



## Cartas al Director

### **Destreza en la administración de los nebulizadores presurizados por parte del personal sanitario de un Servicio de Urgencias hospitalario**

Sr. Director:

Los broncodilatadores en aerosol constituyen actualmente la base del tratamiento de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva<sup>1</sup>. Su efectividad terapéutica se encuentra en estrecha relación con una técnica de empleo efectiva. La falta de adiestramiento previo condiciona que el paciente no realice de manera adecuada la administración del fármaco<sup>2</sup>. El personal sanitario, médicos y enfermeras, deberían conocer perfectamente las maniobras necesarias para administración de los fármacos, ya que de otro modo, no pueden instruir a los enfermos. No obstante, existen trabajos en la literatura que demuestran que el personal sanitario no utiliza adecuadamente los aerosoles presurizados<sup>3</sup>.

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la destreza en la utilización de los aerosoles presurizados tipo Canister por parte del personal sanitario de nuestro centro.

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Urgencias del Hospital Mútua de Terrassa, un Hospital adscrito universitario de 550 camas. Por sorpresa, se entregó al personal de guardia (18 enfermeras y 10 médicos) un nebulizador y se les instó al uso del mismo. La maniobra de utilización se dividió en 7 etapas: a) destapar el aerosol, b) agitación del envase, c) colocación en posición vertical hacia abajo, d) realizar una espiración completa previa, e) mantener los labios cerrados alrededor de la boquilla del aerosol, f) accionar el dispositivo en la primera parte de una profunda y suave inhalación, g) mantener una apnea postinhalación suficientemente prolongada (10 segundos). Un único observador puntuó a cada uno de los sujetos a estudio en cada uno de los apartados. Los resultados estadísticos se evaluaron por el test de Fisher de dos colas.

Tanto médicos como enfermeras destaparon el aerosol. Un 20% de los médicos no agitaron el aerosol, frente a un

11,1% del personal de enfermería, siendo los resultados estadísticamente no significativos (NS). Iguales resultados se obtuvieron en la maniobra de colocación del aerosol. Un 40% de los médicos presentaron incorrecciones en la maniobra de inspiración, frente a un 38,8% en el personal de enfermería (NS). La colocación de los labios fue incorrecta en un 10% de médicos frente a un 11,1% de enfermeras (NS). La sincronización durante la inhalación se realizó incorrectamente por un 80% del personal médico frente a un 22% del personal de enfermería, siendo la diferencia estadísticamente significativa con una  $p=0,005$ . La apnea post-inhalación no se realizó por un 80% de los médicos, frente a un 55,5% de enfermeras (NS).

Un 10% de los médicos realizaron las 7 maniobras correctamente frente a un 33,3% de las enfermeras (NS). Se consideró un grave error el cometer dos o más errores, ocurriendo esta situación en un 30% de los médicos frente a un 22,2% de las enfermeras (NS).

Nos llama poderosamente la atención, que pese a la amplia difusión del tratamiento de los fármacos nebulizados en el tratamiento de las enfermedades pulmonares que cursan con obstrucción de las vías aéreas, y llevando más de 35 años en el mercado, un porcentaje importante del personal sanitario tenga lagunas en la correcta utilización de los mismos. Todos conocemos por propia experiencia el bajo nivel de destreza en el uso de los inhaladores por parte de nuestros pacientes. Este hecho lo atribuimos a un déficit cultural o bien falta de correcto adiestramiento, no obstante, Allen en un interesante trabajo objetiva que tras un correcto adiestramiento tan sólo un 50% de los pacientes son capaces de realizar una correcta administración de los fármacos<sup>4</sup>.

Los pacientes que acuden a los servicios de urgencias son tributarios de recibir formación en cuanto a la utilización de los nebulizadores presurizados, más si cabe con la idiosincrasia de nuestros servicios de urgencias, que en muchas ocasiones están realizando funciones de asistencia primaria. El personal sanitario de estos servicios debería conocer perfectamente todas las maniobras de administración<sup>5</sup>.

- 1- Tinkelman DG, Berkowitz RB, Cole WQ. Aerosols in the treatment of asthma. *J Asthma* 1991;28:243-9.
- 2- Lindgren S, Bake B, Larson S. Clinical consequences of inadequate inhalation technique in asthma therapy. *Eur J Respir Dis* 1987;70:93-8.
- 3- Hanania N, Wittman R, Kesten S, Chapman KR. Medical Personnel's knowledge of and ability to use inhaling devices. *Chest* 1994;105:111-6.
- 4- Allen SC, Prior A. What determines whether an elderly patient can use a metered dose inhaler correctly? *Br J Dis Chest* 1986;8:45-9.
- 5- Guirdry GC, Brown WD, Stogner SW, George RB. Incorrect use of metered dose inhalers by medical personnel. *Chest* 1992;101:31-3.

**F. Epelde Gonzalo, S. Tomás Vecina**

*Servicio de Urgencias. Hospital Mutua de Terrassa.  
Barcelona.*

## **Trombosis venosa profunda tras vuelo transoceánico**

Sr. Director:

La trombosis venosa profunda (TVP) es una patología potencialmente grave e incluso mortal, debido al elevado riesgo que comporta de provocar un embolismo pulmonar. Dado que las medidas de prevención juegan un importante papel, se ha prestado especial atención a la identificación de los factores de riesgo, entre los que se incluyen la edad avanzada, la inmovilidad y el encamamiento, afecciones de extremidades inferiores (fracturas, varices), alteraciones de la coagulación sanguínea, politraumatismos, cirugía (especialmente abdominal y ortopédica de extremidades inferiores), embarazo y puerperio, neoplasias (especialmente uterinas, pancreáticas, gástricas, mamarias y con metástasis), cardiopatías, neumopatías crónicas o enfermedades incapacitantes<sup>1</sup>. Se han descrito, además, otras circunstancias que, aunque en menor grado que las anteriores, pueden incrementar el riesgo de TVP, entre las que se encuentran los trayectos largos en medios de locomoción, especialmente en avión.

Presentamos el caso de un paciente varón, de 45 años de edad, con una intervención quirúrgica en epidídimo por una tumoración benigna 13 años atrás como único antecedente médico destacado. Acudió a nuestro Servicio de Urgencias por haber observado tumefacción en extremidad inferior derecha, progresivamente más pronunciada, desde hacía 48 horas. Tres días antes, había presentado dolor agudo en la masa gemelar derecha, que aún persistía, aunque con menor intensidad. El paciente comentó que unas horas antes del inicio del dolor ha-

bía realizado un largo viaje, y que él atribuía el cuadro clínico a un problema muscular. Había realizado un primer desplazamiento en avión de cuatro horas en Argentina para coger un vuelo que le llevaría a España, en el que invirtió doce horas. A continuación tomó un nuevo vuelo nacional de una hora, seguido de un desplazamiento en automóvil de cuatro horas.

En la exploración física se apreció que la pierna derecha, desde la rodilla, era más voluminosa que la izquierda, con edema y dolor a la presión entre los fascículos gemelares, donde se palpaba un cordón duro. El signo de Homans estaba también patente. Con la excepción de febrícula (37,8°C), no se encontraron otros datos de interés en el resto de la exploración. Las pruebas analíticas (hemograma, coagulación, bioquímica rutinaria) fueron normales, así como el electrocardiograma y la radiografía torácica.

Por la sospecha de TVP se realizó con carácter urgente flebografía de la extremidad inferior derecha, observándose un "evidente trombo endoluminal que se expresa como un defecto de repleción endovenoso en vena poplítea y tercio distal de vena femoral superficial".

Las circunstancias que se dan en los vuelos de larga duración propician la aparición de TVP, especialmente en los individuos predispuestos, aunque también puede suceder en personas completamente sanas. Existen casos de embolia pulmonar que ocurre poco tiempo después o incluso durante vuelos prolongados, estimándose que ésta puede ser la causa de un 18% de las muertes súbitas sobrevenidas a pasajeros de largo recorrido durante el trayecto<sup>2</sup>.

Curiosamente, la mayor parte de estos casos se describen en pacientes que han viajado en clase turista, lo que se relaciona con la mayor angostura de los asientos que propicia una posición más flexionada de las piernas<sup>3,4</sup>. Entre los factores que favorecen la TVP se citan la inmovilidad prolongada y la presión de las pantorrillas sobre los asientos (es en esta localización donde se producen la mayor parte de las trombosis durante los viajes). Se asocia además un grado variable de hipoxemia condicionada por la baja presión de las cabinas (la saturación de oxígeno en sangre arterial en un pasajero sano se sitúa en torno al 90%) y por la apatía y adormecimiento que condicionan los largos viajes, que no favorecen una adecuada función ventilatoria<sup>3,8</sup>; a esto se añade que la baja presión predispone también a la distensión gástrica, que puede limitar los movimientos del diafragma<sup>7</sup>. También se considera que la baja humedad ambiente en el interior de los aviones y la ingesta de bebidas alcohólicas podría propiciar la deshidratación de los pasajeros; este extremo es refutado por algún autor<sup>8</sup>.

Un viaje de largo recorrido debe ser considerado como factor de riesgo para un paciente en el que se sospecha una TVP. Médicos y compañías aéreas debieran informar de este

peligro a las personas que van a realizar estos desplazamientos, especialmente si tienen otros factores de riesgo, y recomendar una serie de medidas preventivas. Entre ellas se incluyen ejercicios de movilización de piernas y respiratorios periódicos, no fumar y beber líquidos con regularidad, evitando las bebidas alcohólicas y gaseosas. Tal vez la heparina de bajo peso molecular pudiera ser útil como profilaxis, aunque este extremo debe ser confirmado por estudios randomizados<sup>3</sup>.

- 1- Corris P, Ellis D, Foley N, Miller A. Suspected acute pulmonary embolism: a practical approach. *Thorax* 1997;52 (Supl 4).
- 2- Sarvesvaran R. Sudden natural deaths associated with commercial air travel. *Med Sci Law* 1986;26:35-8.
- 3- Paganin F, Laurent Y, Gaüzere BA, Blanc P, Roblin X. Pulmonary embolism on non-stop flights between France and Reunion Island. *Lancet* 1996;347:1195-6.
- 4- Cruickshank JM, Gorlin R, Jennett B. Air travel and thrombotic episodes: the economic class syndrome. *Lancet* 1988;ii:497-8.
- 5- Black J. Deep-vein thrombosis and pulmonary embolism. *Lancet* 1993;342:352-3.
- 6- James PB. Jet "leg", pulmonary embolism, and hipoxia. *Lancet* 1996;347:1697.
- 7- Ries JK. Jet leg, pulmonary embolism, and hypoxia. *Lancet* 1996;348:416.
- 8- Bagshaw M. Jet leg, pulmonary embolism, and hypoxia. *Lancet* 1996;348:415-6.

**P. Marco Aguilar, F. J. Ochoa Gómez,  
J. M.<sup>a</sup> Carpintero Escudero, V. Lisa Catón**  
*Servicio de Urgencias. Complejo Hospitalario  
San Millán-San Pedro. Logroño.*

## Recomendaciones para la Reanimación Cardiopulmonar ¿dónde nos encontramos?

Sr. Director:

La normalización y divulgación de la reanimación cardiopulmonar (RCP) se desarrolló inicialmente en Estados Unidos tras la creación, en 1963, de un comité de RCP en el seno de la American Heart Association (AHA). En 1989 se funda la European Resuscitation Council (ERC) quien presenta sus primeras recomendaciones en 1992 tras su primer congreso científico. Desde 1991, la Resuscitation Councils of Southern Africa, la American Heart Association, la European Resuscitation Council, la Australian Resuscitation Council, la Australian Resuscitation Council, la Heart and Stroke Foundation of Canada y la Council of

Latin America for Resuscitation han venido trabajando de forma conjunta con el fin de reunificar sus protocolos respecto a la RCP. De la unión de estas sociedades nace el International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) o Comité Internacional Unificado de Resucitación, quien publica en abril de 1997 sus primeras recomendaciones<sup>1</sup>. Estas recomendaciones se basan en pruebas científicas contrastadas, subrayando lo que está equívocamente probado, al tiempo que adopta un criterio pedagógico, buscando una secuencia de actuaciones sencilla de recordar que facilite el trabajo de educadores y equipos de resucitación.

Como señala la editorial de la revista *Emergencias* en relación con la presentación de las recomendaciones del ILCOR<sup>2</sup>, "la RCP básica y avanzada constituyen un pilar fundamental del cuerpo de doctrina de la SEMES y, por tanto, objetivo clave de los esfuerzos de la misma en su empeño de marcar las directrices en Formación Continuada".

En este sentido, los autores de la presente carta queremos dar a conocer a todos nuestros compañeros –profesionales que desarrollan su labor en el área de las Urgencias y Emergencias Médicas– la situación actual en cuanto a las últimas recomendaciones sobre RCP existentes hasta la fecha (noviembre de 1988). Para ello, tras repasar la literatura médica mediante búsqueda sistemática en MEDLINE, se representa en la tabla adjunta (Tabla 1) la última bibliografía publicada por el ILCOR y el European Resuscitation Council sobre el tema, diferenciando cuatro grandes grupos doctrinales (RCP básica, RCP avanzada, RCP pediátrica, y RCP en situaciones especiales). Se adjunta direcciones de Internet donde pueden bajarse los artículos reseñados en la Tabla<sup>3-10</sup>.

1- Cummins RO, Chamberlain DA. Advisory statements of the International Liaison Committee on Resuscitation. *Circulation* 1997;95:2172-3. <http://www.americanheart.org/scientific/statements/1997/049703.html>.

2- Velasco Vaquero M, Serrano Moraza A, Juárez Alonso J, Perianes Matesanz JF, Franco Sorolla JM. Algoritmo Universal de Soporte Vital Avanzado (AUSVA) del ILCOR [editorial]. *Emergencias* 1997;9:341-3.

3- Handley AJ, Becker LB, Allen M, van Drenth A, Kramer EB, Montgomery WH. Single-Rescuer Adult Basic Life Support: an advisory statement from the Basic Life Support Working Group of the International Liaison Committee on Resuscitation. *Circulation* 1997;95:2174-9. <http://www.americanheart.org/scientific/statements/1997/049704.html>.

4- Kloeck W, Cummins RO, Chamberlain D, Bossaert L, Callanan V, Carli P, et al. The universal advanced life support algorithm: an advisory statement from the Advanced Life Support Working Group of the International Liaison Committee on Resuscitation. *Circulation* 1997;95:2183-4. <http://www.americanheart.org/scientific/statements/1997/049705.html>.

TABLA 1. Referencias bibliográficas actualizadas sobre RCP

	INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR)	EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL (ERC)
<b>Soporte vital básico (BLS)</b>	<p>"Single rescuer adult basic life support". Resuscitation 1997; 34(2):101-8. Circulation 1998; 95(6):2174-9 (3).</p>	<p>"The 1998 ERC guidelines for adult single rescuer BLS". Resuscitation 1998; 37(2):67-80. BMJ 1998; 316 (7148):1870-6 (9)</p>
<b>Soporte vital avanzado (ALS)</b>	<p>"The Universal advanced life support algorithm". Resuscitation 1997; 34(2):109-11. Circulation 1997; 95(6):2180-2 (4).</p> <p>"Early defibrillation". Resuscitation 1997; 34(2):113-4. Circulation 1997; 95(6):2183-4 (5).</p>	<p>"The 1998 ERC guidelines for adult advanced life support". Resuscitation 1998; 37(2):81-90. BMJ 1998; 316 (7148):1863-9 (10).</p> <p>"ERC guidelines for the use of automated external defibrillators by EMS providers and first responders". Resuscitation 1998; 37(2):91-94.</p>
<b>Soporte vital pediátrico (PLS)</b>	<p>"Paediatric resuscitation". Resuscitation 1997; 34(2):115-27. Circulation 1997; 95(6):2185-95 (6)</p> <p>"Recommendations on resuscitation of babies at birth". Resuscitation 1998; 37(2):103-10.</p>	<p>"Paediatric life support: (including the recommendations for resuscitation of babies at birth)". Resuscitation 1998; 37(2): 95-6.</p> <p>"Paediatric basic life support: to be readed in conjunction with the ILCOR Paediatric Working Group Advisory Statement (April 1997)". Resuscitation 1998; 37(2): 97-100.</p> <p>"Paediatric advanced life support: to be readed in conjunction with the ILCOR Paediatric Group Statement (April 1997)". Resuscitation 1998; 37(2):101-2.</p> <p>"Paediatric life support training programme". Resuscitation 1998; 37(2):111-3.</p>
<b>Soporte vital en situaciones especiales</b>	<p>"Special resuscitation situations". Resuscitation 1997; 34(2):129-49. Circulation 1997; 95(6):2196-210 (7)</p>	<p>"The pre-hospital management of acute heart attacks. Recommendations of a Task Force of the European Society of Cardiology and the ERC". Eur Heart J 1998; 19(8):1140-64.</p>

5- Kloeck W, Cummins RO, Chamberlain D, Bossaert L, Callanan V, Carli P, et al. Early defibrillation: an advisory statement from the Advanced Life Support Working Group of the International Liaison Committee on Resuscitation. *Circulation* 1997;95:2183-4. <http://www.americanheart.org/scientific/statements/1997/049706.html>.

6- Kloeck W, et al. Pediatric resuscitation: an advisory statement from the Pediatric Working Group of the International Liaison Committee on Resuscitation. *Circulation* 1997;95:2185-95. <http://americanheart.org/scientific/statements/1997/049707.html> (texto). <http://americanheart.org/scientific/statements/1997/049707fl-5.html>. (figuras).

7- Kloeck W, Cummings RO, Chamberlain D, Bossaert L, Callanan V, Carli P, et al. Special resuscitation situations: an advisory statement from the International Liaison Committee on Resuscitation. *Circulation* 1997;95:2196-210. <http://www.americanheart.org/scientific/statements/1997/049708.html>.

8- 1998 European guidelines on resuscitation [editorial]. *BMJ* 1998;316:1844-5. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/316/7148/1844>.

9- The 1988 European Resuscitation Council guidelines for adult single rescuer basic life support. Basic Life Support Working Group of the European Resuscitation Council. *BMJ* 1998;316:1870-6. <http://www.bmj.com/cgi/content/short/316/7148/1870>.

10- The 1988 European Resuscitation Council guidelines for advanced life support. Advanced Life Support Working Group of the European Resuscitation Council. *BMJ* 1998;316:1863-9. <http://www.bmj.com/cgi/content/short/316/7148/1863>.

**C. Romero Olóriz, C. Alfaro Reina**

*Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. EPES-061.  
Servicio Provincial de Cádiz.*

## **Analgésicos en el tratamiento del herpes zóster agudo**

Sr. Director:

En primer lugar mi enhorabuena a los doctores Moya y Laguna por sus trabajos sobre el herpes zóster (HZ) como urgencia, en su último número de *Emergencias*, y sobre todo el observacional y descriptivo que este último realiza en el denominado grupo de estudio del HZ<sup>1,2</sup>, en este mismo se puede apreciar que el dolor es la manifestación más frecuente que comentan los pacientes y que se encuentra en un 70% aproximadamente de ellos. Respecto al tratamiento no se comenta en estos el tratamiento analgésico a utilizar en el dolor producido por el HZ, por supuesto quiero aclarar que no estoy comentando el tratamiento del dolor de la neuralgia postherpética, sino del dolor provocado por el comienzo agudo del HZ. Probablemente se me podría contestar por parte de los autores que no era el cometido del trabajo, pero los facultativos que trabajamos en servicios de urgencia nos

encontramos frecuentemente con este problema de dolor intenso asociado a la aparición de las lesiones cutáneas, parece demostrado que el tratamiento antiviral con aciclovir o famciclovir o valaciclovir acorta la duración de la fase aguda y por tanto la duración del dolor de esta fase asociados o no a esteroides<sup>3,4</sup>, pero ¿y cómo tratamos el dolor de esta fase aguda?, probablemente es lo que echo de menos en el magnífico trabajo de estos autores, no hay muchos trabajos en la literatura sobre este asunto, en cambio, hay múltiples sobre la terapia de la neuralgia postherpética, el primer punto a aclarar es la dificultad de estudios sobre la eficacia de los antivirales, tomando como referencia el dolor de la neuralgia postherpética y del dolor del herpes zóster agudo<sup>5</sup>, considerando que el dolor es el único parámetro cuantificable respecto a la eficacia de la terapia con antivirales. Algunos autores preconizan el uso de amitriptilina además de antivirales desde el inicio cutáneo de los síntomas cuando comienzan con dolor, que como sabemos son la mayoría, o bien los bloqueos nerviosos<sup>6</sup>, aunque estos últimos no parecen predecir el desarrollo de neuralgia postherpética. La aspirina como tratamiento del dolor del HZ agudo ha demostrado ser el mejor analgésico en su forma de aplicación tópica (dielil eter), no así otros antiinflamatorios no esteroides como el diclofenaco o la indometacina<sup>7,8</sup>, en cambio existía una pobre respuesta con la forma oral (500 mg)<sup>9</sup>. Otros fármacos utilizados que han demostrado utilidad parcialmente han sido la capsaicina tópica. Respecto a los analgésicos sistémicos no está aclarado cuál es el más útil, y no es defendido por todos los autores la utilización de opiáceos.

1- Moya Mir MS. Herpes Zóster como urgencia médica. *Emergencias*. 1998;10:355-7.

2- Laguna P y Grupo para el estudio del Herpes Zóster. Herpes zóster: forma de presentación y manejo en urgencias hospitalarias y en atención primaria. *Emergencias* 1998;10:362-8.

3- Wood MJ, Johnson RW, Kendrick MW, Taylor J, Mandal BK, Crooks J. A randomized trial of acyclovir for 7 days or 21 days with and without prednisolone for treatment of acute herpes zoster. *N Eng J Med* 1994;330:896-900.

4- Whitley RJ, Weiss H, Gnann Jr JW, Tyring S, Mertz GJ, Papas PG, et al. Acyclovir with and without prednisone for the treatment of herpes zoster. *Ann Intern Med* 1996;125:376-83.

5- Dworkin RH, Carrington D, Cunningham A, Kost RG, Levin MJ, Oxman MN, et al. Assessment of pain in herpes zoster: lessons learned from antiviral trials. *Antiviral Res* 1997;33:73-85.

6- Johnson RW. Herpes zoster and postherpetic neuralgia. Optimal treatment. *Drugs Aging* 1997;10:80-94.

7- De Benedittis G, Besana F, Lorenzetti A. A new topical treatment for acute herpetic neuralgia and post-herpetic neu-

ralgia: the aspirin /diethyl ether mixture. An openlabel study plus a double-blind controlled trial. *Pain* 1992;48:382-90.

8- De Benedittis G, Lorenzetti A. Topical aspirin/diethyl ether mixture versus indomethacin and diclofenac/diethyl ether mixtures for acute herpetic neuralgia and postherpetic neuralgia: a double-blind crossover placebo-controlled study. *Pain* 1996;65:45-51.

9- Bareggi SR, Pirola R, De Benedittis G. Skin and plasma levels of acetylsalicylic acid: a comparison between topical aspirin/diethyl ether mixture and oral aspirin in acute herpes zoster and postherpetic neuralgia. *Eur J Clin Pharmacol* 1998;54:231-5.

10- Frucht Pery J, Feldman ST, Brown SI. The use of capsaicin in herpes zoster ophthalmicus neuralgia. *Acta Ophthalmol Scand* 1997;75:311-3.

**F. González Martínez**

*Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.*

## La investigación en Enfermería

Sr. Director:

Tras leer su artículo "Emergencias: delimitación de la línea editorial", como parte de ese colectivo de enfermería al cual hace referencia, quisiéramos hacer algunas reflexiones que pudieran ampliar su punto de vista sobre este tema. Por ello, queremos hacerle una breve revisión histórica sobre la investigación de enfermería, cuáles son los principales problemas, las nuevas tendencias en este campo, otras metodologías, otras disciplinas y nuevas propuestas para mejorar la situación desde nuestra sociedad

Si hacemos una aproximación histórica al tema, sólo desde el año 1988 el FIS acepta para su financiación proyectos de investigación en los que el investigador principal sea una enfermera<sup>1</sup>. Aunque ya desde 1977, tras el nuevo concepto de salud, se incorpora la formación en investigación en el nuevo plan de estudios de Diplomado en Enfermería, la dificultad que existe en nuestro país para poder acceder a estudios de segundo y tercer ciclo, repercute favoreciendo un trabajo de investigación por parte de la enfermería "en la sombra" que contribuye al desarrollo de otras disciplinas como la Medicina sin que los resultados reviertan en nuestro ámbito profesional<sup>2</sup>. Por otro lado, la falta de un marco conceptual profesional, también ha promovido la dificultad para reconocer como propios algunos campos, como es la investigación, y que hoy en día se consideran fundamentales en el área de enfermería. Al respecto, hay nuevos proyectos para que esto mejore, pero hace falta tiempo para conseguir la madurez que pueda garantizar una investigación de calidad.

Entre los problemas institucionales y organizativos, tres razones fundamentales hacen que exista una falta de interés:

\* No tener asumida la función investigadora por parte de los profesionales.

\* Falta de registros de enfermería como fuente de datos para realizar investigaciones<sup>3</sup>.

\* Nula o escasa promoción por parte de las instituciones, asociaciones y sistema educativo para favorecer la investigación de enfermería<sup>2</sup>.

Existen muy pocos profesionales de enfermería con dedicación exclusiva en investigación, y aquellos interesados en este campo, suele ser con carácter altruista, sin apoyo en su centro de trabajo, realizando las investigaciones en sus horas libres y sin tener siquiera el reconocimiento profesional por parte de su institución<sup>4</sup>.

Desde el Consejo de Europa se recomienda la formación de postgrado del personal de enfermería para facilitar el desarrollo de la investigación en nuestra disciplina, no sólo mediante la enseñanza continuada de los procesos científicos, sino también la facilitación de estos a través de comisiones, asociaciones e instituciones. Entre otros, la OMS cree necesario y urgente apoyar al desarrollo de fundamentos científicos que permitan a los profesionales de enfermería llevar a cabo sus tareas dentro de equipos multidisciplinares. Estamos seguras que nuestra sociedad estará interesada en adherirse a las propuestas que existen a nivel nacional y europeo<sup>5,6</sup>.

Quisiéramos hacer una referencia a la importancia de una investigación multidisciplinar, con el enriquecimiento que conlleva este tipo de investigación, y lo bueno que sería fomentarla desde SEMES, una sociedad cuyos socios son médicos, enfermeros y técnicos. Mientras que los profesionales en Medicina dedican sus esfuerzos hacia una especialización en el campo de Medicina, algunos enfermeros y técnicos han ampliado sus conocimientos en otros campos tan diversos como la Psicología, Antropología, Ciencias de la Información, Historia..., pudiendo dar otra visión al ámbito de la Urgencia y Emergencia. Por ello, su propuesta sobre "dedicar unas páginas especiales...", nos parece una postura reduccionista al perder esa oportunidad única por nuestra sociedad de favorecer investigaciones donde puedan participar distintas disciplinas y conseguir una mayor validez<sup>7</sup>. Sería positivo si SEMES conociera el perfil de sus profesionales, siendo nexo de unión para contactar entre ellos, y proponer distintos proyectos donde puedan participar todos los miembros de su sociedad.

Por otro lado, de las cuatro funciones reconocidas a la enfermería (asistencial, docente, investigadora y administrativa), desde el ámbito profesional es la asistencial la que más se facilita. A esto, hemos de añadir la falta de correla-

ción que encontramos cuando pretendemos realizar una investigación en nuestro ambiente laboral con el tradicional enfoque biomédico de metodología cuantitativa, que no siempre puede responder a nuestras preguntas. Necesitamos un abordaje que nos pueda reportar datos ricos y profundos más orientado al proceso que a los resultados, con una visión más holista y una realidad más dinámica<sup>8</sup>, es decir, un abordaje cualitativo. Esto no excluye ni mucho menos la investigación cuantitativa, más allá permite dar un conocimiento más amplio aplicando ambas metodologías, al tiempo que permite hacer válidas aportaciones el cuerpo teórico de las Urgencias y Emergencias<sup>9</sup>. Volviendo de nuevo a su artículo, no he podido reconocer a ningún enfermero dentro de los consultores a los que se refiere, y por lo tanto, no creo que pueda ser evaluado objetivamente algunos trabajos científicos. A este respecto, en 1996 en el seminario de la Red de Unidades de Investigación (REUNI) se creó un grupo de trabajo multidisciplinar que tenía como objetivo, entre otros, servir de asesoramiento para el área de enfermería a agencias de financiación de la investigación que lo soliciten; creemos que esto podría ser de gran utilidad para su comité de consultores<sup>10</sup>.

Compartimos la opinión sobre la falta tradición investigadora que existe en nuestro colectivo y en otros, pero creemos que debe ser un objetivo de SEMES, hacer un análisis previo sobre el tema, así como consensuar con estos profesionales a los que hace referencia las decisiones que se tomen a este respecto, antes de dictaminar una nueva trayectoria. Por otro lado, al detectar esta falta de habilidades en este colectivo afiliado, sería bueno incluir nociones básicas de investigación en su revista para dar la oportunidad a estos profesionales de ir adquiriendo la metodología y lenguaje científico necesario. También sería positivo dedicar una parte del presupuesto de SEMES a fomentar la investigación en sus miembros, como sociedad científica que se define.

Desde aquí también quisiéramos dar nuestro apoyo a aquellos enfermeros que han sido capaces de investigar y publicar, aunque no siempre sea con todo el rigor científico que nos gustaría, por su valentía y por intentar hacer de la investigación en enfermería una realidad, aún siendo conscientes que nos queda mucho por aprender.

Quisiéramos concluir con una frase de Fernando Pinedo aplicada personalmente a la investigación de enfermería : "No se puede defender lo que no se ama, y no se puede amar lo que no se conoce".

1- Sánchez M. Análisis de los proyectos de investigación de enfermería presentados al FIS desde el año 1989 al 1992. *Enfermería Clínica* 1995;5:29-31.

2- Úbeda Bonet I, Pujol Ribó MG. Investigar en enfermería/las enfermeras en la investigación. ¿Un mismo significado? *Enfermería Clínica* 1991;1:24-16.

3- Serrano Sastre MR. Documentación y cuidados de enfermería: una perspectiva bibliográfica. *Enfermería Clínica* 1994;4:32-7.

4- Arroyo P. *Tribuna Sanitaria* 1998;102:6-9.

5- Ricoy JR, Moreno MT. Formación e investigación en enfermería. *Enfermería Clínica* 1997;7:33-8.

6- Moreno Casbas T. Investigación en enfermería. Informe y Recomendaciones del Comité Europeo de Salud. *Enfermería Clínica* 1997;7:32-9.

7- De la Cuesta C. Contribución de la investigación a la práctica clínica de los cuidados de enfermería: la perspectiva de la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica* 1998;8:38-42.

8- Denzin Norman K, Lincoln Yvonna S. *The landscape of Qualitative Research*. California. SAGE Publications 1998.

9- Cabrero García J, Richart Martínez M. El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Enfermería Clínica* 1996;6:34-8.

10- Grupo de Trabajo del Centro Coordinador REUNI para la Investigación de Enfermería. Investigación clínica de enfermería en la Red de Unidades de Investigación. *Enfermería Clínica* 1997;7:25-34.

**S. Navalpotro Pascual\*, M<sup>a</sup> T. Moreno Casbas\*\***

*\*Servicio de Urgencias 061 Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios, Universidad Pontificia Madrid. \*\*Subdirección General de Epidemiología e Información Sanitaria Instituto de Salud Carlos III. Madrid.*

Sr. Director

Me dirijo a usted con la intención de expresarle mi opinión, como enfermera de un servicio de emergencias, respecto a la editorial "Emergencias: delimitación de la línea editorial", publicada en el Vol. 10, nº 5 de Emergencias<sup>1</sup>. Tras una atenta lectura de dicho escrito, no puedo por menos que felicitarle por las líneas generales del proyecto de nueva revista que pretende impulsar. Estoy totalmente de acuerdo con usted en que el contenido de Emergencias debe mejorar y alcanzar un lugar en los índices internacionales, es obvio que la calidad de los trabajos publicados debe aumentar, y como usted indica, la aplicación de criterios de calidad más rigurosos facilitará este objetivo. En cuanto a la referencia que en el texto hace a nuestro colectivo me gustaría hacer algunas puntualizaciones, a modo de reflexión personal, que pudieran hacerle reconsiderar la opinión que de nosotros manifiesta:

Usted hace alusión al colectivo de "enfermería y técnicos" englobando muy a la ligera, en mi opinión, a dos grupos de

profesionales intrínsecamente muy diferenciados, con una trayectoria e idiosincrasia totalmente distintas. Sin ánimo de menospreciar al colectivo de técnicos, dentro del que se incluyen profesionales altamente cualificados para la investigación con muy diversa formación académica, no es infrecuente encontrar licenciados y diplomados en diferentes materias, tengo que recordarle nuestra ya generalizada condición de Diplomados Universitarios. Con esto, no dejo de estar de acuerdo con usted en que nuestras publicaciones son pocas, y frecuentemente de escasa calidad. Este es uno de los problemas que ha supuesto el gran avance teórico producido en el campo de la Enfermería en España en los últimos 20 años.

El desconocimiento de la naturaleza de nuestra disciplina ha provocado la desconfianza de parte del colectivo médico. La investigación enfermera puede partir desde diferentes paradigmas epistemológicos (positivista, hermenéutico o crítico), utilizando en ocasiones una metodología cualitativa extraña al "modelo médico". Afortunadamente el trabajo en equipos multidisciplinarios, inherente al trabajo en el ámbito de las urgencias y emergencias médicas, está favoreciendo el acercamiento entre médicos, enfermería y técnicos. La participación conjunta en trabajos de investigación, comunicaciones, etc. es frecuente. A pesar de todo ello, sigue produciéndose una cierta falta de apoyo institu-

cional que está dificultando el que muchos profesionales de enfermería, con amplia experiencia y formación, puedan desarrollar una labor investigadora de forma fluida.

Quisiera con esta carta hacerle un llamamiento como Director editorial de Emergencias, para que no discrimine iniciativas que partan desde los colectivos de enfermería y/o desde el de técnicos, por el simple hecho de pertenecer a los mismos. Me parece muy correcto que todos los trabajos pasen un filtro de calidad similar, pero no olvide que la investigación actualmente reconocida por la comunidad científica puede ser de muy diferente índole, cuantitativa o cualitativa, por lo que la inclusión de profesionales de enfermería, técnicos u otros en el Comité Editorial, expertos en metodología cualitativa, podría ayudar a impulsar una revista más plural y no por ello de menor calidad.

Por último, quisiera agradecerle la atención que pueda haberme prestado, esperando que reciba mis comentarios con el mismo ánimo constructivo que de mí han partido.

1- Moya Mir MS. Emergencias: delimitación de la línea editorial. Emergencias 1998;10:287-9.

**R. M.<sup>a</sup> Suárez Bustamante**  
D.U.E. Servicio SAMUR-PC