de tener un plan de estudios estructurado, ser impartida por docentes capacitados, garantizar la calidad y ser objeto de auditorías periódicas. Un examen de la formación debe ser parte de las revisiones anuales de todos los pacientes, y el acceso a las actualizaciones anuales es un elemento importante de los cuidados permanentes. La formación impartida mediante programas estructurados debe incorporarse a los cuidados dispensados a cada paciente. Es, pues, de vital importancia que todos los profesionales de atención de salud que participan en la prestación

de los cuidados de la diabetes conozcan los contenidos, los principales mensajes y los instrumentos de autogestión que se emplean en el programa local.

Asesoramiento alimentario: Las recomendaciones sobre la dieta alimentaria se centran en los principios de una alimentación sana, esencialmente para una protección óptima contra el riesgo cardiovascular. Deben recomendarse los alimentos siguientes: frutas, legumbres y hortalizas, cereales integrales y leguminosas, productos lácteos bajos en grasa y pescados grasos. Debe controlarse la ingesta de alimentos que contengan ácidos grasos saturados o grasas trans, y debe desaconsejarse la de alimentos que se comercializan específicamente para personas con diabetes.

Presión sanguínea: La presión sanguínea recomendada para la población general del tipo 2 es <140/80mmHg, aunque un objetivo más exigente, de <130/80mmHg, se recomienda para las personas con afecciones renales o daños oculares o cerebrovasculares. Como primera intervención, se recomienda el asesoramiento sobre el estilo de vida pero, si con éste no se consigue el objetivo del nivel acordado, se recomienda una terapia con el inhibidor de *extractos adrenocorticales* (ACE) en la máxima dosis tolerada. Sin embargo, hay que tener cuidado con las mujeres que pueden quedarse embarazadas –para este grupo se recomienda introducir un bloqueador del canal de calcio. Las consecuencias del tratamiento deben examinarse regularmente para cerciorarse de que se gestionan de manera óptima y se administra la dosis adecuada.

Evaluación del control de la glucosa: Se recomienda el objetivo general HbA1c de 6,5% especialmente para reducir el riesgo microvascular. Sin embargo, éste varía según la persona en función de la calidad de vida que haya de sacrificarse para conseguir el objetivo, el riesgo de efectos secundarios y los recursos disponibles para esa gestión. En el caso de los pacientes que traten de conseguir un objetivo de HbA1c cercano al 6,5%, es importante insistir en que cualquier reducción del HbA1c para conseguir el objetivo acordado es beneficiosa. Cuando se aplican tratamientos que conllevan riesgo de hipoglucemia, puede ser necesario fijar como objetivo un nivel algo más alto para reducir al mínimo la hipoglucemia. No se recomienda un tratamiento agresivo de HbA1c inferior al 6,5%.

Autovigilancia de la glucosa en sangre: La autovigilancia de la glucosa en sangre debe recomendarse a todos los pacientes recientemente diagnosticados como parte integrante de su educación para el autotratamiento. No todos los pacientes quieren vigilar su glucosa en sangre. Debe aclarárseles la finalidad de la vigilancia y han de disponer de formación para interpretar los resultados y conocer las posibles actuaciones para tratar los cambios. Algunos pacientes quizá prefieran no vigilar su glucosa en sangre, pero los que sí la vigilan deben tener apoyo. Una vez tomada la decisión de autovigilarse, el beneficio y las consecuencias de esa vigilancia deben examinarse al menos una vez al año.

Gestión de los lípidos: Se considera que la mayoría de los pacientes de diabetes de tipo 2 corren un alto riesgo de enfermedad cardiovascular. Para la mayoría de los pacientes

de más de 40 años está indicada la terapia con estatina. Algunos pacientes de menos de 40 años corren un riesgo elevado si se identifican en ellos los factores de riesgo convencionales –para estos pacientes también está indicada la terapia con estatina. Los factores de elevado riesgo en las personas de menos de 40 años son los característicos del síndrome metabólico, un historial familiar con numerosos casos, los antecedentes étnicos y las pruebas de daños microvasculares.

CAPÍTULO 5

Innovaciones de enfermería en los cuidados de las enfermedades crónicas

La innovación en la atención de salud para las enfermedades crónicas consiste en la introducción de nuevas ideas, métodos o programas para cambiar el modo de prevenir y gestionar esas enfermedades (OMS 2002). La innovación no es un concepto nuevo para la profesión de enfermería. En todo el mundo las enfermeras realizan cada día actividades innovadoras, actividades motivadas por el deseo de mejorar los resultados de los cuidados en los pacientes y por la necesidad de reducir los costos para el sistema de salud. Muchas de estas iniciativas han dado lugar a importantes mejoramientos de la salud de los pacientes, de las poblaciones y de los sistemas de salud (Base de datos del CIE sobre Innovaciones).

Las enfermeras están bien situadas para aportar soluciones creativas e innovadoras al problema de las enfermedades crónicas y para mejorar en gran medida la vida diaria de los pacientes, las familias y las comunidades. El CIE está comprometido a promover y difundir la innovación en la enfermería y ha iniciado su Base de datos sobre Innovaciones, recurso basado en la web <http://www.icn.ch/innovations/> para ayudar a difundir en todo el mundo las innovaciones de enfermería. Además, el CIE eligió para el Día Internacional de la Enfermera de 2009 el tema “Servir a la comunidad y garantizar la calidad: las enfermeras se comprometen a dispensar cuidados innovadores”.

Como se ha expuesto en el capítulo 4, los cuidados crónicos exigen un cambio de la relación entre las enfermeras, los pacientes y las comunidades y han de cambiarse también las relaciones y los modos de trabajar en el equipo de atención. Los avances tecnológicos son la base de la mayoría de las innovaciones de los cuidados y de la gestión de las condiciones crónicas en lo que se refiere a la información, a la tecnología de las comunicaciones y a la introducción de nuevos productos y técnicas. El empleo efectivo de la tecnología cambia y pone a prueba las prácticas de trabajo tradicionales y requiere flexibilidad en el diseño y en la prestación de los servicios de salud y de enfermería. Las enfermeras se encuentran muchas veces en la vanguardia de la formación y de la promoción de esos cambios.

Corea del Sur: Mantener los niveles de glucosa en sangre lo más cerca posible del nivel normal es esencial para evitar complicaciones de la diabetes de tipo 2. Un estudio realizado

en Corea del Sur demuestra que una intervención SMS, por teléfono móvil, de una enfermera puede contribuir a que los pacientes consigan un mejor control de sus niveles de glucosa en sangre. En una prueba controlada, los pacientes presentaban cada semana, por Internet o por SMS, sus niveles de glucosa en sangre vigilados por ellos mismos e información sobre los medicamentos. Los datos se interpretaban a la luz del expediente de salud de cada persona y se hacían recomendaciones sobre, por ejemplo, la dieta alimentaria, el ejercicio físico o los medicamentos. Por ejemplo: “La falta de ejercicio puede ser causa de la agravación del nivel de glucosa” o “Rogamos que limite la cantidad que usted come”. Este contacto y observaciones regulares pueden haber motivado a los pacientes a controlar los niveles de glucosa. La hemoglobina glucosilada (HbA1c) disminuyó 1Æ15% puntos en tres meses y 1Æ05% puntos en seis meses en comparación con los datos de base del grupo de intervención. Los pacientes del grupo de intervención experimentaron un descenso de la glucosa dos horas después de la comida (2HPMG) de 85Æ1mg/dl a los tres meses y de 63Æ1mg/dl a los seis meses en comparación con los datos de base (Hee-Seung et al. 2007).

Suriname: Inspiradas por el tema del DIE de 2009 “las enfermeras se comprometen a dispensar cuidados innovadores”, las enfermeras de las salas de niños del hospital Diakonessenhuis, de Suriname, se ha situado en la vanguardia del mejoramiento de los cuidados dispensados a los niños con enfermedades crónicas. La sala de los niños forma parte de un hospital privado, de 216 camas, de la capital de Suriname. Si bien el número de pacientes de enfermedades crónicas que están hospitalizados es bajo, la frecuencia de las admisiones es elevada. Las enfermeras reconocen que el nivel de la atención psicológica de que se dispone para los padres y familiares de los pacientes es inadecuado, y han diseñado un programa para dar orientación y apoyo profesional que ayude a las familias a hacer frente a los efectos de las enfermedades crónicas. Se ha diseñado un programa multidisciplinar utilizando el modelo de cuidados crónicos que se describe en el capítulo 4. Entre los resultados previstos se incluye la reducción, en un 40%, de la tasa de admisiones, lo que dará lugar a una mejor calidad de vida del paciente y su familia y a menos interrupciones de la escolaridad al reducirse las admisiones hospitalarias y la asistencia a las clínicas para pacientes externos (Presentado por la Asociación de enfermeras de Suriname).

Finlandia: La ayuda y el aprendizaje multiprofesionales resultaron eficaces para aplicar las directrices, mejorar la colaboración interprofesional y compartir tareas y responsabilidades y para orientar adecuadamente las actividades de prevención y los recursos. Con esto mejoraron los cuidados y el tratamiento de los pacientes con diabetes, hipertensión y dislipidemia (Sipla et al. 2008).

Estados Unidos: Entre las iniciativas recogidas en la Base de datos del CIE sobre Innovaciones se encuentra una serie sobre la Gestión del estilo de vida para la mujer, preparada por el Departamento de Formación de Salud para los Pacientes (PHE) del Dayton Veterans Affairs Medical Center (DVAMC). Ese Departamento preparó y aplicó un programa de cinco semanas de duración, innovador, didáctico, experimental y completo, de gestión del estilo de vida para la mujer. Entre sus temas figuraban la gestión del estrés, la vigilancia y mantenimiento del peso, la nutrición, el ejercicio y estrategias para cuidar de uno mismo. El programa va dirigido a mujeres maduras sanas y a las que corren un riesgo considerable de sufrir problemas relacionados con el servicio militar y de obesidad, hipertensión, diabetes, osteoporosis y cáncer. El objetivo primordial de este programa multidisciplinar consiste en promover estrategias de mantenimiento de la salud y prevenir o evitar la enfermedad o la progresión de la enfermedad. El programa indujo a los participantes a identificar y reducir los factores personales de riesgo relacionados con el desarrollo o el avance de la enfermedad y aumentó su concienciación sobre la importancia de una detección preventiva. Después, algunos participantes contribuyeron en programas de apoyo más intensivos que les ayudaron a modificar su comportamiento con el fin de evitar la progresión de la enfermedad y para centrarse más intensamente en el mantenimiento individual. Al final del programa los participantes habían adquirido unos conocimientos que les ayudarán a mantener una buena salud y evitar la enfermedad haciendo mejores opciones de su estilo de vida.

Sudáfrica: En el Hospital McCord ha comenzado a aplicarse un programa de trabajo para abordar los problemas de las enfermedades crónicas, entre ellos el exceso de peso y el hábito de fumar entre las enfermeras. El programa fue una iniciativa en la que colaboraron la Organización Democrática de Enfermería de Sudáfrica (ODES), el CIE y la Oxford Health Alliance y estuvo dirigida en el plano local por Honey Allee, enfermera de atención directa. El programa se basó en los principios de colaboración y participación, tenía objetivos comunes y reconocía que “estar sano” significa cosas diferentes para distintas personas, en función de factores tales como la edad, la condición socioeconómica y la cultura. En el programa local se incluían políticas organizativas mejores, que incorporaban los principios de cuidar de los cuidadores y se centraban en la salud y el bienestar, el ofrecimiento de alimentos saludables a la hora de la comida, las clases de ejercicio físico y diversos clubes de apoyo; exámenes médicos; vigilancia del peso y recurso a parches de nicotina para ayudar a los participantes a dejar de fumar. Se compartieron los conocimientos, las capacidades y la experiencia y se compartieron también anécdotas de éxitos y las dificultades encontradas. Con el programa se consiguió informar, formar y prestar apoyo a las enfermeras para mejorar su propia salud. Los resultados conseguidos hasta hoy muestran que un importante número de enfermeras han perdido peso, han mejorado la gestión de su enfermedad crónica, han recurrido a controles de salud y han dejado de fumar. El CIE y sus colaboradores tienen un gran interés en apoyar a otras ANE que

deseen aplicar planes similares para mejorar la salud de las enfermeras, de sus familias, en los lugares de trabajo, en las escuelas y en las comunidades locales.

Taiwán: Ante el problema de que los pacientes de cáncer no siguen en su casa el régimen de analgésicos y para comprender lo que piensan de esos analgésicos, las enfermeras de Taiwán hicieron un estudio aplicando un “Cuestionario sobre los obstáculos: Formulario para Taiwán (BQT)”. Querían obtener datos sobre lo que los pacientes piensan de los analgésicos. Se utilizó el método Morisky para medir la adhesión real de los pacientes a los analgésicos.

El estudio mostró que los pacientes tenían ideas erróneas sobre los analgésicos. Para abordar esas ideas, se dio a los pacientes y a sus familias, con fines de orientación práctica, un manual sobre la reducción del dolor. Entre los contenidos de ese manual pueden citarse aclaraciones sobre el fatalismo, las preocupaciones relacionadas con ocupar un tiempo excesivo del médico durante las consultas, el deseo de ser un buen paciente, los efectos secundarios de los medicamentos, la adicción, el avance de las enfermedades y otros.

Las enfermeras también explicaron a los pacientes sus recetas de analgésicos y la eficacia de los medicamentos utilizados, la forma, la efectividad, los posibles efectos secundarios y el método de administración. Insistieron ante los pacientes en lo importante que es, para controlar eficazmente el dolor, tomar los medicamentos analgésicos en el momento y en el modo indicados en la receta.

En cada visita, las enfermeras recogían información sobre lo que los pacientes pensaban de los analgésicos, de los efectos reales observados y de los efectos secundarios como referencia para los médicos y como base para ajustar la receta. Las enfermeras y otras personas invitaban a la familia a participar en las intervenciones de formación sobre alivio del dolor, facilitaban las comunicaciones positivas entre los pacientes y los médicos y expresaban su preocupación profesional por los problemas que el dolor causaba a los pacientes. Se animaba a éstos a compartir información sobre su dolor y sobre sus reacciones a los medicamentos.

Después de un mes de formación y consultas de educación sobre el dolor, disminuyeron en medida importante los obstáculos contrarios al uso de los analgésicos en los pacientes y en sus familias. También aumentó notablemente el seguimiento de las recetas. Los pacientes comunicaron niveles muy inferiores de intensidad y de interferencia del dolor en su vida diaria (Comunicado por la Asociación de enfermeras de Taiwán).

Reino Unido: La enfermera de atención directa, Anita Plummer, obtuvo un premio por su trabajo en la preparación de un programa, dirigido por enfermeras, de gestión del peso

corporal para los pacientes de enfermedades crónicas. La Sra. Plummer reconoció un sector de necesidades no tratadas, en 2006, cuando una auditoría de la práctica profesional del BMI reveló que la prevalencia de la obesidad era superior al promedio nacional. Uno de cada cuatro pacientes fue incluido en la categoría de obeso y dos de cada tres tenían exceso de peso o eran obesos. En total, 605 de los 1.061 pacientes de edades comprendidas entre los 18 y los 75 años con enfermedades de larga duración (enfermedades coronarias, diabetes e hipertensión) tenían un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 28. Como los recursos prácticos eran limitados, A. Plummer decidió dar prioridad a la ayuda contra el exceso de peso y a los pacientes obesos con enfermedades de larga duración, para controlar su peso. Diseñó un programa de formación, reuniones sobre gestión del peso, y paseos saludables, todos los cuales están teniendo buena aceptación y resultan eficaces (Robinson 2007).

Emiratos Árabes Unidos: La Asociación de enfermería de los Emiratos (AEE) se ha comprometido a desempeñar una activa función en el mejoramiento de los niveles de salud participando en la educación pública e impulsando el conocimiento de las enfermedades crónicas, es decir, de la diabetes y la hipertensión. La AEE, con el apoyo del Ministerio de Sanidad, ha inaugurado una campaña de concienciación sobre salud para instruir a las personas en lo que se refiere unas saludables prácticas de ayuno durante el mes santo del Ramadán. La campaña de concienciación se proponía cubrir todos los Emiratos, desde Abu Dhabi hasta Fujairah. Se adoptó un método multidisciplinar según el cual las enfermeras actuaban en colaboración con los pacientes, las familias, los médicos y el resto del personal de salud involucrado. Entre los servicios de la campaña dispensados al público se contaban la verificación de la presión sanguínea y del azúcar en sangre; la distribución de folletos y prospectos de concienciación sobre la salud; y la formación de los pacientes y de las personas cercanas a ellos sobre el modo de conseguir hábitos saludables y evitar complicaciones de larga duración. Entre otros servicios prestados se contaba el asesoramiento personal y la formación de los jóvenes y de sus familias en los aspectos generales de una vida sana, tales como la dieta, el ejercicio físico, el apoyo psicosocial y las actividades sociales. En el momento de este informe, la campaña había alcanzado a unas 10.000 personas. El éxito de este proyecto se atribuyó al apoyo dado por el Ministerio de Sanidad, la participación de enfermeras voluntarias y la participación del público en gran escala (Presentado por la Asociación de enfermería de los Emiratos).

CAPÍTULO 6

Función de las ANE en la reducción del riesgo y en el mejoramiento de los cuidados crónicos

Para aceptar el desafío de la prevención y la gestión de las enfermedades crónicas, las ANE precisan valor y ambición. Y ello en particular por el gran número de prioridades urgentes y diversas, muchas de las cuales tienen efectos más evidentes e inmediatos que la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud a largo plazo. Sin embargo, es esencial, no sólo para los pacientes actuales sino también para las familias, las comunidades y las futuras generaciones, que las ANE aporten hoy liderazgo a la profesión de enfermería.

Las ANE se encuentran en buena posición para informar, comprometer y facultar a las enfermeras de todos los niveles para que trabajen con una amplia gama de colectivos interesados, entre ellos comunidades, empleadores, colaboradores, encargados de la formulación de políticas, escuelas, pacientes y familias, con el fin de detener la oleada de las enfermedades crónicas y conseguir que todas las personas que sufren estados crónicos reciban los cuidados, tratamiento y gestión necesarios para aumentar su bienestar y garantizar los mejores resultados de salud posibles.

Cada ANE debe tener en cuenta, al decidir qué intervenciones son adecuadas a sus circunstancias, una serie de factores tales como la capacidad de aplicación, la aceptabilidad y el apoyo político y de la comunidad. Probablemente, seleccionar un pequeño número de actividades y realizarlas bien sea más eficaz que abordar un número mayor y llevarlas a cabo con menos cuidado.

Difundir la información y ejercer la defensa

Las ANE están bien situadas para transmitir a las personas, las comunidades y los políticos información y mensajes importantes sobre las enfermedades crónicas. Para aumentar el conocimiento e influir en el cambio de comportamiento se precisa una amplia distribución de información, completa y basada en pruebas, sobre las enfermedades crónicas. También es preciso compartir la información sobre las políticas aplicadas a las enfermedades crónicas, con el fin de promover el debate público, alentar la defensa de los derechos y cerciorarse de

que las enfermedades crónicas son una prioridad en los programas de salud pública. Las ANE pueden:

- Publicar, en discursos y comunicados de prensa, información, hechos y cifras importantes sobre los estados crónicos.
- Divulgar información acerca de las enfermedades crónicas en las escuelas, los lugares de trabajo, los centros de salud y los centros comunitarios.
- Organizar campañas y actos nacionales para mejorar el conocimiento de la prevención y de la gestión de las enfermedades crónicas.
- Dar mayor prioridad a la prevención y control de los estados crónicos en los programas de los foros y reuniones correspondientes.
- Celebrar las realizaciones innovadoras de las enfermeras en el ámbito de los cuidados crónicos y reseñar la labor de las enfermeras en publicaciones, páginas web, conferencias, etc.
- Facilitar la colaboración con otras asociaciones de profesionales de salud, ministerios de sanidad y otros sectores y colectivos interesados pertinentes.
- Colaborar con los ministerios de sanidad y otros organismos para influir en las políticas nacionales de salud y otras políticas públicas pertinentes.
- Ejercer influencia a favor de una legislación y reglamentación que fomente y facilite las contribuciones de las enfermeras a los cuidados crónicos.
- Ejercer influencia a favor de un planteamiento equilibrado de los servicios de prevención, promoción, curación y rehabilitación.
- Establecer un foro de diálogo y entendimiento adecuado de las cuestiones y los desafíos.
- Defender los derechos de salud de las poblaciones vulnerables.
- Divulgar las pruebas sobre la mejor práctica.
- Influir en los empleadores para que proporcionen entornos de trabajo saludables.

Liderar la movilización de las bases

Las ANE pueden colaborar con los grupos de defensa y otros líderes de la comunidad para:

- Organizar campañas y actos locales para fomentar actuaciones públicas de salud, tales como el día anual de la salud, que puedan servir para aumentar el conocimiento del riesgo, la prevención y la gestión de las enfermedades crónicas.
- Promover en el plano local actos y actividades relacionados con las enfermedades crónicas.
- Apoyar prácticas innovadoras, en colaboración con otros agentes importantes, para conseguir que las escuelas y lugares de trabajo sean saludables.
- Alentar a los representantes de la ANE local a que participen en sus comunidades y hablen con los medios de comunicación, vecinos, amigos, etc. sobre los beneficios de los estilos de vida saludables y la prevención de las enfermedades crónicas.
- Animar a pacientes y comunidades a que influyan para tener opciones de salud locales, asequibles.
- Cerciorarse de que las estrategias nacionales se ajustan a las circunstancias locales.

Establecer colaboraciones

Para prevenir y gestionar eficazmente los estados crónicos es preciso actuar de manera coordinada dentro y fuera del sector de salud, entre las organizaciones de la sociedad civil, los ministerios gubernamentales, los dirigentes de la comunidad, el personal de salud y las comunidades empresariales y del sector privado. Las asociaciones eficaces fomentan la colaboración, reducen al mínimo la duplicación de tareas y limitan la competición por los recursos, lo que permite a las organizaciones reforzar y ampliar sus programas contra las enfermedades crónicas.

- Establecer colaboraciones entre los dirigentes de la comunidad, los profesionales de la salud, los dirigentes empresariales y los encargados de la formulación de políticas para compartir información, elaborar estrategias y movilizar recursos.
- Alentar a los encargados de la formulación de políticas a que aumenten las inversiones en la prevención y gestión de las enfermedades crónicas, y apliquen programas y políticas que fomenten dietas saludables y actividad física y eviten el uso del tabaco.
- Proporcionar información a los organismos de atención de salud, investigadores y encargados de las políticas, sobre las consecuencias que tienen para las enfermeras los nuevos planteamientos de la prevención, los cuidados y la gestión, tanto en su aplicación a corto plazo como los costos y beneficios a largo plazo, y participar en los debates sobre la manera de gestionar eficazmente estas consecuencias.
- Colaborar con los medios docentes para tratar más detenidamente los estados crónicos en los planes de estudios.
- Colaborar con los centros de formación e investigación de enfermería para centrar la investigación en los cuidados crónicos.
- Colaborar con los encargados de la reglamentación y los legisladores para eliminar de la legislación y de las prácticas reglamentarias cualesquiera incoherencias que limiten a las enfermeras en el pleno desempeño de sus capacidades para gestionar los estados crónicos.

Creación de capacidades

Las ANE desempeñan una función importante en la creación de capacidades en la profesión de enfermería y en la creación de las capacidades de las personas, familias y comunidades para promover la salud, prevenir la enfermedad y gestionar la mala salud y los estados crónicos.

- Prestar asistencia técnica para diseñar y aplicar programas contra las enfermedades crónicas.
- Proporcionar un espacio/foro para el intercambio y debate de prácticas e innovaciones en la prevención y gestión de las enfermedades crónicas.
- Difundir las innovaciones de enfermería entre las enfermeras y otros profesionales.
- Ejercer influencia en los ministerios para que concedan becas u otras ayudas financieras para facilitar una mejor formación.

- Estimular el interés por la enfermería y la investigación mediante la concesión de becas académicas y oportunidades de formación a las enfermeras y ampliando las posibilidades de carrera profesional.
- Fomentar y facilitar la incorporación de nuevas tecnologías de la información mediante mecanismos adecuados de formación y de comunicación.
- Facilitar la gestión del cambio.

CAPÍTULO 7

Conclusión

Es urgentemente necesario que, en todo el mundo, las enfermeras tomen la iniciativa y se comprometan con todas las partes de la comunidad y con todos los sectores para abordar esta amenaza creciente para la salud y el bienestar mundiales. Con el brusco deterioro del entorno económico mundial en 2008 - 2009 ha aumentado la presión sobre los recursos disponibles para el sector de salud en todos los países del mundo. Al mismo tiempo las personas, las familias y las comunidades del mundo desarrollado y del mundo subdesarrollado se enfrentan a opciones y desafíos cada vez más difíciles en sus vidas cotidianas.

Ahora es más importante que nunca que las enfermeras traten de garantizar que las opciones saludables son opciones fáciles. Para ello quizá sea necesario que ejerzan influencia y defiendan los derechos en los planos nacional e internacional para que la legislación y la reglamentación faciliten opciones saludables, por ejemplo respecto de la producción, el etiquetado y los precios de los alimentos; influyan para que la asignación de los recursos nacionales se haga sobre una base de pruebas, para favorecer intervenciones eficaces y saludables; colaboren con las escuelas y lugares de trabajo para fomentar entornos y prácticas saludables; y aprovechen las oportunidades para informar y educar a los pacientes y las familias.

A diferencia de algunos temas y actividades que se han recomendado para celebrar el Día Internacional de la Enfermera, este llamamiento a la acción pide la atención y la respuesta de cada enfermera en todas las partes del mundo, independientemente de su especialidad, lugar o tipo de práctica. Si cada una de los 13 millones de enfermeras del mundo se comprometiera personalmente a alimentarse de manera sana, hacer el ejercicio adecuado, beber razonablemente y evitar el consumo de tabaco, conseguiría mejorar su salud y bienestar y reducir la probabilidad de desarrollar una enfermedad crónica. Si cada una de estas enfermeras actuara como modelo funcional, educadora y agente de cambio entre sus familias, amigos, lugar de trabajo y comunidad local para fomentar un estilo de vida más saludable, podríamos conjuntamente ayudar a frenar la oleada de las enfermedades crónicas. Las enfermeras y las comunidades formadas y capacitadas pueden contribuir más eficazmente a los amplios cambios que se necesitan en la política de salud y social y a los cambios estructurales en los planos local, nacional e internacional.

El CIE y sus colaboradores están comprometidos con la prevención y mejor gestión de las enfermedades crónicas y pondrán todo su empeño para fomentar un mundo más saludable..

ANEXOS



El CIE hace un llamamiento a las enfermeras de todo el mundo: Uníos a la lucha contra las enfermedades crónicas

12 de mayo de 2010, Ginebra, Suiza. Cuando el mundo se enfrenta a un enorme aumento del número de las muertes y discapacidades resultantes de las enfermedades crónicas, surge la urgente necesidad de que las enfermeras de todo el mundo actúen dinámicamente con todas las partes de la comunidad y con todos los sectores para abordar esta amenaza creciente contra la salud y el desarrollo mundiales. Las estadísticas muestran actualmente que el 60% de las muertes en todo el mundo se producen por enfermedades crónicas y que el 80% de esas muertes ocurren en países de renta baja o media. Con ocasión del Día Internacional de la Enfermera, el Consejo internacional de enfermeras (CIE) hace un llamamiento a las enfermeras de todo el mundo para que, en su vida personal y en su función profesional, actúen con decisión para detener la pandemia de las enfermedades crónicas.

“Hoy es más importante que nunca que las enfermeras trabajen para conseguir que las opciones saludables sean opciones fáciles”, declaró la Presidenta del CIE, Rosemary Bryant. “Si cada una de los 13 millones de enfermeras del mundo adquiriese el compromiso personal de comer saludablemente, hacer un ejercicio adecuado y evitar el uso del tabaco, mejoraría su salud y su bienestar y se reduciría la probabilidad de que desarrollara enfermedad crónica alguna. Si cada una de estas enfermeras actuase como modelo funcional, educadora y agente del cambio entre su familia y amigos, en su lugar de trabajo y en su comunidad local para promover estilos de vida más saludables, todas juntas podríamos contribuir a contener la marea de las enfermedades crónicas”.

La magnitud del problema

El problema es de enorme escala. La diabetes, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y ciertos cánceres representan una de las principales amenazas para la salud y el desarrollo humanos y causan el mayor número de muertes en el mundo.

- Según estimaciones de la OMS, más de 180 millones de personas padecen diabetes en todo el mundo. Este número probablemente se duplicará con creces antes de 2030.

- Unos 17,1 millones de personas murieron en 2004 de enfermedades cardiovasculares; ese número representa el 29% del total de las muertes ocurridas en el mundo. De esas muertes, 7,2 millones se debieron, según estimaciones, a enfermedades coronarias y 5,7 millones se produjeron por ictus.
- Según las proyecciones, las muertes por cáncer seguirán aumentando en todo el mundo y las estimaciones indican que en 2030 llegarán a 12 millones.

Estas enfermedades pueden evitarse. Hasta el 80% de las enfermedades de corazón, el ictus y la diabetes de tipo 2, y más de una tercera parte de los cánceres podrían evitarse eliminando factores de riesgo comunes, principalmente el uso del tabaco, las dietas no saludables, la inactividad física y el uso dañino del alcohol. Si no se abordan, la mortalidad y la carga de la enfermedad causadas por estos problemas de salud seguirán en aumento. Además de adoptar un estilo de vida sano, las enfermeras pueden abogar a favor de una legislación y reglamentos que faciliten las elecciones saludables, por ejemplo en lo que se refiere a la fabricación, el etiquetado y los precios de los alimentos; influir para que, sobre una base objetiva, se asignen recursos nacionales para favorecer intervenciones eficaces y saludables; colaborar en las escuelas y los lugares de trabajo para promover entornos y prácticas saludables; y aprovechar todas las oportunidades para informar y educar a los pacientes y a las familias.

Con este llamamiento se pide la atención y la respuesta de cada enfermera en todos los lugares del mundo, cualquiera que sea su especialidad y el lugar o el tipo de su práctica profesional. Las enfermeras y las comunidades formadas y capacitadas pueden contribuir más eficazmente a los grandes cambios que se precisan en la política de salud y social y a los cambios de las estructuras, en los planos local, nacional e internacional.

El **Consejo internacional de enfermeras (CIE)** es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) que representa a millones de enfermeras en el mundo entero. Dirigido por enfermeras y dirigiendo la enfermería a nivel internacional, el CIE trabaja para asegurar cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo.

Para obtener más información, póngase en contacto con Linda Carrier-Walker
Tel: +41 22 908 0100 - Fax: +41 22 908 0101
Correo electrónico : carrwalk@icn.ch - Sitio Web del CIE: www.icn.ch



La función de las enfermeras en la prevención del cáncer

Declaración de posición

Declaración de posición del CIE:

Si bien la ayuda en la prevención del cáncer es una función importante de muchos profesionales de cuidados de salud y grupos de consumidores, las enfermeras están en una posición esencial para influir directamente en la salud de las personas. En consecuencia, el Consejo internacional de enfermeras (CIE) defiende decididamente que las enfermeras:

- Contribuyen a la prevención primaria del cáncer ayudando a las personas para que adopten estilos de vida saludables.
- Llevan a cabo actividades de prevención secundaria y detección precoz brindando información sobre la importancia de los programas y medios de detección; alentando a las personas o familias de alto riesgo a someterse a los procedimientos de detección; y participando en actividades de detección, especialmente en el plano de la atención primaria de salud.

Las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) tienen una importante función que desempeñar. El CIE insta a las ANE a que:

- Influyan a favor de una investigación de enfermería que trate el posible mejoramiento de los planteamientos y estrategias de prevención y detección precoz del cáncer, y la función que en ellos corresponde a las enfermeras.
- Defiendan la inclusión de los nuevos conocimientos y tecnología de prevención y detección precoz del cáncer en los programas de formación básica, postbásica y continua de enfermería.
- Apoyen las iniciativas de concienciación pública que se promuevan y participen en ellas y en las iniciativas de la administración y otras destinadas a la prevención y la detección precoz.
- Promuevan la participación de las organizaciones nacionales de enfermería que se ocupan del cáncer en las actividades internacionales de intercambio sobre la prevención y la detección precoz de éste.
- Influyan para que se incluya en los programas nacionales de inmunización la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH.)

- Colaboren con otros profesionales de la salud y organismos de la administración para la prohibición total del uso del tabaco y de fumar en lugares públicos.
- Fomenten la participación de las enfermeras en actividades y estrategias de prevención del cáncer, incluidas las actividades nacionales e internacionales.
- Influyan para que se modifique la política de salud ambiental –por ejemplo se faciliten lugares públicos en los que no se pueda fumar y una política pública de salud que aborde los factores sociales generales determinantes de la salud.

Antecedentes

El cáncer es la causa principal de mortalidad en muchos países. Se considera ahora que el 85% de los casos de cáncer son potencialmente evitables. Aunque el conocimiento de las causas reales del cáncer es todavía limitado, la investigación señala dos riesgos sumamente importantes: el hábito de fumar cigarrillos y la dieta alimentaria.

Más del 30% de las muertes por cáncer se deben al uso del tabaco y aproximadamente el 35% de las muertes por cáncer pueden relacionarse con una dieta no saludable, el uso nocivo del alcohol y la inactividad física.

Como tal, la prevención del cáncer significa sugerir cambios del estilo de vida y del comportamiento, es decir dejar de consumir tabaco, reducir la ingesta de alcohol, modificar los hábitos alimentarios, aumentar la actividad física y evitar riesgos del entorno, como los espacios de fumadores, la exposición al sol y el amianto. Además, parecen prometedoras las posibilidades de reducir la incidencia y mortalidad del cáncer mediante estrategias de detección precoz.

Aproximadamente el 99% de los casos de cáncer de útero están relacionados con infecciones el VPH ¹ y hay un fuerte consenso en que la vacuna con infecciones por contra el VPH es segura para prevenir y controlar el cáncer de útero².

Además, estudios recientes confirman que con el empleo del test de Pap y la citología de secreciones para detectar el cáncer de útero se reduce en gran medida el riesgo de mortalidad por cáncer invasivo de útero. Otros procedimientos para la detección precoz del cáncer, tales como la autoexploración mamaria, los análisis de sangre fecal oculta, la sigmoidoscopia, y el examen oral, dérmico y palpación digital rectal, también pueden tener posibilidades de reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer.

¹ Organización Mundial de la Salud (2005). [Nueva iniciativa de la OMS para acelerar el desarrollo y la introducción de vacunas protectoras contra el cáncer de útero.](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr26/en/print.html)

² Comité Consultivo Mundial sobre Seguridad de las Vacunas (2007). En Weekly Epidemiological Record, Nº 28/29, de 20 de julio de 2007, páginas 139 - 140.

El consumo de tabaco y otros factores de riesgo de cáncer están relacionados con factores sociales generales determinantes de la salud, que inciden en el estilo de vida de las personas y las familias.

La información y la formación sobre los factores de riesgo de cáncer deben ir más allá del estilo de vida y tratar los factores sociales determinantes de la salud y de una política pública saludable, incluida la prohibición total de fumar en lugares públicos.

Aprobada en 1989
Examinada y revisada en 2008

Declaraciones de posición relacionadas:

- Reducir los riesgos para la salud relacionados con el medioambiente y el estilo de vida
- Las enfermeras y el medio ambiente
- Uso del tabaco y salud

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras en el mundo entero. Dirigido por enfermeras y dirigiendo la enfermería a nivel internacional, el CIE trabaja para asegurar cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo.



Uso del tabaco y salud

Declaración de posición del CIE:

La epidemia del uso del tabaco es una grave amenaza para la salud pública, sin embargo las medidas de lucha contra el tabaco son sumamente inadecuadas.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) está comprometido a:

- Conseguir una total prohibición del uso del tabaco.
- Impedir y suprimir el uso del tabaco por las enfermeras y estudiantes de enfermería.
- Aplicar una política de no fumar en el CIE, y alentar a las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) a que adopten una política de no fumar en el lugar de trabajo, en las reuniones y en otros actos.
- Colaborar con otras organizaciones internacionales, gubernamentales y no gubernamentales y con organizaciones de profesiones de salud para combatir la epidemia del tabaco.
- Colaborar con las ANE para que se aplique el Convenio marco de lucha contra el tabaco, de la OMS (FCTC).

El CIE anima a sus asociaciones miembros a que coordinen sus esfuerzos con los de otros grupos nacionales para señalar a la atención de los gobiernos y del público los efectos negativos que el tabaco tiene para la salud, y anima a los gobiernos a que reduzcan, desalienten y erradiquen su consumo. Más concretamente, el CIE defiende las siguientes actuaciones en el plano nacional:

- Influir a favor de políticas que prohíban hacer publicidad del tabaco y patrocinarlo, y que en todas las manufacturas de tabaco figuren advertencias bien visibles.
- Cooperar con los gobiernos para que apliquen medidas legislativas y fiscales, como impuestos más elevados, a las manufacturas de tabaco.
- Apoyar la prohibición de fumar en los lugares públicos y conseguir que no se fume en las escuelas, polideportivos, lugares de trabajo, viajes aéreos, restaurantes y otros lugares.
- Participar en campañas de formación / información del público, dirigidas especialmente a grupos vulnerables tales como los jóvenes.
- Prestar apoyo a la concesión de incentivos a los cultivadores de tabaco para que cambien a otros cultivos.
- Alentar a las enfermeras a que sean modelos de referencia no fumadoras, ofreciendo programas a las que fuman para que dejen de hacerlo.
- Alentar a las enfermeras a que integren la prevención e interrupción del consumo de tabaco en su práctica normal de enfermería.
- Trabajar para que en todos los niveles de los planes de estudios de enfermería se incluya información sobre el tabaco y el hábito de fumar.
- Identificar actuaciones a favor de los pacientes hospitalizados que normalmente fuman y están confinados en un entorno de no fumadores.

Declaración de posición

Antecedentes:

El consumo mundial de tabaco ha aumentado de manera sostenida y el costo en muertes que podían haberse evitado se aproxima a los 5 millones al año, y se prevé que para el año 2020 aumentará a 10 millones. Las enfermeras que siguen fumando y el aumento del consumo de tabaco entre los jóvenes son preocupaciones crecientes.

En el Código deontológico del CIE para las enfermeras ¹ se expone que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son responsabilidades fundamentales de la enfermera. Además, la enfermera comparte con otros ciudadanos la responsabilidad de iniciar y favorecer las acciones encaminadas a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público.

Los problemas de salud causados por el uso del tabaco se pueden prevenir en gran medida. Deben fortalecerse la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en relación con el Convenio marco de lucha contra el tabaco, de la OMS, y las enfermeras están bien capacitadas para aplicar este Convenio. Asimismo, las enfermeras y las ANE deben participar en la investigación relacionada con el tabaco y en la divulgación de esa investigación.

Adoptada en 1999

Examinada y revisada en 2006

Antes también titulada: Tabaco y salud

Declaraciones de posición relacionadas:

- Reducir los riesgos para la salud relacionados con el medioambiente y el estilo de vida
- Seguridad y salud en el trabajo para el personal de enfermería
- El rol de la enfermera en la prevención y la detección precoz del cáncer.

¹ Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), Código deontológico para las enfermeras, revisado en 2005.



Reducir los riesgos para la salud relacionados con el medioambiente y el estilo de vida

Declaración de posición del CIE:

Las enfermeras y las asociaciones nacionales de enfermería deben desempeñar una función estratégica ayudando a reducir los riesgos para la salud relacionados con el medioambiente y el estilo de vida.

Las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) pueden contribuir a reducir los riesgos para la salud de las personas y comunidades, mediante:

- La promoción de un estilo de vida positivo que incluya el ejercicio, la gestión del estrés, la prevención de los accidentes, el mantenimiento del peso y la formación nutricional y que sea sensible a la situación socioeconómica, a las cuestiones de género y a las creencias culturales.
- La elaboración y amplia difusión de una posición de las ANE relativa a los grandes riesgos para la salud relacionados con el medioambiente y el estilo de vida nacionales.
- El trabajo con los gobiernos y comunidades para introducir medidas de creación y preservación de entornos de vida y de trabajo sanos, incluida la adición de flúor al agua, el control de los aditivos alimentarios, medidas para reducir la toxicomanía, y servicios de lucha contra los riesgos para la salud.
- El apoyo a las iniciativas gubernamentales destinadas a prevenir y controlar determinados riesgos para la salud, con inclusión de la cooperación internacional para resolver problemas compartidos (por ejemplo, los de nutrición inadecuada, tráfico de estupefacientes, lucha contra la contaminación, infecciones de transmisión sexual, medicamentos falsificados, etc.).
- El establecimiento y participación en:
 - órganos que elaboran, coordinan y supervisan programas de prevención y control de riesgos;
 - la planificación nacional y local para casos de catástrofes y en programas internacionales para casos de catástrofes en otros países;
 - la investigación de: la magnitud y consecuencias de los riesgos graves para la salud derivados del medioambiente y el trabajo, y las intervenciones que se requieren; la buena salud y las prácticas y técnicas que permiten a las personas reducir los riesgos para su salud y mantener ésta; la alarma temprana contra los riesgos para la salud; el mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo; la vigilancia de los niveles de contaminantes en el medio ambiente; y la medición de los efectos de las intervenciones de enfermería sobre los riesgos medioambientales.

Declaración de posición

- La seguridad de que las enfermeras tienen suficiente información y preparación, capacitación y recursos para desempeñar eficazmente su función de promoción y asesoramiento de salud en situaciones de riesgo.
- La colaboración con los gestores de instituciones de salud para conseguir una eliminación segura de los desechos y residuos médicos y evitar todo daño al medio ambiente.

El CIE mantiene la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y el Plan de Acción¹⁾ que abordan la necesidad de crear y preservar entornos sanos para los niños.

Antecedentes

Los problemas de salud relacionados con el estilo de vida y el medio ambiente son causa de morbilidad y mortalidad cada vez mayores, del aumento de los costos de los cuidados de salud y de la disminución de la productividad y la calidad de vida.

Preocupan en particular:

- Los riesgos relacionados con el estilo de vida, tales como el abuso del tabaco, el alcohol y las drogas, incrementan los costos personales y sociales en forma de cáncer, violencia, accidentes de tráfico, etc. Además, las enfermedades cardiovasculares y los problemas de salud mental son preocupaciones mundiales, como lo es también el radical incremento de las enfermedades de transmisión sexual.
- Los aditivos alimentarios y las sustancias químicas utilizadas en la producción de alimentos son preocupaciones crecientes relacionadas con la nutrición.
- En muchos países industrializados, las personas sufren de obesidad y desórdenes alimentarios, como la anorexia y la bulimia, mientras que en todo el mundo muchas personas están permanentemente subalimentadas.

Factores medioambientales, como el estrés, son causas importantes de mala salud. Con la contaminación (del agua, aire y suelo) aumenta la prevalencia de enfermedades agudas y crónicas.

Estos riesgos, provenientes de la opción personal o del entorno requieren atención. Las enfermeras defienden con intensidad creciente políticas y programas dirigidos a la creación de hogares, escuelas, lugares de trabajo, comunidades, etc. sanos. Deben estudiarse, crearse y mantenerse entornos de trabajo que disminuyan el estrés y permitan a las personas contribuir plenamente.

Las enfermeras son importantes defensoras de la prevención de accidentes y enfermedades en el hogar y en el lugar de trabajo. La mayoría de los accidentes son evitables, pero para ello se requiere mucha más formación.

1) Naciones Unidas, *Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y Plan de Acción para la Aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en el Decenio de 1990*, Naciones Unidas, Nueva York, 1991.

Adoptada en 1999

Examinada y revisada en 2007

Antes también titulada: *Riesgos a la salud*

Declaraciones de posición relacionadas:

- Las enfermeras y el medio ambiente
- Seguridad y salud en el trabajo para las enfermeras
- El rol de la enfermera en la prevención y la detección precoz del cáncer
- Reducir el contagio de enfermedades transmisibles relacionado con los viajes
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras en el mundo entero. Dirigido por enfermeras y dirigiendo la enfermería a nivel internacional, el CIE trabaja para asegurar cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo.



Eliminación del abuso de sustancias por los jóvenes

Declaración de posición del CIE:

El Consejo internacional de enfermeras (CIE) se siente preocupado por el número, cada vez mayor, de jóvenes que abusan de sustancias que producen dependencia. A las enfermeras, en tanto que dispensadoras esenciales de atención de salud para los jóvenes, corresponde una función de crucial importancia al abordar el abuso de las sustancias en ese grupo de edades.

Una importante función del CIE y de la enfermería es la prevención y la reducción del abuso de sustancias mediante la política general y la defensa, la promoción de estilos de vida sanos y dotando a los jóvenes de las capacidades necesarias para tratar el estrés, la presión de los compañeros, y otros factores de riesgo.

El CIE está comprometido a evitar el abuso de sustancias y hace un llamamiento a las enfermeras y a las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) para que desplieguen iniciativas con el fin de prevenir el abuso de sustancias, especialmente entre los jóvenes, y para que:

- Insten a sus gobiernos, comunidades, asociaciones de jóvenes, asociaciones de padres y a las autoridades escolares de su país a que difundan información sobre los riesgos del abuso de sustancias y sobre las capacidades para la vida.
- Cooperen con otras organizaciones, incluidas las escuelas de enfermería, las asociaciones de jóvenes y de padres, el personal escolar, las administraciones y las comunidades, para aplicar estrategias destinadas a eliminar el abuso de sustancias.
- Colaboren con sus organismos nacionales en la elaboración de políticas amplias relativas al tabaco, el alcohol, los medicamentos y otras sustancias, para frenar la demanda de sustancias psicoactivas y para reducir al mínimo los daños mediante el acceso a la prevención y el tratamiento.
- Movilicen todas las iniciativas de prevención y abandono del uso del tabaco.
- Favorezcan la integración de programas de prevención y abandono relacionados con el tabaco, el alcohol, los medicamentos y otras sustancias que son objeto de abuso, en los niveles básico y postbásico de la formación de enfermería y en la formación continua.
- Se impliquen en la investigación de los índices, tendencias y carga de enfermedad relacionados con el abuso de sustancias y la dependencia en los adolescentes; sobre métodos de tratamiento e intervenciones farmacológicas centrados en el paciente; los estudios de intervenciones orientadas a grupos y personas de alto riesgo; e

Declaración de posición

- identifiquen los obstáculos contrarios a la realización de intervenciones eficaces de prevención.
- Apliquen un conjunto de medidas de reducción del daño, tales como información y asesoramiento, vacunas, cambio de agujas y jeringuillas y prevención y tratamiento generales, de manera no discriminatoria.
- Combatan el prejuicio, el estigma y la discriminación relacionados con el abuso de sustancias.
- Apoyen las políticas e intervenciones en el marco de los derechos humanos.

Las ANE y las enfermeras han de participar en los debates nacionales y en los asuntos de política general relacionados con el abuso de sustancias.

Antecedentes

El tabaco, el alcohol y las drogas ilícitas es una importante amenaza para la salud y el conjunto social y económico de las familias, las comunidades y las naciones.

Un número cada vez mayor de problemas sociales y económicos se relacionan con el uso del tabaco, el alcohol y otras sustancias. A menudo, los efectos no se limitan a la persona sino que afectan también a su familia, amigos, compañeros y la sociedad en general.

Puede ser que muchas veces los jóvenes abusen de sustancias por factores familiares, presiones de la vida e influencia de sus compañeros. Los cambios biológicos de la adolescencia son causa de incertidumbres y ansiedades, y con frecuencia las drogas se utilizan para hacer frente a esta situación.

Hay una prevalencia cada vez mayor del VIH y de las infecciones de transmisión sexual, de la hepatitis B y C y de otras infecciones entre las personas que recurren al alcohol y las drogas y entre quienes comparten agujas para inyectarse sustancias.

Según estimaciones, el tabaco causa alrededor de 5 millones de muertes anuales⁴, seguido del alcohol que causa 2.3 millones de muertes prematuras o 3.2% de las muertes en todo el mundo; y drogas ilícitas causan 0.2% de todas las muertes⁵.

⁴ WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008, The MPower package. Geneva : WHO

⁵ OMS, sitio web. www.who.int

Es importante diferenciar entre el uso del tabaco y el abuso de otras sustancias. En el caso del tabaco, cualquier "uso" supone un gran riesgo para la juventud. Las pruebas disponibles sugieren que en los niños, que son muy susceptibles, la dependencia de la nicotina empieza casi inmediatamente cuando comienzan a fumar.

El CIE apoya las iniciativas mundiales encaminadas a reducir o eliminar el uso del tabaco, como el Marco de la OMC de Lucha contra el tabaco.

Las enfermeras tratan los efectos perniciosos del abuso de sustancias y las consecuencias físicas, psicológicas y sociales con él relacionadas. En tanto que dispensadoras esenciales de atención de salud, las enfermeras tienen una función crucial que desempeñar en la eliminación del abuso de sustancias.

El prejuicio, el estigma y la discriminación relacionados con el abuso de sustancias frenarán a la juventud en su búsqueda de apoyo y de servicios de salud. Las medidas de reducción de los daños son de vital importancia para el éxito de los programas destinados a controlar e impedir el abuso de sustancias.

Adoptada en 1995

Examinada y revisada en 2002 y 2008

Declaraciones de posición relacionadas:

- Uso del tabaco y salud
- Reducir los riesgos para la salud relacionados con el medioambiente y el estilo de vida
- Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Publicaciones del CIE:

- Hoja informativa del CIE: Las enfermeras por una vida sin tabaco, 2000

El Consejo Internacional de Enfermeras es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras en el mundo entero. Dirigido por enfermeras y dirigiendo la enfermería a nivel internacional, el CIE trabaja para asegurar unos cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo.



LA ENFERMERÍA IMPORTA

En las hojas informativas **La enfermería importa** se facilita información de referencia rápida y perspectivas internacionales de la profesión de enfermería sobre cuestiones actuales de salud y sociales.

Adhesión a una terapia de larga duración

La adhesión se define en general como “la medida en que el comportamiento de una persona - que toma una medicación, sigue una dieta o introduce cambios del estilo de vida - se corresponde con las recomendaciones de un dispensador de atención de salud”.¹ La mayoría de los estudios en que se investiga la adhesión¹ se centran en la medida en que los pacientes siguen las instrucciones médicas referentes a los medicamentos recetados, sin embargo la adhesión abarca comportamientos más amplios relacionados con la salud que van más allá de la toma de las medicaciones recetadas. Algunos ejemplos de comportamientos relacionados con la adhesión son los siguientes:²

- Buscar atención médica;
- Seguir las recetas;
- Tomar la medicación adecuadamente;
- Obtener inmunizaciones;
- Asistir a las citas de seguimiento; y
- Adoptar modificaciones del comportamiento relacionadas con el control del peso, la autogestión del asma o la diabetes, el hábito de fumar, la contracepción, los comportamientos sexuales arriesgados, la dieta poco saludable y unos niveles insuficientes de actividad física.

Hay pruebas claras que sugieren que la mayoría de los pacientes crónicos de asma, diabetes o hipertensión y de VIH y SIDA tienen dificultades para seguir el régimen de cuidados que les ha sido prescrito. Por ejemplo, en China sólo el 43% de los pacientes con hipertensión siguen fielmente su tratamiento contra ella; en Gambia sólo el 27% respetan la medicación contra esa enfermedad. En Australia sólo el 43% de los pacientes de asma toman sus medicaciones regularmente según la receta de su dispensador de salud. En Europa, sólo el 28% de los pacientes de diabetes llegan a aplicar un control glucémico óptimo para la diabetes. La adhesión a la terapia contra el retrovirus (ART) oscila entre el 37% y el 83%, según la medicación empleada y la frecuencia de las tomas de medicamentos. En los países desarrollados la adhesión al régimen del tratamiento es del 50% aproximadamente mientras que esta cifra es muy inferior en los países en desarrollo.³

El problema de una adhesión deficiente

La adhesión deficiente al tratamiento pone en peligro los esfuerzos del sistema de atención de salud, de los encargados de la política general y de los profesionales de atención de salud para mejorar la salud de las poblaciones.

¹ Con frecuencia se utilizan otros términos como concordancia y cumplimiento. En el presente boletín se emplea el término adhesión que exige el acuerdo del paciente con las recomendaciones de un dispensador de atención de salud.

La falta de adhesión al tratamiento es causa de complicaciones médicas y psicológicas de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, hace que aumenten las probabilidades de que aparezca resistencia a los medicamentos, malgasta recursos de atención de salud y erosiona la confianza del público en los sistemas de salud.^{4,5}

L La Medida de la adhesión

La medida precisa de la adhesión es muy importante, pero no hay un único “patrón oro” para evaluar el alcance del problema. En las publicaciones se habla de varias medidas, pero son medidas sustitutorias del comportamiento real del paciente.

Algunas de las estrategias empleadas para medir la adhesión son las siguientes:

- Preguntar a los dispensadores y a los pacientes;
- Administrar a los pacientes cuestionarios normalizados;
- Contar la dosis restante;
- Utilizar un instrumento electrónico de vigilancia, que registra la hora y la fecha en que se abrió el envase de la medicación; y
- Comprobar la fecha de la primera receta y las de las recetas siguientes.

Cada uno de estos métodos tiene sus inconvenientes y ha de emplearse con precaución. Por ejemplo, tanto los dispensadores como los pacientes tienden a sobrestimar el grado de la adhesión. Análogamente contar las píldoras que restan, o supervisar los instrumentos de vigilancia electrónicos no indica que el paciente haya tomado realmente el medicamento.

Factores que influyen en la adhesión^{6, 7}

En la adhesión influyen varios factores. Entre ellos figuran los siguientes:

- Condición socioeconómica baja;
- Analfabetismo y formación escasa;
- Desempleo;
- Alejamiento de los centros de tratamiento;
- Elevados costes del transporte o la medicación;
- Las características de la enfermedad;
- Factores relacionados con la terapia: complejidad y duración del tratamiento, efectos secundarios;
- Creencias culturales sobre la enfermedad y el tratamiento.

Algunos factores están relacionados con el paciente, otros lo están con la medicación y otros, con el dispensador de atención de salud. Por ejemplo, una condición socioeconómica baja es un factor relacionado con el paciente, que inhibe la adhesión, mientras que los efectos secundarios de un régimen medicamentoso guardan relación con la terapia. Habida cuenta de estas complejas interacciones de los factores que influyen en la adhesión, los pacientes necesitan apoyo y no críticas.

Mejorar la adhesión

Una mejor adhesión está relacionada con la seguridad del paciente, produce mejores resultados de salud y reduce los costos de la atención de salud.⁸ Con una buena adhesión mejora la eficacia de las intervenciones, mejora la salud y la calidad y la esperanza de vida de los pacientes.⁹

No hay un modo único de fomentar la adhesión a los regímenes de tratamiento. Para mejorar la adhesión, han de combinarse varias estrategias de formación y de comportamiento.¹⁰ Las estrategias de comportamiento incluyen recordatorios y refuerzo del comportamiento del paciente. Asimismo, los dispensadores de atención de salud pueden investigar las preferencias de los pacientes, simplificar los regímenes de dosificación, etc. Entre las estrategias de formación que mejoran la adhesión de los pacientes enfermos crónicos pueden mencionarse la reducción del número de medicaciones y la frecuencia de las dosis, facilitar información sobre los efectos secundarios que son de esperar, y motivar a los pacientes para respetar los cambios del estilo de vida causados por la terapia.

Es muy importante formar a los pacientes en lo que se refiere a sus enfermedades crónicas, los beneficios del tratamiento y las complicaciones relacionadas con la omisión de éste.¹¹ Se precisa formación para la autogestión ya que la mayoría de los cuidados dispensados para los estados crónicos requieren que los pacientes participen en sus propios cuidados.

La formación es una importante estrategia para mejorar la adhesión, pero los pacientes necesitan no sólo estar informados sino también motivados y ser alentados para que hagan suyas las metas relacionadas con el tratamiento y el estilo de vida.

Para gestionar los estados crónicos y mejorar la adhesión se precisa un planteamiento multidisciplinario. La familia, la comunidad y las organizaciones de pacientes son colaboradores esenciales para promover la adhesión. Han de participar activamente en el plan de los cuidados y en los resultados que de éstos se esperan. Para mejorar la adhesión será necesaria una constante cooperación entre los profesionales de salud, los investigadores, los encargados de la política general, las familias y, lo que es más importante, el paciente.

TG/2006

Para más información, les rogamos contacten: icn@icn.ch

El Consejo Internacional de Enfermeras es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y para las enfermeras, el CIE es la voz internacional de la enfermería y trabaja para asegurar la calidad de los cuidados de calidad para todos y unas políticas de salud acertadas en todo el mundo.
--

¹ Organización Mundial de la Salud (2003). *Adhesión a terapias de larga duración: prueba para la acción*: http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/

² OMS (2003). *Ibid.*

³ Organización Panamericana de la Salud (Sept. 2003). *Poor adherence to long-term treatment of chronic diseases is a worldwide problem*. Washington.

⁴ OMS (2003). *Op. cit.*

⁵ Balkrishnana R (2005). The importance of medication adherence in improving chronic-disease related outcomes: what we know and what we need to further know. *Medical Care* 43(6), pp. 517-520.

⁶ OMS (2003). *Op. cit.*

⁷ Balkrishnana R (2005). *Op. cit.*

⁸ Williams A.B. (2001). Adherence to regimens: 10 vital lessons. *American Journal of Nursing*, 101(6), 37-43.

⁹ Organización Panamericana de la Salud (Sept. 2003). *Op. cit.*

¹⁰ Balkrishnana R (2005). *Op. cit.*

¹¹ Williams A.B. (2001). *Op. cit.*



LA ENFERMERÍA IMPORTA

*En las hojas informativas **La enfermería importa** se facilita información de referencia rápida y perspectivas internacionales de la profesión de enfermería sobre cuestiones actuales de salud y sociales.*

El consumo nocivo del alcohol

Introducción

El consumo nocivo de alcohol es un factor de riesgo para la salud, que puede evitarse y que causa numerosas enfermedades y problemas sociales. En el consumo nocivo del alcohol se incluyen numerosos aspectos de la forma de beber. El primero es la cantidad de alcohol consumido. Otros son las pautas de consumo que pueden oscilar entre el consumo, habitual u ocasional, y la intoxicación etílica; y la calidad de la bebida alcohólica o de la sustancia tóxica que ésta contiene, por ejemplo el metanol.¹²

La ingesta de alcohol tiene consecuencias de salud y sociales negativas, entre ellas las siguientes:

- produce intoxicación (embriaguez) y dependencia (si el consumo es habitual, compulsivo y de larga duración),
- es causa importante de muerte prematura,
- acarrea lesiones intencionadas y accidentales,
- aumenta la incidencia de varias infecciones y enfermedades no transmisibles, como la enfermedad cardiovascular, la cirrosis hepática, el cáncer y las enfermedades mentales, y
- facilita el contagio de infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por VIH.

Según estimaciones, el alcohol causa en torno al 3,7% de la mortalidad: 2,3 millones de muertes prematuras y el 4,4% de la carga de la enfermedad, en el mundo entero. Además, el consumo excesivo de alcohol está relacionado con varios efectos sociales adversos, como los delitos, la violencia, el desempleo y el absentismo laboral. Desde hace poco, son motivo de creciente preocupación las consecuencias negativas que el consumo de alcohol tiene en los jóvenes y las mujeres de todo el mundo.¹³ Por ejemplo, el CIE, en su política para la Eliminación del uso abusivo de sustancias entre la juventud, ha manifestado su preocupación por el aumento del número de jóvenes que abusan del consumo de sustancias que producen dependencia, con los consiguientes efectos negativos para su salud.

¹² Organización Mundial de la Salud (2008). Sexagésima primera Asamblea Mundial de la Salud, A 61/13, 20 de marzo de 2008.

¹³ OMS (2008). Op. cit.

¿Qué influye en el consumo de alcohol?

Para diseñar medidas eficaces contra el consumo nocivo de alcohol es importante entender qué factores causan el problema. En numerosas culturas, el consumo de alcohol está frecuentemente arraigado en el entorno social y cultural y está relacionado con características personales, tales como las siguientes:¹

- La edad, el género, el estado psicológico y fisiológico, y el conocimiento que cada persona tiene de las consecuencias negativas que produce el consumo de alcohol;
- Los valores culturales, económicos y sociales y las normas familiares, entre ellas la aceptación y aprobación de las pautas del consumo de alcohol por sus miembros;
- La facilidad de acceso, el precio de las bebidas alcohólicas y la aceptación del consumo de alcohol por la sociedad;
- La influencia de las características socioculturales de los compañeros, la situación personal y las actitudes de la sociedad ante el consumo de alcohol;
- La publicidad y la imagen, “masculina” y “atractiva”, del consumo de alcohol, que difunden los medios de comunicación y que conforman los valores y la manera de pensar de las personas; y
- La situación jurídica del alcohol y las medidas legales que pueden adoptarse contra quienes causan daños bajo la influencia del alcohol.

En muchas sociedades, el consumo del alcohol está relacionado con celebraciones tales como las bodas, los nacimientos, las titulaciones académicas o las promociones laborales. Los consejos de “consumo moderado de alcohol” a menudo se han interpretado de forma confusa y contradictoria, lo que posiblemente ha debilitado las políticas y las estrategias de salud dirigidas a reducir los efectos nocivos del alcohol.

¿Cuáles son las consecuencias del consumo nocivo de alcohol?

El alcohol tiene un efecto tóxico que puede ser dañino para casi todos los órganos del cuerpo. El consumo excesivo de alcohol tiene consecuencias negativas graves y de largo plazo para la salud y para el entorno económico y social. Estas graves consecuencias están relacionadas con comportamientos de riesgo -tales como la práctica de relaciones sexuales sin protección- que pueden dar lugar al contagio de infecciones de transmisión sexual como la infección por el VIH, y pueden causar violencia o accidentes y lesiones por conducir en estado de embriaguez o en el trabajo con maquinaria pesada. Entre las consecuencias a largo plazo del consumo del alcohol se incluyen más de 60 enfermedades y pueden agudizarse estados de salud crónicos, por ejemplo las enfermedades cardiovasculares, el cáncer de mama, la hepatitis C y la cirrosis hepática. El consumo habitual excesivo de alcohol puede deprimir el sistema inmunitario y aumentar el riesgo de contraer enfermedades infecciosas, como la neumonía bacteriana.² El alcohol es una “sustancia psicoactiva” que puede afectar al sistema nervioso central y provocar perturbaciones de la función motora y cambios en el proceso cognitivo, el ánimo, la percepción y el comportamiento. Estos efectos pueden ser causa de graves problemas sociales.³

“Los perjuicios sociales” derivados del consumo nocivo de alcohol son, entre otros, los problemas familiares, comunitarios y laborales, la violencia y la delincuencia. Otras consecuencias del consumo nocivo de alcohol son la pérdida del empleo, la participación en actos delictivos y las detenciones. Estas consecuencias repercuten en el consumidor de alcohol así como en su familia, en la comunidad, y en la sociedad.⁴

Los efectos perjudiciales que el consumo de alcohol tiene para la salud de las personas, las familias y las comunidades suponen una carga económica, ya que aumentan los costos de la atención de salud y los costos sociales. El alcohol causa 1,8 millones de muertes en el mundo (el 3,2% de la mortalidad total) y, de ellas, aproximadamente un tercio se debe a lesiones no intencionadas.⁵ Entre los costos de atención de salud, se incluyen los del tratamiento de las lesiones y de las enfermedades derivadas del consumo de alcohol y los costos de rehabilitación.⁶ Entre los costos sociales, se incluyen los provocados por la pérdida de propiedades, el desempleo, los accidentes de tráfico y el dolor y sufrimiento causados a las familias.⁷

¿Cuáles son las estrategias para reducir el consumo nocivo de alcohol?

Deben prepararse estrategias de reducción del consumo nocivo de alcohol para conseguir diversos objetivos, como retrasar el inicio del consumo de alcohol, reducir el número de personas que abusan del mismo y la frecuencia con que lo hacen, y modificar el comportamiento frente a la ingesta de alcohol.⁸ En varias publicaciones se han examinado diversas estrategias para reducir el consumo nocivo de alcohol.^{9, 10, 11}

- *Fomentar la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la formación de salud* para hacer al público más consciente de ellas y conseguir que las personas y las comunidades participen más en la reducción de las consecuencias negativas del abuso del alcohol. Para que estas estrategias resulten eficaces, ha de recurrirse a la comprensión, basada en el conocimiento, de los contextos sociales y culturales del consumo de alcohol y a diversas medidas dirigidas a la población en general y a los grupos vulnerables en particular, (a saber, los jóvenes y las mujeres embarazadas).
- *Aumentar las actuaciones basadas en la comunidad*, con la participación de los diversos grupos interesados, como los dirigentes de la comunidad, las organizaciones religiosas, las organizaciones de promoción de la salud, las asociaciones de consumidores y las organizaciones sindicales, es una estrategia eficaz para reducir los efectos perjudiciales del consumo de alcohol. Con estas medidas, se puede conseguir que la comunidad sea más sensible a los efectos negativos del alcohol, acepte menos el uso excesivo de éste y se movilice contra su venta y consumo no regulados.
- *Regular la disponibilidad del alcohol* con el fin de controlar su consumo y el acceso al mismo. En esta estrategia se incluyen la regulación de la producción y de la distribución de bebidas alcohólicas, por ejemplo la edad mínima legal para su compra, unos horarios y días de venta restringidos, la limitación de las ventas al por menor y de la concentración de los locales de venta y el control de los precios, de la publicidad y de la promoción.
- *Favorecer y aplicar una política sobre la conducción bajo los efectos del alcohol*, que tenga por objeto reducir los casos de conducción en estas condiciones, sus perniciosas consecuencias y la gravedad de los accidentes de tráfico. Esta política ha de establecer para los conductores un bajo límite de concentración de alcohol en sangre y prever la suspensión de los permisos de conducir.
- *Fortalecer la respuesta del sector de salud* mediante la participación y la formación de los profesionales de salud en el pronto diagnóstico de los

problemas relacionados con el consumo de alcohol y en la prevención de situaciones más graves. El tratamiento y los servicios comunitarios para personas con trastornos producidos por el consumo de alcohol resultan eficaces si se basan en unas políticas y sistemas adecuados y se integran en una estrategia de prevención más amplia.

¿Qué medidas pueden adoptar las enfermeras y las asociaciones nacionales de enfermeras (ANE)?

Las enfermeras y las ANE desempeñan una función importante en la reducción y la erradicación del consumo nocivo de alcohol. Las ANE pueden adoptar las siguientes medidas:

- Colaborar con la administración, la comunidad y otros organismos para difundir información sobre las consecuencias perjudiciales del alcohol y para aplicar estrategias que reduzcan el abuso de su consumo;
- Apoyar la integración de programas para la prevención del consumo nocivo de alcohol, en la educación y la formación continua de enfermería;
- Instar al gobierno a que elabore políticas sobre el consumo de alcohol, para reducir al mínimo los daños, facilitando el acceso a la prevención y al tratamiento;
- Participar en el estudio de las cuestiones relacionadas con el alcohol, tales como los índices y tendencias del consumo y las enfermedades que causa; favorecer las intervenciones de enfermería dirigidas a los grupos de alto riesgo; reducir los obstáculos que impiden aplicar medidas de prevención; diseñar tratamientos orientados al paciente; y
- Apoyar las políticas y las intervenciones que se basan en los derechos humanos.

Las enfermeras y las ANE pueden ser grupos interesados muy importantes para fortalecer la respuesta del sector de salud contra el consumo nocivo de alcohol, respuesta que incluye la prevención, el tratamiento, los cuidados de salud y los servicios de rehabilitación.

Para obtener más información, póngase en contacto con: icn@icn.ch

El **Consejo internacional de enfermeras (CIE)** es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras (ANE) que representa a millones de enfermeras en el mundo entero. Dirigido por enfermeras y dirigiendo la enfermería a nivel internacional, el CIE trabaja para asegurar cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo.

TG/Octubre/2009

Referencias

¹ OMS-SEARO (Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para el Sudeste de Asia) <http://www.searo.OMS.int>

² OMS (2007). Comité de expertos sobre Los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Informe técnico de la OMS, Series 944..

³ OMS (2007). Ibid.

⁴ OMS (2007). Ibid.

⁵ OMS (2009). Op. cit.

⁶ OMS (2008). Op. cit.

⁷ OMS (2007). Op. cit.

⁸ Samarasinghe D (2009). Reducing Alcohol Harm: Things We Can Do. FORUT, Solidaritetsaksjon for utvikling. Available from Alcohol, Drugs and Development, www.add-resources.org www.add-resources.org

⁹ OMS (2008). Op. cit.

¹⁰ Samarasinghe D (2009). Op. cit.

¹¹ Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) and Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA-CCLAT). (abril de 2007). *Reducing Alcohol-Related Harm in Canada: Toward a Culture of Moderation. Recommendations for a National Alcohol Strategy in Canada.* http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/FINAL_NAS_EN_April3_07.pdf

Reservados todos los derechos, incluido el de traducción a otros idiomas. Queda prohibida la reproducción de la presente publicación en su totalidad o en parte (por impresión, fotocopia, microcopia u cualquier otro medio), su almacenamiento en sistemas de recuperación y su transmisión en cualquier forma, sin la autorización expresa del Consejo Internacional de Enfermeras. No obstante, pueden reproducirse sin autorización extractos breves (menos de 300 palabras) a condición de que se cite la fuente.

Copyright © 2009 por el CIE - Consejo internacional de enfermeras
3, place Jean-Marteau, 1201 Ginebra, Suiza

REFERENCIAS

- Bannister M (2008). *Management of type 2 diabetes: updated NICE guidance*. Primary Health Care Volume: 18 Issue: 8 (2008-01-01) ISSN: 0264-5033.
- BBC World Service. *Cancer epidemic on the way*. Tobacco in India, Tobacco on Trial Initiative.
http://www.bbc.co.uk/worldservice/sci_tech/features/health/tobaccotrial/india.htm consultado el 6 de noviembre de 2009.
- Bischoff A, Ekoe T, Perone N, Slama S, Loutan L (2009). *Chronic Disease Management in Sub-Saharan Africa: Whose Business Is It?* International Journal of Environmental Research and Public Health 2009, 6, 2258-2270;
<http://www.mdpi.com/1660-4601/6/8/2258/pdf> consultado el 6 de noviembre de 2009
- C3 Collaborating for Health (2009). *Diabetes in Australia to double*.
<http://www.c3health.org/uncategorized/diabetes-in-australia-to-double/> consultado el 6 de noviembre de 2009.
- Fekete EM, Antoni MH and Schneiderman N (2007). *Psychosocial and behavioral interventions for chronic medical conditions*. Current Opinion in Psychiatry. 20(2):152-7, consultado en marzo de 2007 en Medline (web general sobre medicina) el 3 de noviembre de 2009.
- Healthcare Information for All by 2015 <http://www.hifa2015.org/> consultado el 6 de noviembre de 2009.
- Hee-Seung K and Hye-Sun J (2007). *A nurse short message service by cellular phone in type-2 diabetic patients for six months*. Journal of Clinical Nursing p1082-1087, Blackwell Publishing Ltd.
- Consejo internacional de enfermeras (2009) *Marco de las Competencias de la enfermera especialista*, Ginebra, CIE.
- Consejo internacional de enfermeras (2008). *Marco y competencias para el Continuo de los cuidados de enfermería*, Ginebra, CIE.
- Consejo internacional de enfermeras (2007). *Competencias internacionales de la teleenfermería*, Ginebra, CIE.
- Consejo internacional de enfermeras (2004). *La práctica en colaboración en el siglo XXI*, Ginebra, CIE.
- Consejo internacional de enfermeras. Base de datos de las Innovaciones <http://www.icn.ch/innovations/> consultado el 6 de noviembre de 2009.
- Federación Internacional contra la Diabetes (2001). *Diabetes y enfermedades cardiovasculares: Es hora de actuar*.
<http://www.idf.org/webdata/docs/Diabetes%20and%20CVD.pdf> consultado el 6 de noviembre de 2009.
- Federación Internacional contra la Diabetes (a). *Why you should care*.
<http://www.idf.org/why-you-should-care> consultado el 6 de noviembre de 2009.

Federación Internacional contra la Diabetes (b) *World Diabetes Day Media Kit*
http://www.idf.org/websdata/docs/World_Diabetets_Day_Media_Kit.pdf, pág. 24.

Federación Internacional contra la Diabetes (c). *Prevention*.
<http://www.idf.org/prevention> consultado el 6 de noviembre de 2009.

Improving Chronic Illness Care (2004). *Chronic Care Model*, presentation by Ed Wagner, Director, MacColl Institute for Health Care Innovation.
http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Model_Talk&s=27
consultado el 6 de noviembre de 2009.

Lindstrom J, Peltonen M, Eriksson JG, Aunola S, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukaanniemi S, Uusitupa M and Tuomilehto J (2008). Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) Group. *Determinants for the effectiveness of lifestyle intervention in the Finnish Diabetes Prevention Study*. *Diabetes Care*. 31(5):857-62, 2008 May. Consultado en Medline el 3 de noviembre de 2009.

National Collaborating Centre for Chronic Conditions (2008). *Type 2 diabetes: national clinical guideline for management in primary and secondary care (update)*. London: Royal College of Physicians
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG66FullGuideline0509.pdf> consultado el 6 de noviembre de 2009.

The Oxford Health Alliance (2009a). *El costo de las enfermedades crónicas*.
<http://www.oxha.org/knowledge/backgrounders/the-costs-of-chronic-diseases>
consultado el 6 de noviembre de 2009

The Oxford Health Alliance (2009b). *Community Interventions for Health*
<http://www.3four50.com/cih/> consultado el 6 de noviembre de 2009.

The Oxford Health Alliance (2006). *Enfermedades crónicas: una perspectiva económica*. <http://www.oxha.org/knowledge/publications/oxha-chronic-disease-an-economic-perspective.pdf> consultado el 6 de noviembre de 2009.

Perreault L, Kahn SE, Christophi CA, Knowler WC, Hamman RF and the Diabetes Prevention Program Research Group (2009). *Regression From Pre-Diabetes to Normal Glucose Regulation in the Diabetes Prevention Program*. *Diabetes Care* September 2009 32:1583-1588; published ahead of print July 8, 2009, doi:10.2337/dc09-0523. Consultado el 7 de septiembre de 2009.

PriceWaterhouseCoopers LLP (2008). *Working Towards Wellness: The Business Rationale*. Presentaion by Ruxandra Băndilă
www.oecd.org/dataoecd/51/48/40945809.ppt. consultado el 6 de noviembre de 2009

[Robinson F](#) (2007). *Sharing good practice: cardiovascular risk management category winner Anita Plummer*. [Practice Nurse](#) Dec 14; 2007 34(10): 14-5.

Rosecrans A M, Gittelsohn J, Ho LS, Harris SB, Naqshbandi M and Sharma S (2008). *Process evaluation of a multi-institutional community-based program for diabetes prevention among First Nations*. *Health Education Research* Vol.23 no.2 2008, pp 272–286
<http://her.oxfordjournals.org/cgi/reprint/23/2/272> consultado el 6 de noviembre de 2009

Sipla R, Ketola E, Tala T and Kumpusalo E (2008). *Facilitating as a guidelines implementation tool to target resources for high risk patients – The Helsinki Prevention Programme (HPP)*. Journal of Interprofessional Care, January 2008; 22(1): 31 – 44.

Thorpe KE (2009). *Chronic disease management and prevention in the US: The missing links in health care reform*. Eurohealth Vol 15 No 1 2009
http://www.euro.who.int/document/OBS/Eurohealth15_1.pdf consultado el 6 de noviembre de 2009.

Whittemore R, Melkus G, Wagner J, Dziura J, Northrup V and Grey M (2009). *Translating the diabetes prevention program to primary care: a pilot study*. Nursing Research. 58(1):2-12, 2009 Jan-Feb. Consultado en Medline el 3 de noviembre de 2009.

Organización Mundial de la Salud (2009a). Hoja informativa N° 312, *Diabetes*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> consultado el 6 de noviembre de 2009.

Organización Mundial de la Salud (2009b). Hoja informativa N°317, *Enfermedades cardiovasculares (CVDs)*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> consultado el 6 de noviembre de 2009

Organización Mundial de la Salud (2009c). Hoja informativa N° 297, *Cáncer*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> consultado el 6 de noviembre de 2009

Organización Mundial de la Salud (2009d). *Enfermedades respiratorias*.
<http://www.who.int/respiratory/en/> consultado el 6 de noviembre de 2009.

Organización Mundial de la Salud (2009e). *Preparación para la segunda oleada: enseñanzas extraídas de los brotes actuales*. Nota informativa 9 sobre Gripe pandémica (H1N1) 2009, 28 de agosto de 2009, OMS, Ginebra
http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_second_wave_20090828/en/index.html consultado el 6 de noviembre de 2009.

Organización Mundial de la Salud (2008a) *Plan de acción 2008-2013 para la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*. Ginebra, OMS
<http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf> consultado el 6 de noviembre de 2009

Organización Mundial de la Salud (2008a), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Ginebra, OMS (Sólo en inglés) http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf consultado el 6 de noviembre de 2009.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. Ginebra, OMS
http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf consultado el 6 de noviembre de 2009.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Cuidado innovador para las condiciones crónicas: elementos fundamentales para la acción*, Ginebra, OMS.