

**IV JORNADAS
DE ENFERMERÍA**

**TRABAJOS DE LAS IV JORNADAS
DE ENFERMERÍA
SOBRE DIVULGACIÓN DE
TRABAJOS CIENTÍFICOS**

DIVISIÓN DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y
PRIMARIA DEL ÁREA 18

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana

Imprime: IMTEXMA - Alicante

Depósito Legal: A-548-1999

ÍNDICE

	Pág
PRÓLOGO	7
MEMORIA	11
PRIMER PREMIO A LA COMUNICACIÓN	25
Educación para la Salud en un Marco Solidario. Un Reto Humano	
SEGUNDO PREMIO A LA COMUNICACIÓN	39
PAE en un Alta Precoz en Postoperatorios de Cirugía Cardíaca	
TERCER PREMIO A LA COMUNICACIÓN	51
Evolución en la entrevista de donación en los Programas de Trasplantes	
CUARTO PREMIO A LA COMUNICACIÓN	61
Estudio del Nivel de Cumplimentación de la Hoja de Valoración de Enfermería al Ingreso en el H.G.U.A.	
PREMIO POR VOTACIÓN POPULAR	69
Protocolo y Registro del Apoyo emocional al ingreso del niño oncológico	
OTROS TRABAJOS	79
Tabaquismo en los pacientes de Hemodiálisis. Prevalencia de consumo y actitudes	81
Infecciones en el primer mes post-transplante renal. incidencias según vías y germenos	95
Trabajos con grupos y enfermos crónicos	107

PRÓLOGO

Que el sector sanitario está inmerso en una profunda transformación, es una realidad que los profesionales, organizaciones colegiales, ciudadanos, administración y agentes sociales estamos todos percibiendo.

A este entorno cambiante, en el que la sociedad exige cada vez con más fuerza unos servicios más esmerados y de calidad, no podemos ser ajenos los profesionales de Enfermería. Los que trabajamos en el ámbito de influencia del Área Sanitaria nº 18, estamos experimentando, al igual que en muchas Áreas de la Comunidad Valenciana, la profunda transformación a la que están siendo sometidas las Instituciones, ya sean éstas de Atención Especializada como de Primaria. Un cambio cualitativo en la orientación de la práctica en el «arte de cuidar» no debe contemplarse ya como una mera recomendación de las autoridades profesionales o sanitarias, sino como una reivindicación de nuestros pacientes.

Las enfermeras y enfermeros que trabajan en Hospitales como el General Universitario de Alicante y el Hospital de San Vicente –con varias décadas a sus espaldas– se están preparando ya desde hace tiempo para acometer retos futuros, modificando sustancialmente el enfoque tradicional de su cartera de servicios, adaptando ésta a las nuevas necesidades de los ciudadanos. Por otra parte, los profesionales de Atención Primaria, se consolidan en su tarea de acercamiento a los ciudadanos anticipándose –cada vez con mayor frecuencia– a los problemas de salud y dando cada vez más soluciones cuando la enfermedad hace acto de presencia.

En este compromiso de mejora continua de la calidad se enmarcan las Jornadas de Enfermería del Área 18. Es éste el foro escogido por la

Enfermería Alicantina, para exponer públicamente sus avances, donde intercambiar experiencias e inquietudes, donde acceder a nuevos conocimientos y sobre todo, donde quiere decirle a sus ciudadanos que va a ofrecerles los cuidados de calidad que piden, combinando la habilidad técnica con el trato personalizado.

Bajo este enfoque, científico y humano al mismo tiempo, se celebraron las IV Jornadas de Enfermería del Área 18, los días 20 y 21 de noviembre de 1998. Fiel a su título genérico (que le acompaña desde su primera edición): «Divulgación de Trabajos Científicos», se fijó como lema: *Humanizar el Producto Enfermero*. Nuevamente, sirvieron como punto de encuentro para los profesionales sanitarios de los dos niveles asistenciales del Área, pues no en vano, sus preocupaciones son comunes e invariablemente el desarrollo de conocimientos, aptitudes deben ir en paralelo.

El trabajo desinteresado, de cerca de un año, de los miembros de los Comités Científico y Organizador mereció la pena a tenor de los resultados: 2 Ponencias, 22 Comunicaciones, 7 Carteles, cerca de 600 inscritos, 4 Mesas de Trabajo, 8 Trabajos Premiados, la presencia del Vicepresidente del Congreso de los Diputados brindando la conferencia inaugural a Enfermería, conferencia de clausura sobre el Plan de Humanización en la Comunidad Valenciana y cómo participan de ella nuestros profesionales, el apoyo de numerosas casas comerciales, Autoridades de la Organización Colegial, de la Administración Sanitaria, etc., hicieron que en las IV Jornadas se hablara, y mucho, de Enfermería.

Pero todo esto no puede quedarse en flor de un solo día. La diseminación de lo que hacen los profesionales de Enfermería del Área 18, deberá llegar a todas las enfermeras y enfermeros de la Comunidad Valenciana, pues nuestros errores y nuestros aciertos pueden ayudar en la difícil tarea de reorientar la práctica de nuestros compañeros a nivel Comunidad. Es aquí donde el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), ha jugado un papel decisivo en esta tarea de Divulgación.

Es esfuerzo de CECOVA por ayudar a la mejora continua de la Enfermería Valenciana se ha traducido en un decidido apoyo a través del Reconocimiento de Interés Profesional de las Jornadas, su importante presencia durante los Actos Inaugurales y de Clausura representando en la Mesa Presidencial a toda la Enfermería Valenciana, y su firme interés en difundir los contenidos más relevantes de los trabajos presentados en las IV Jornadas del Área 18.

Su apoyo y ejemplo de divulgar el esfuerzo de los profesionales de Enfermería a través de la Colección Enfermería Comunidad Valenciana, es el mejor estímulo para seguir luchando cada día para que se nos oiga y ocupemos el lugar que la sociedad nos está reservando por méritos propios. Al CECOVA por su incansable labor y al conjunto de las Enfermeras y Enfermeros del Área, mis felicitaciones y gracias más sinceras.

Miguel Ángel Fernández Molina.

*Presidente IV Jornadas de Enfermería Área 18.
Director de Enfermería Hospital General Universitario de Alicante y C.EE. Babel*

MEMORIA

El Comité Científico de las IV Jornadas de Enfermería del Área 18, celebradas en el Hospital General Universitario de Alicante los días 20 y 21 de noviembre de 1998, bajo el título genérico de «Divulgación de Trabajos Científicos» y con el lema de *Humanizar el Producto Enfermero*, reunido para elaborar las conclusiones que sobre las mismas emite el citado comité, presidiendo Dña. Mercedes Albaladejo Tello, expone:

Se han presentado un total de 29 trabajos en forma de 22 comunicaciones y 7 carteles científicos, 18 de ellos inéditos, y de los restantes 11 algunos habían alcanzado premios locales y nacionales. El Comité Científico, tras la lectura, evaluación y posterior exposición de los trabajos destaca el significativo aumento de la calidad –con respecto a ediciones anteriores– en la estructura de los mismos, siendo la metodología descriptiva, divulgativa e investigadora el denominador común de todos ellos.

Asimismo quiere resaltar la diversidad de edades de los participantes, habiéndose presentado desde alumnos de Enfermería hasta profesionales con muchos años de ejercicio, que están a punto de jubilarse o se han jubilado recientemente, lo que demuestra el deseo de intercambiar los conocimientos recién adquiridos con la experiencia profesional.





Las Jornadas contaron con dos ponencias, una Inaugural a cargo del Excmo. Sr. D. Enrique Fernández Miranda y Lozana, Vicepresidente del Congreso de los Diputados, y otra de Clausura a cargo del Sr. D. Ernesto Armañanzas Villena, Director del Hospital General Universitario de Elche y Presidente de la Permanente de la Comisión para la mejora de las relaciones entre trabajadores y pacientes en las Instituciones Sanitarias de la Comunidad Valenciana.

En la primera conferencia, el Excmo. Sr. D. Enrique Fernández Miranda y Lozana, hizo un repaso por el programa político sanitario, realzando el modelo de la Comunidad Valenciana en materia de salud, poniendo de manifiesto la necesidad de la reordenación de los distintos niveles asistenciales. Habló de la Atención Primaria donde la Enfermería debe ser generalista, enfocando más su labor al campo de la prevención, sin olvidar los grupos de riesgo como drogodependientes, SIDA o pacientes crónicos, contando y potenciando la hospitalización en el domicilio. En los niveles de Atención Especializada es donde la Enfermería debe adquirir unos conocimientos distintos basados en el aumento de la Alta Tecnología que en ellos se desarrolla, pero siempre teniendo en cuenta el aspecto psicosocial del individuo. Lanzó el mensaje sobre la necesidad o no de las especialidades para el personal de Enfermería si éste se compromete en algo que cree con propia identidad y en el marco que la población espera. Tras esta primera ponencia, se iniciaron las sesiones de las jornadas a través de cuatro mesas de trabajo y una mesa redonda con los títulos siguientes:

Mesa de Trabajo nº 1: «CALIDAD Y MEJORA EN EL DESARROLLO DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA»

Mesa de Trabajo nº 2: «CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES DE ATENCIÓN»

Mesa de Trabajo nº 3: «MÁS ALLA DE LA TÉCNICA. EDUCACIÓN PARA LA SALUD»

Mesa de Trabajo nº 4: «IMPACTO DEL DISEÑO EN LA HUMANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA»

Mesa Redonda. «¿ES POSIBLE LA HUMANIZACIÓN EN EL PRODUCTO ENFERMERO?»

Los trabajos presentados a estas mesas se distinguieron por ser temas de gran interés tanto aquellos enfocados a especialidades concretas como los que aportan los conocimientos dirigidos a un gran número de profesionales, y que abarcan a una amplia mayoría de la población, yendo más allá de la técnica e introduciendo conceptos de prevención, como son el tabaquismo, los factores de riesgo en la isquemia, la valoración nutricional y con temas innovadores: la educación hasta un marco solidario, en el cual la voluntariedad es un instrumento llevado a la práctica, y a la investigación humanística en Enfermería.

La calidad, como estrategia, es un reto que los profesionales de Enfermería no podemos eludir en nuestra tarea diaria, siendo necesario desarrollar sistemas de medición en nuestros planes de cuidado que nos cuantifiquen y reorienten nuestras actuaciones globalmente.

Se plantearon nuevas técnicas de trabajo en grupo, entrevistas y relación de ayuda, en las que no sólo sirve el dar información, y que se establezca además una buena relación paciente-profesional, sino que al mismo tiempo el individuo busque sus nuevos estilos de vida terapéuticos.

El Comité Científico considera muy esperanzador para la Enfermería del año 2000, que el denominador común de la mayoría de las comunicaciones de estas Jornadas sea potenciar la utilización del método científico para mejorar la calidad de los cuidados de Enfermería, y de esta manera, poder evaluar los resultados.

En la mesa redonda se puso de manifiesto que tenemos conocimientos, necesitamos seguir desarrollando habilidades, y debemos modificar actitudes, para reflexionar qué es lo que nos impide impregnar de humanización nuestra labor diaria.

En la Conferencia de Clausura, pronunciada por D. Ernesto Amañanzas Villena, se expuso el auge que se está dando al Plan de Humanización creado en la Comunidad Valenciana, formándose recientemente un Comité Asesor para dirigir grupos de mejora que intensifiquen las relaciones interpersonales entre los

trabajadores implicando el desarrollo de los mandos intermedios, impulsando el voluntariado y potenciando los servicios de Atención al Usuario, todo ello con el apoyo que desde el IVESP se está proporcionando a través de los Planes de Formación.

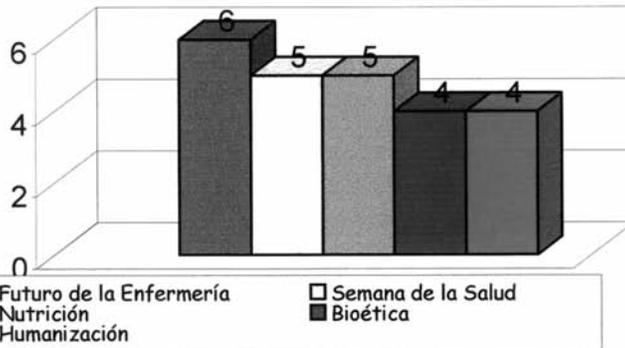
El Dr. Armañanzas, terminó con una frase de Manos Unidas que decía: «SI QUEREMOS CAMBIAR EL MUNDO, DEBEMOS CAMBIAR NOSOTROS MISMOS». Nosotros queremos añadir a esta frase: «CAMBIAR NOSOTROS MISMOS, NO ES MÁS QUE REFLEXIONAR EN LO QUE NOS IMPIDE IMPREGNAR DE HUMANIZACIÓN NUESTRA LABOR COTIDIANA, YA QUE DEBEMOS PARTIR EN DEFINITIVA DE QUE HUMANIZACIÓN ES LA ESENCIA MISMA DE LA ENFERMERÍA».



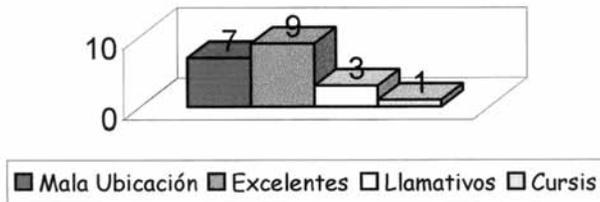




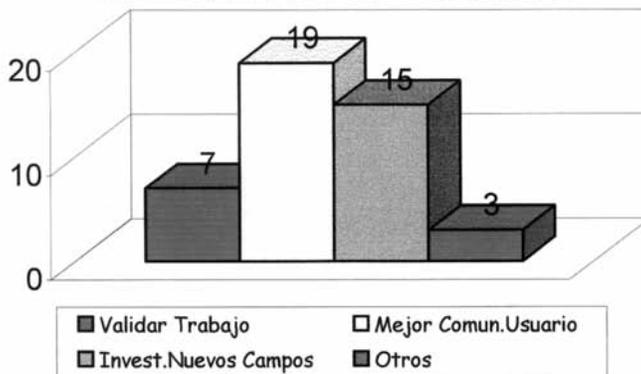
TEMAS FUTURAS JORNADAS



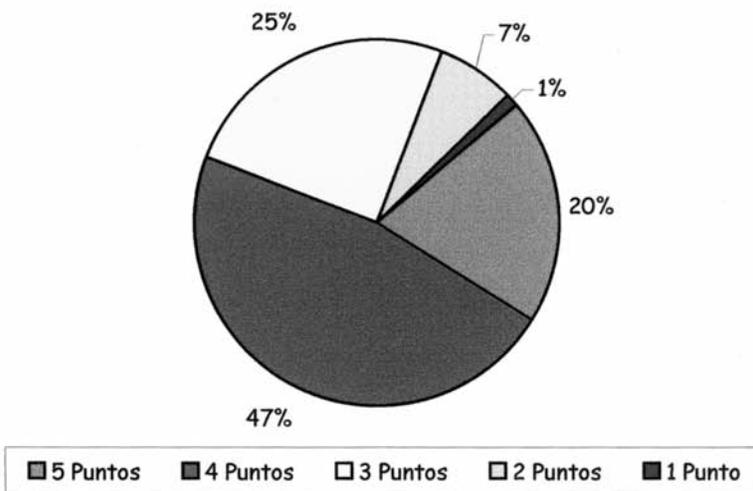
VALORACION POSTERS



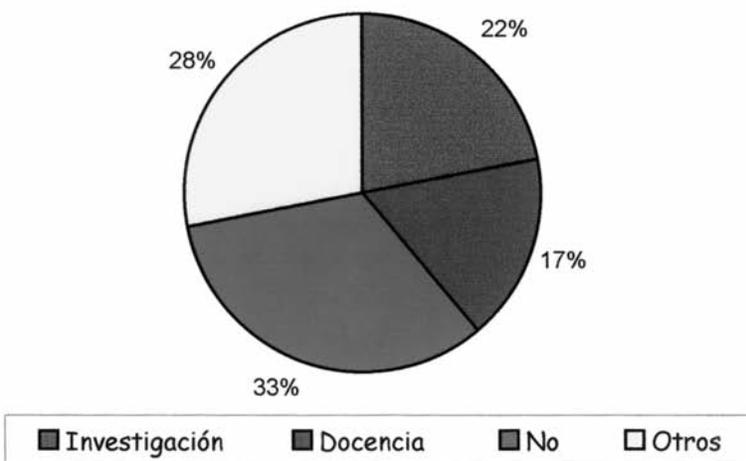
MOTIVO PRESENTACION



CALIDAD FORMACION JORNADAS



SOLICITUD DE ASESORAMIENTO



La inscripción fue gratuita gracias a la colaboración de diferentes entidades y empresas que hicieron su aportación para premios y demás gastos derivados de las Jornadas. Además 20 de ellas, montaron Stands en los que informaban de sus productos.

Se inscribieron un total de 571 personas, de las cuales el 86,5 % recogieron la Documentación entregada.

La documentación entregada estuvo compuesta por una carpeta que contenía la papelería estándar, el libro de Resúmenes y el Programa de las Jornadas, además se entregó una chapa que a modo de solapín, con el anagrama de las Jornadas, servía de identificación.

El certificado de asistencia se entregó el último día junto a la encuesta de valoración, que incluía el voto al premio por votación popular.

El número de encuestas contestadas y evaluadas ha sido de 178, cuyo resultado se explica en los gráficos anexos.

Además, y gracias a la colaboración del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante, y de las Entidades Colaboradoras, se entregaron los siguientes Premios:

—PREMIOS A LAS COMUNICACIONES OTORGADOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO

1^{er} Premio: 60.000 ptas.

Y Accésit de 40.000 ptas. en Formación Colegial de Postgrado.

2^o Premio: 50.000 ptas.

3^{er} Premio: 25.000 ptas.

4^o Premio: 25.000 ptas.

—PREMIOS AL MEJOR CARTEL/PÓSTER OTORGADOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO

1^{er} Premio: 30.000 ptas.

Y Accésit de 25.000 ptas. en Formación Colegial de Postgrado.

2^o Premio: 10.000 ptas.

—PREMIO AL MEJOR TRABAJO OTORGADO POR VOTACIÓN POPULAR

40.000 ptas.

Y Accésit de 30.000 ptas. en Formación Colegial de Postgrado.

- ACCÉSIT OTORGADO POR EL COMITÉ ORGANIZADOR A LA UNIDAD O CENTRO DE SALUD CON MAYOR PRODUCCIÓN CIENTÍFICA PRESENTADA

«Serie Mosby de Enfermería Clínica», (10 volúmenes)

Y Accésit de 75.000 ptas. en Formación Colegial de Postgrado.

- PREMIO AL CARTEL GANADOR DEL CONCURSO DE CARTELES ANUNCIADORES DE LAS V JORNADAS DE ENFERMERÍA

Dotado con: 75.000 ptas.

Los accésit en formación son otorgados por la gentileza del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.

Correspondiendo a los siguientes trabajos:

1^{er} Premio a la Comunicación:

Educación para la Salud en un marco Solidario. Un Reto Humano.

2^o Premio a la Comunicación:

PAE en un Programa de Alta Precoz en Postoperatorios de Cirugía Cardíaca.

3^{er} Premio a la Comunicación:

Evolución en la Entrevista de Donación en los Programas de Transplantes.

4^o Premio a la Comunicación:

Estudio del Nivel de Cumplimentación de la Hoja de Valoración de Enfermería al Ingreso en el H.G.U.A.

1^{er} Premio al Póster:

¿Qué es el Reuma?

2^o Premio al Póster:

Ejercicio Físico y Hemodiálisis. Efectos Sobre la Calidad de Vida.

Premio a la Mejor Comunicación por Votación Popular:

Protocolo y Registro del apoyo emocional en el ingreso del niño Oncológico.

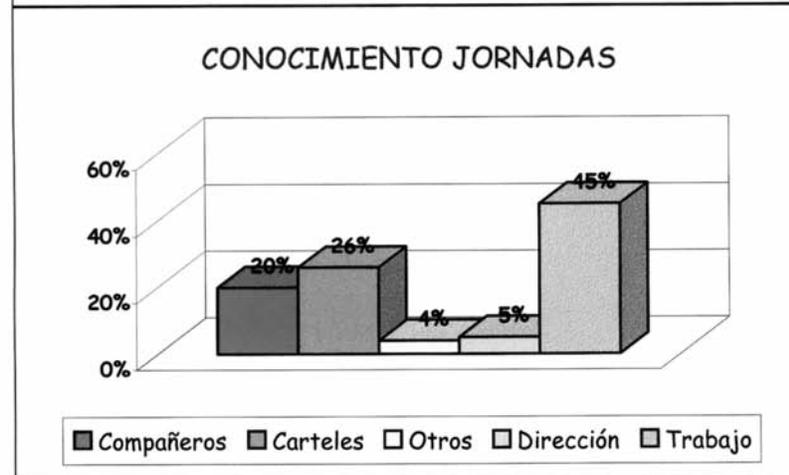
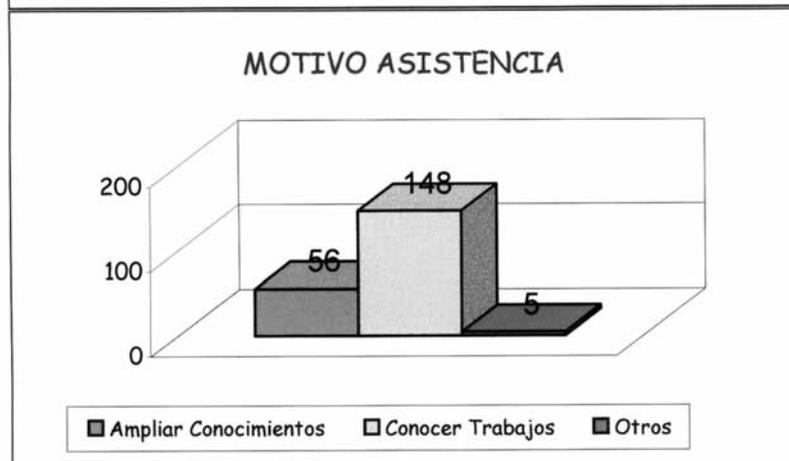
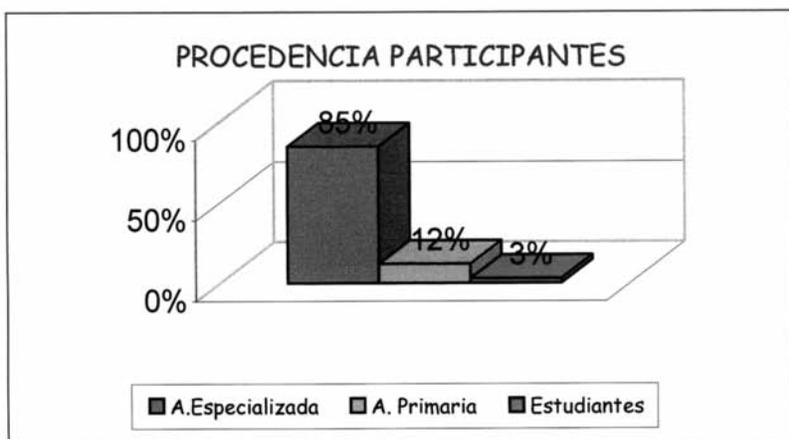
Premio a la Unidad o Centro de Salud, con mayor producción científica:

Servicio de Nefrología del Hospital General Universitario de Alicante

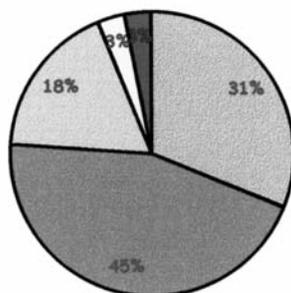
Añadir que el Premio al Cartel anunciador de las V Jornadas quedó desierto.

D. Miguel Ángel Fernández Molina
Presidente IV Jornadas de Enfermería

D. Ginés A. Rodríguez Aguilar
Presidente Comité Organizador

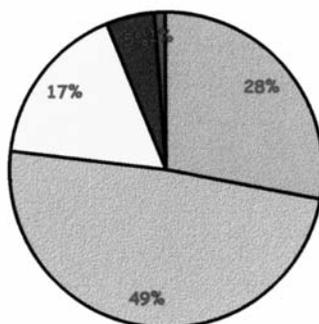


VALORACION DE LA DIVULGACION



■ 5 Puntos ■ 4 Puntos □ 3 Puntos □ 2 Puntos ■ 1 Punto

VALORACION ORGANIZACION



■ 5 Puntos ■ 4 Puntos □ 3 Puntos ■ 2 Puntos ■ 1 Punto

PRIMER PREMIO A LA COMUNICACIÓN

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN UN
MARCO SOLIDARIO: UN RETO HUMANO**

Gallardo Frías, Y.; Siles González, J.; Rivado Ortega, Y.; Molero Tolino, D.;
Migallón Martínez, M. J.; Lillo Crespo, M.

INTRODUCCIÓN

Los autores de este artículo somos una parte de los socios del Foro de Enfermería para el Desarrollo, asociación sin ánimo de lucro, fundada en el seno de la E.U. de Enfermería de la Universidad de Alicante en 1996.

El trabajo que en este artículo se expone, está originado en el valor de la solidaridad, sentimiento que está marcando las pautas de actuación de muchas personas en este final de siglo, y entre éstas, muchos estudiantes y profesionales de Enfermería. De hecho la escasez de organizaciones humanitarias en las que la actividad enfermera sea el modo de lograr unos objetivos de ayuda, fue el nexo de unión y catalizador de la asociación.

Al mismo tiempo que movidos por un deseo de justicia e igualdad, nos inquieta la tecnificación y despersonalización (Siles, 1996) que, como personas, percibimos en muchos profesionales de nuestro entorno, chocando frontalmente con los preceptos de humanización y personalización que desde la Universidad se nos inculca.

Por este motivo, en el Foro pensamos que la acción enfermera ha de estar basada en el respeto a la singularidad de cada persona, en la comprensión de la realidad cambiante donde se actúa, sin perder de vista la consecución de unos objetivos que a la fin y a la postre se convertirán en acciones reales de cuidado.

Así pues, este artículo es la expresión de cómo en el Foro se está trabajando por aunar el trabajo enfermero con el espíritu solidario, enmarcándonos en la necesidad de respeto y comprensión hacia los demás.

OBJETIVO

En consonancia con los objetivos del Foro de Enfermería para el Desarrollo, este trabajo pretende:

- a) Adecuar y estructurar los fines y actividades de un programa de educación para la salud, enmarcado dentro de la acción solidaria, a las características culturales y sociales de la comunidad del orfanato Casa-Hogar Juan Pablo II de Lurín (Perú), compatibilizando así, las acciones y pretensiones de la

Enfermería humanitaria con los métodos de trabajo y de investigación de la Enfermería humanística.

- b) Concienciar socio-sanitariamente sobre la necesidad de la elaboración y ejecución de trabajos como éste, persiguiendo un sociedad equitativa y justa.

Definición del problema: Partiendo de una inquietud humana de solidaridad, se intenta conocer desde el respeto y la comprensión, como paso previo y necesario para el desarrollo del proyecto humanitario, una realidad distinta a la nuestra, en valores, recursos, cultura... con la finalidad de detectar necesidades básicas reales y cubrirlas. De este modo el problema que se nos plantea es doble.

El primero se definiría como «la adaptación del impulso solidario y de sus acciones a la cultura de la comunidad de la Casa-Hogar», y el segundo sería «la cobertura de las necesidades reales detectadas».

La hipótesis de partida es que el estudio y comprensión de las concomitantes culturales y sociales de la comunidad con la que se interactúa, aumenta la pertinencia, y por tanto su eficacia, en los programas de educación para la salud (Leinniger, 1970, 1991).

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo se fundamenta en la teoría y metodología propia del paradigma socio-crítico (Siles y García 1995), siguiendo las líneas del investigación-acción (Siles y García 1995; Taylor y Bogdan 1996; Pérez Serrano 1990), por lo tanto, la finalidad última del trabajo es la modificación de la realidad investigada, siendo los mismos integrantes de esta realidad los motores de cambio. En este caso, la comunidad estudiada es la integrada por los miembros del orfanato Casa-Hogar Juan Pablo II de Lurín (Perú), y serán estas mismas personas las protagonistas del cambio en su realidad, que será en definitiva una mejora en las condiciones higiénicas y de educación en la Casa-Hogar.

El desarrollo de la acción se divide en varias fases

1. Documentación en España desde mediados de 1995, e investigación y recogida de datos «in situ» durante los meses de julio y agosto de 1996.
2. Análisis de los datos recogidos y elaboración de un proyecto de educación para la salud, además de varios proyectos de dotación de recursos en colaboración con varios organismos públicos y otras ONG's, los



cuales serán un apoyo indispensable para la consecución de los fines ya expresados. Esta fase se extiende en el tiempo desde otoño de 1996 hasta la primavera de 1997.

3. Ejecución de los proyectos, que se materializan en las actividades de educación para la salud en la Casa-Hogar, en la compra de material con los fondos recaudados, envío de ropa, material sanitario, farmacéutico y educativo, y la financiación de una parte del mantenimiento diario de los niños. Esta fase se inicia, en España, a finales de 1996 con los programas de financiación, continúa con el envío del material durante los primeros seis meses de 1997, y concluye, ya sobre el terreno, con la ejecución del programa de educación para la salud y la compra de material.
4. Evaluación de las actividades emprendidas y divulgación de éstas. Esta fase se inicia al retornar el equipo de Lurín y se extiende hasta hoy mismo con la elaboración de este trabajo.

En la recogida de datos, durante la **primera fase**, se utilizan las técnicas propias del marco teórico expuesto anteriormente, es decir, técnicas y métodos cualitativos desarrollados con anterioridad en trabajos de investigación enmarcados en la Antropología y la Enfermería Transcultural (Leininger 1967, 1968, 1979, 1991; Taylor y Bogdan 1996; Malinowski 1982, 1984; Boyd 1993; Kavanagh y Kennedy 1992; Spector 1996; Swanson-Kauffman 1986; Kottak 1991; Kocht 1995):

- La observación participante
- Entrevistas con los personajes clave del orfanato

Los instrumentos de recolección de datos fueron los propios investigadores sobre el terreno durante el verano de 1996.

En la **segunda fase** los datos obtenidos en la Casa-Hogar, son analizados fenomenológicamente (Walters 1994, 1995), para ser estructurados en necesidades percibidas de tres tipos:

- Necesidades educativas
- Necesidades higiénicas
- Necesidades materiales y económicas

Estas carencias nos sirven de base para la elaboración de un proyecto de educación para salud (Costa y López 1996; Salleras 1985; Polaino-Lorente 1987; Pineault y Daveluy 1967) y varios de dotación de recursos materiales y econó-

micos. En esta ocasión son los niños los destinatarios del programa de educación, que mediante juegos y manualidades son educados en rutinas de higiene. Como apoyo a este programa, se aportaron recursos materiales y económicos, como libros, calentadores de agua...

En la **tercera fase** los investigadores y los tutores fueron los responsables de la ejecución de las actividades de educación y compra de los materiales de apoyo necesarios para la consecución de los objetivos establecidos.

La evaluación de estas acciones se realiza por dos sistemas:

- Uno interno y continuo, llevado a cabo por los tutores de la Casa-Hogar, puesto que están en constante interrelación con los niños.
- Y otro externo y puntual, llevado a cabo por el propio equipo de investigación cada vez que se desplaza a la Casa-Hogar.

DESARROLLO DEL TEMA

1.- CONTEXTUALIZACIÓN GEOGRÁFICA E HISTÓRICA DE LA CASA-HOGAR

1.1.- CONDICIONES GEOGRÁFICAS Y AMBIENTALES DE LA ZONA

El núcleo donde se ha ejecutado el programa de educación y de dotación de recursos de este proyecto se corresponde con la comunidad del orfanato «Casa-Hogar Juan Pablo II», enclavado en uno de los barrios marginales de Lima (capital de Perú) denominado Lurín, a unos 25 km. del centro en dirección sur y próximo a la costa del Océano Pacífico (Aréstegui 1982; Sociedad Geográfica de Lima 1982; Brown 1996).

Dicho barrio está conformado por una población de nivel socioeconómico medio-bajo, y consta de unos 5.000 habitantes aproximadamente. En la actualidad se está produciendo un ligero desarrollo económico, principalmente supeditado a actividades comerciales y de servicio.

1.2.- DESARROLLO HISTÓRICO DE LA CASA-HOGAR

La Casa-Hogar fue fundada en 1.985 por el padre José Walijewski, gracias a la ayuda económica del actual Papa Juan Pablo II. En el orfanato se acogen en la actualidad a unos 113 niños, que proceden de todas las partes del país: sierra, selva y calles de Lima. Los niños son principalmente niños aban-

donados en las calles de Lima –son los llamados «Pirañitas», grupos de niños que sobreviven en las calles a base de pequeños hurtos y delitos y de lo que encuentran–, o bien son niños huérfanos, debido a los actos terroristas del grupo guerrillero «Sendero Luminoso».

2.- ORGANIZACIÓN DE LA CASA-HOGAR

Los niños son agrupados por «familias» según sus edades, tutelados por una persona que se responsabiliza de ellos. Cada familia está compuesta por alrededor de 10 niños.

La educación de los niños se realiza dentro de la religión católica, coexistiendo, además con las distintas creencias de las personas que allí llegan con fines humanitarios.

La formación escolar básica está reglada, y se produce en los colegios públicos de Lurín hasta la edad de 18 años, momento en el cual el joven tiene que abandonar la Casa-Hogar.

El orfanato se sustenta económicamente con los fondos de la Iglesia Católica Peruana y donaciones particulares. Además, en la casa, se realizan trabajos de autoabastecimiento: cultivo de vegetales autóctonos en su huerto (chacra) y crianza de cerdos (chanchos) y patos.

Las normas de la casa son respetadas y cumplidas por todos los miembros de la Casa-Hogar. La distribución de las labores de limpieza, cocina, cuidado de sus animales y actividades agrícolas se realizan por todos los miembros de la Casa-Hogar, en turnos estructurados por los tutores.

Desde las 5 de la mañana, a toque de campana, hasta las 20 horas, a toque de campana, se distribuyen las actividades diarias en un clima apacible donde todos participan y colaboran para que la Casa siga adelante.

Todas las familias, junto al padre, se reúnen 3 veces al día en las comidas, momento donde cada uno, como miembro de esta familia, tiene un sitio concreto y especial. Cada familia se sienta en una mesa presidida por su tutor.

3.- PLANIFICACIÓN DE LOS PROYECTOS

Tras el análisis de los datos recolectados de la fase II, se detectan una serie de necesidades, a partir de las cuales se elaboran los proyectos de educación para la salud y de dotación de recursos:

Proyecto «Salud e Higiene Infantil», que consiste en: dotación de medicamentos, material sanitario y un programa de Salud Infantil, ejecutado en los meses de julio y agosto de 1997.

Partiendo de las necesidades educativas, higiénicas y de recursos materiales detectadas, se elaboró este proyecto con los siguientes objetivos:

- Concienciar sobre hábitos higiénicos y de respeto medioambiental a través de un programa educativo.
- Participar de forma activa a través de la convivencia diaria en la aplicación de hábitos higiénicos.
- Conseguir para la Enfermería de la Casa-Hogar una dotación de medicamentos y material sanitario suficiente, al menos, para un año.
- Mejorar el estado de salud buco-dental de los niños.
- Prevenir y tratar la pediculosis.
- Realizar un taller de elaboración de jabón natural.
- Dar continuidad al proyecto con posterioridad a la estancia en la Casa-Hogar con diversas iniciativas desde España.

La población diana de este proyecto son los niños de la Casa. Para ello se informó a los tutores responsables y se les pidió su colaboración, obteniendo su total aprobación y apoyo.

Los medios económicos y parte de los medios materiales (cepillos de dientes, ropa, libros, medicamentos) para llevar a cabo el programa fueron gestionados y conseguidos en España, y otra parte fueron adquiridos en el lugar de destino (calentadores de agua, equipo deportivo, herramientas) debido al abaratamiento de los costes.

Se instaló un calentador de agua en cada una de las 8 viviendas del edificio central con el fin de incentivar hábitos higiénicos.

La financiación de este proyecto fue aprobada por la Comisión 0,7 de la Universidad de Alicante, además se contó con la colaboración de otras ONG's como Farmacéuticos Mundi de Albacete, Libros para el Mundo, Grupo de Apoyo de la Casa-Hogar Juan Pablo II.

La estrategia utilizada en el programa de educación fue la realización de juegos y actividades de carácter lúdico en función de sus edades, fomentando la motivación y participación activa de todos los miembros de la Casa-Hogar.

Proyecto «Vístele los pies», que consiste en la recogida y envío por barco de calzado y ropa infantil ejecutado en el mes de junio de 1.997.

Partiendo de las necesidades materiales reales y con la ayuda económica de distintas instituciones y de la ONG «Grupo de Apoyo a la Casa-Hogar Juan Pablo II», se pudo conseguir el material requerido, así como los fondos para su envío.

Proyecto «Un libro para crecer», que consiste en la instalación y dotación de una biblioteca y ludoteca infantil-juvenil y, aplicación de un programa de animación a la lectura.

Los recursos económicos se consiguieron gracias a la colaboración del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante, así como de las ONG's Libros para el Mundo y Grupo de Apoyo a la Casa-Hogar Juan Pablo II. Bajo el lema «Hazte donante de libros» se extendió el programa a algunos institutos de Educación Secundaria de nuestro entorno, con el objetivo de implicar a jóvenes españoles en el envío directo de libros lúdicos.

Proyecto «Unidos por el juego», que consiste en dotación de equipamiento deportivo y un programa de educación física compensatorio.

Como respuesta a una necesidad de educación infantil, este proyecto es desarrollado por compañeros profesionales en Educación Física, con ayuda de medios materiales y económicos donados por particulares e instituciones públicas, como el Ayuntamiento de Albacete, Iglesia de Alcaraz, Cofradía de la Virgen de Cortes de Alcaraz y Asociación de Mujeres de Alcaraz.

RESULTADOS

Las consecuencias directas de las acciones emprendidas en la Casa-Hogar fueron:

- La divulgación de conductas y creación hábitos y rutinas higiénicas.
- Colaboración directa en las acciones sanitarias y de higiene de la Casa-Hogar.
- Dotación a la Casa-Hogar de sistema de agua caliente (calentadores eléctricos) y de material para su mantenimiento.
- Abastecimiento de la Enfermería de la Casa-Hogar de material sanitario y medicamentos.
- Equipación básica para la práctica de actividades deportivas.

- Instalación y dotación de una biblioteca con libros lúdicos infantiles y juveniles y con material educativo.
- Renovación y acondicionamiento del utillaje de cocina.
- Inicio de un programa de apadrinamiento de niños de la Casa-Hogar
- Demanda de nuevas actividades educativas y de colaboración.
- Inicio de actividades paralelas, dentro del entorno de Lurín con el programa de apadrinamiento de ancianos de Villa Salvador.

Esos resultados han sido fruto de la buena acogida de estos proyectos, tanto por los niños, como por los tutores y responsables directos de la continuidad de los mismos en la Casa-Hogar. Por otra parte, los resultados de los proyectos de dotación económica individualizada, tanto a niños como a ancianos, basan su desarrollo y continuidad en las ayudas directas que desde España se están obteniendo a través de sus «padrinos».

Como consecuencia de las acciones de divulgación de estos proyectos en España, se ha obtenido el apoyo económico de algunas instituciones públicas relacionadas con la Enfermería, como el Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante y la E.U. de Enfermería de la misma universidad. Además, el Foro de Enfermería para el Desarrollo, ha sido beneficiario de dos becas otorgadas por la Comisión 0,7 de la Universidad de Alicante para la consecución de los fines anteriormente expuestos.

La elaboración de este artículo es, de momento, la última actividad de divulgación realizada por el Foro de Enfermería para el Desarrollo de las actividades realizadas en la Casa-Hogar.

CONCLUSIONES

Mediante el proyecto de educación para la salud llevado a cabo en la Casa-Hogar, se ha conseguido uno de nuestros objetivos iniciales, puesto que así queda confirmado por los resultados obtenidos. Así pues, se logra la adaptación de los objetivos y actividades de los programas a la cultura de la comunidad, mediante un estudio previo de la misma, obteniendo, así unos resultados positivos en el cambio de hábitos en la comunidad pretendidos con el programa de educación.

A pesar de haber conseguido respaldo económico, el apoyo institucional ha sido puntual y condicionado a ayudas de otras instituciones.

También es relevante que en ninguno de los tres viajes realizados a la Casa-Hogar por el equipo de investigación, no se hallara entre ellos algún profesional de la Enfermería, siendo todos sus miembros alumnos de esta disciplina.

Aún así, es bastante positivo que en el programa de apadrinamiento de los niños de la Casa-Hogar se halla conseguido apadrinar a cerca de la mitad de los niños, gracias al compromiso de particulares, grupos de alumnos, instituciones, familias... Siendo algo más escasa la respuesta obtenida en el programa de apadrinamiento de ancianos.

AGRADECIMIENTOS

Es necesario, para finalizar este artículo, un apartado de agradecimientos en el cual poder reconocer que, sin el apoyo de las Instituciones y Organizaciones mencionadas, y por supuesto, el de las personas que las integran, este proyecto multidisciplinar y abierto, no se podría haber llevado a término en las condiciones en que ha sido realizado.

BIBLIOGRAFÍA

- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (1995) «Transcultural concepts in nursing care» (2nd. ed.) Lippincott; Philadelphia.
- Aréstegui, M. (1982) «Estudio básico del Perú: 24 departamento, 154 provincias y 1680 distritos». 25 horas, Lima.
- Boyd, C. O. (1993) «Qualitative approaches in nursing research. Phenomenology: The method». NLN Publi 19, 99-132.
- Brown, F. (1996) «Todo el Perú. Breve enciclopedia peruana». Ed. Brown, Lima.
- Kavanagh, K.H. & Kennedy, P.H. (1992) «Promoting cultural diversity: Strategies for health care». Sage Publications, Newbury Park.
- Kocht, T. (1995) «Interpretative approaches in nursing research: The influence of Husserl and Heidegger». *Journal of Advanced Nursing* 21/5, 827-836.
- Leininger, M. (1967) «The culture concept and its relevance to nursing». *The Journal of Nursing Education* 6, 27-39.
- Leininger, M. (1968) «The significance of cultural concepts in nursing». *Minnesota League For Nursing Bulletin* 16, 3-12.
- Leininger, M. (1970) «Nursing and anthropology: two words to blend». John Wiley & Sons, New York.
- Leininger, M. (Ed.) (1991) «Culture care diversity and universality: a theory of nursing». National League for Nursing Press, New York.

- López Ceballos T. (1989) «Un método para la investigación acción participativa». Editorial Popular, Madrid.
- Malinowski, B. (1982) «Ciencia, magia y religión». Ariel, Barcelona.
- Malinowski, B. (1984) «Una teoría científica de la cultura». Sarpe, Madrid.
- Paul, B. (1955) «Culture and community: case studies of public relations to health programs». Russell Sage Foundation. New York.
- Siles, J. y García, E. (1995) «Las características de los paradigmas y su adecuación a la Enfermería». *Enfermería Científica* 160/161, 10-15.
- Spector, R.E. (1996) «Cultural diversity in health and illness». Appleton & Lange, Stamford.
- Sociedad Geográfica de Lima (1962) «Anuario Geográfico del Perú». Villanueva, Lima.
- Swanson- Kauffman, K.M. (1986) «A combined qualitative methodology for nursing research». *Advanced of Nursing Science* 8-3, 58-69.
- Taylor S. J.; Bogdan, R. (1996) «Introducción a los métodos cualitativos de investigación». Paidós, Barcelona.
- Walters, A.J. (1994) «Phenomenology as a way of understanding in nursing». *Contemporaneous Nurse*. 3/3, 134-141.

SEGUNDO PREMIO A LA COMUNICACIÓN

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN UN PROGRAMA DE ALTA PRECOZ
EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA
CARDIACA**

Perera Pérez, Gladys; Cutillas Iturralde, Yolanda; Prieto Pagán, Mari Carmen;
Pastor Alfonso, Francisco; Escudero Plowman, Joan; Martínez Albeza, Ana

Hospital General Universitario de Alicante

INTRODUCCIÓN

La cirugía cardíaca, una especialidad con gran repercusión sociosanitaria tanto por su coste económico como por la afectación psíquico-física del paciente y su entorno, tiende actualmente a acelerar la recuperación del paciente minimizando su estancia tanto en la unidad de reanimación como en el hospital sin disminuir la calidad ni la satisfacción del paciente, aprovechando al máximo los recursos. Estos programas son llamados por los anglosajones «Fast-Track».

Las unidades de reanimación pasan por ser claves en la recuperación progresando en aspectos como la extubación precoz, fisioterapia respiratoria, movilización, analgesia, etc... que han supuesto un auténtico cambio en los programas de atención de Enfermería.

En nuestra unidad nos propusimos aplicar un plan de cuidados de Enfermería distinto a lo que hasta ahora refleja la literatura publicada, dado la escasa bibliografía existente sobre cuidados de Enfermería y recuperación precoz en cirugía cardíaca y la oportunidad que se nos presentaba de tratar estos pacientes por primera vez, ya que hasta ahora se enviaban todos a la unidad de cuidados intensivos de nuestro hospital.

OBJETIVOS

Evaluar un plan de cuidados de Enfermería en postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca para reducir la estancia en la unidad de reanimación.

MATERIAL Y MÉTODOS

En los últimos tres meses hemos diseñado una hoja de recogida de datos para cada uno de los pacientes basado en las siguientes variables:

- Diagnóstico, intervención, horas de intubación orotraqueal, inicio de tolerancia oral y fisioterapia respiratoria, sedestación, control del dolor, tipo de analgesia, complicaciones y horas de estancia en el servicio.

El método empleado es el proceso de atención de Enfermería con el que establecemos los siguientes diagnósticos y aplicamos las actividades correspondientes:

- Déficit de conocimientos de la rutina postoperatoria R/C, la falta de familiaridad de los procesos hospitalarios

- Objetivo

El paciente expresará verbalmente y demostrará la comprensión de la rutina postoperatoria a las dos horas de su ingreso en reanimación

- Actividades

Explicar al paciente los diversos aspectos de la rutina postoperatoria y cada una de las actividades que se vaya a realizar con él

- Dolor R/C, trauma hístico-quirúrgico

- Objetivo

El paciente presentará aspecto relajado y manifestará alivio del dolor tras la aplicación de medidas analgésicas

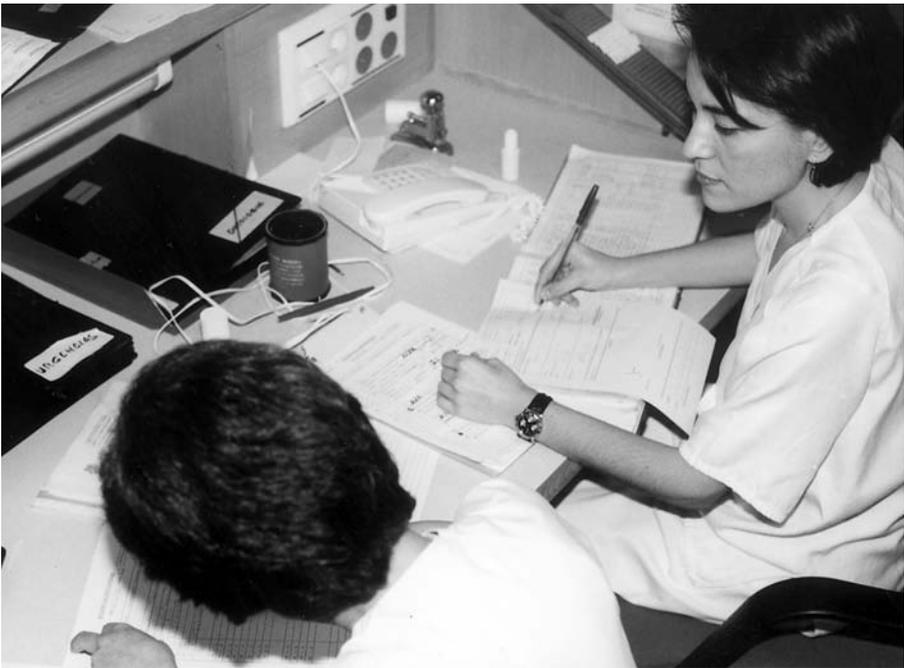
- Actividades

- Obtener la historia algica del paciente
- Valorar la presencia de indicadores no verbales de dolor
- Proporcionar todo tipo de apoyo, aclaraciones y refuerzo positivo
- Reducir al máximo los factores que pueden aumentar el dolor
 - Administrar y registrar analgésicos por catéter epidural, subcutáneo o intravenosas según prescripción médica
- Reevaluar repetidamente el dolor
- Calmar la ansiedad y la aprensión
- Movilizar al paciente despacio y en bloque

- Alteración del bienestar:náuseas o vómitos R/C, la anestesia

- Objetivos

El paciente no sufrirá náuseas o vómitos en su postoperatorio



- *Actividades*

- Mantener sonda nasogástrica las primeras horas permeable
- Administrar antiemético a las dos horas de la extubación según prescripción médica
- Pinzar sonda nasogástrica treinta minutos después del antiemético, acto seguido probar tolerancia a líquidos
- Evitar distensión abdominal, dolor, desequilibrio electrolítico y reacciones farmacológicas idiosincráticas

- **Potencial shock postoperatorio R/C, hemorragia o hipovolemia**

- *Objetivos*

El paciente no sufrirá shock hipovolémico en su postoperatorio

- *Actividades*

- Controlar y registrar constantes vitales (TA, FC, T°, PVC, PAP, FR, DIURESIS, SATO₂) en el momento del ingreso y cada hora salvo inestabilidad hemodinámica que se hará cada quince minutos
- Valorar apósito quirúrgico en el ingreso y cada hora
- Valorar cantidad y carácter de los drenajes torácicos cada hora
- Valorar zona quirúrgica para detectar hematoma o inflamación
- Controlar cambios en el estado mental a través de Glasgow horario
- Controlar hematocrito y hemoglobina según prescripción médica
- Balance hídrico por turno

- **Patrón respiratorio ineficaz R/C, acto quirúrgico y/o anestesia**

- *Objetivo*

El paciente tendrá un buen intercambio gaseoso mientras dure su postoperatorio

- *Actividades*

- Valorar y registrar signos vitales cada hora
- Proporcionar oxigenoterapia en cada momento

- Colaborar en la extubación precoz del paciente
 - Animar a respirar profundamente, toser y expectorar secreciones una vez extubado. Enseñar a utilizar el espirometro incentivado
 - Ordeñar y registrar drenajes torácicos cada hora
 - Colaborar en la retirada de drenajes torácicos en 24 horas mínimo
 - Sedestación una vez retirado los drenajes torácicos
 - Ofertar ingesta oral de líquidos
 - Realizar RX de tórax al ingreso y cada 24 horas
 - Auscultar buscando sonidos claros y audibles en todos los campos pulmonares cada hora

- Potencial alteración urinaria R/C, déficit de aporte de líquidos intraoperatorio

- Objetivo

El paciente mantendrá un balance equilibrado en su postoperatorio

- Actividades

- Valorar y registrar diuresis horaria
- Mantener un aporte de líquidos primero intravenoso y posteriormente vía oral adecuado a sus necesidades
- Valorar estado de mucosas, urea, creatinina, aparición de edemas, dificultad respiratoria, etc...
- Administración de diuréticos según prescripción médica
- Balance hídrico por turno

- Potencial de lesión postoperatoria R/C, posibles cambios en el estado mental debido a la circulación extracorpórea y anestesia

- Objetivo

El paciente no sufrirá lesiones hísticas en su postoperatorio

- Actividades

- Valorar Glasgow al ingreso y cada hora

- Mantener barandillas laterales de la cama levantadas
- Controlar signos vitales cada hora
- Ayudar al paciente en todas las actividades
- Tener preparado por riesgo de convulsión, cánula de Guedel, ambú conectado a la red de oxígeno, medicación anticonvulsivante, etc...

RESULTADOS

Nuestra muestra fue obtenida de los primeros 53 pacientes de cirugía cardíaca con circulación extracorpórea que ingresaron en la unidad de reanimación del servicio de anestesiología en el primer cuatrimestre del año en curso.

El 60% (n=32) eran varones y el 39,6% hembras (n=21). En los hombres los casos recogidos de cirugía de recambio valvular (n=12) fue similar a los de cirugía de pontaje coronario (n=13). Cirugía mixta, valvular y coronario, fueron 4 casos y cirugía de cardiopatía congénita se obtuvieron tres casos de corrección de ostium secundum.

En el grupo de las mujeres predominaba la cirugía de recambio valvular con 71,4% (15 casos), obteniendo 5 casos de cirugía de pontaje coronario y un solo caso de cirugía mixta. Todos los pacientes fueron programados para cirugía con anestesia combinada general-epidural torácica según protocolo diseñado por el servicio de anestesia de nuestro hospital.

Patrón respiratorio

El 81% de los pacientes estaban extubados a las dos horas de su ingreso en la unidad, con un 24% de extubación inmediata en quirófano. En fisioterapia respiratoria activa (toser, expectorar, inspirometría incentivada) un 68% la inició a las 2 horas de su ingreso. Las complicaciones respiratorias fueron 2 casos de atelectasias, 1 caso de neumotórax, y 1 de enfisema subcutáneo cervicotorácico. No contabilizamos ninguna reintubación.

Digestivo

El 70% iniciaban tolerancia oral antes de las 4 horas, retirándose la sonda nasogástrica como media a las 8 horas. La ingesta oral progresaba de dieta líquida postoperatoria a semiblanda en 24 horas.

El 17% presentaron algún episodio de náuseas y/o vómitos que se resolvían tras la administración de antiemético.

Sedestación

El 83% iniciaban sedestación a los 20 horas tras retirada de los drenajes torácicos.

Analgesia

El 96% de los pacientes controlaron el dolor referido a la esternotomía con anestésicos locales administrados en perfusión continua por catéter epidural y antiinflamatorios no esteroideos por vía intravenosa. En dos casos hubo necesidad de administrar opiáceos parenterales.

Hemodinámico

En el 96% estabilidad hemodinámica con algunos episodios de hipotensión leve transitoria resueltas con dosis bajas de aminas vasoactivas (dopamina).

En un caso de cirugía de tres válvulas constatamos hipotensión con parada cardiorrespiratoria que respondió a maniobras de RCP. En otro caso de cirugía de recambio de válvula aórtica se evidenció fallo ventricular izquierdo con edema agudo de pulmón al que se le asoció un fallo renal que condujo al éxitus.

Estancia

El 80% de los pacientes (42) estuvieron 24 horas en la unidad. A las 48 horas el 95% estaban en condiciones de abandonar la unidad.

CONCLUSIONES

El diseño de un plan de cuidados en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca nos permite aplicar un proceso de atención de Enfermería basado en una serie de variables cuyo abordaje precoz contribuye significativamente a obtener estancias cortas en la unidad de reanimación con una calidad asistencial satisfactoria.

La gran mayoría de pacientes son extubados precozmente, facilitándonos en las primeras horas abordar de forma más autónoma por el equipo de Enfermería aspectos como la comunicación verbal, el inicio de la fisioterapia activa y la tolerancia oral en comparación a otros trabajos (1) donde se realizan al día siguien-

te de la intervención, al protagonizar los aspectos hemodinámicos las primeras 24 horas.

Las náuseas y vómitos que registramos en un porcentaje elevado al inicio de la tolerancia, no atribuible a la casi inexistente utilización de opiáceos, no constituyeron una complicación para progresar a dieta estándar a las 24 horas

La técnica de administración de anestésicos locales, bupivacaina 0,2%, por catéter epidural torácico en perfusión continua nos revela un excelente control analgésico que refleja el grado de satisfacción colaboración y confort del paciente en la curas de esternotomía, ejercicios respiratorios y retirada de drenajes torácicos en comparación a otros trabajos donde el dolor alcanza su máxima intensidad con las movilizaciones y se empieza a controlar el primer día con morfina y el segundo día con metamizol (nolotil), aceptando las posibles complicaciones derivadas de la depresión respiratoria y disminución del nivel de conciencia.

La familiarización con los dispositivos de administración de analgésicos por vía epidural, nos permite evaluar el dolor y ajustar el ritmo de perfusión.

Se demuestra con este programa que un alto porcentaje de pacientes programados para cirugía cardíaca pueden ser dados de alta a las 24 horas de su ingreso en la unidad, en comparación a la mayoría de trabajos revisados en la literatura donde la estancia media de cirugía cardíaca programada se sitúa en 2,5 días.

Algunos pacientes prolongaron su estancia por problemas organizativos, escasa disponibilidad de camas de hospitalización en la planta de cirugía cardiorá-cica.

Esta experiencia es nueva para nuestro equipo de Enfermería, pero creemos a raíz de los resultados, que con una buena organización podemos aplicar nuestro plan de cuidados a la casi totalidad de pacientes de cirugía cardíaca programada, aumentando la calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carpenito L. J. «Diagnósticos de Enfermería». Interamericana Mc Graw-Hill, Madrid, 1995.
2. «Enciclopedia de Enfermería profesional». Interamericana. Mcgraw-Hill 19989
3. Villares M. J. «Paciente con cirugía cardíaca. Cuidados que se le practican». Revista ROL de Enfermería, 1991.154:93-97
4. «Cuidados durante el postoperatorio de la cirugía cardíaca: Caso clínico». Revista Metas 1998; 6:17-22.
5. Lui SL, Carperter RL, Neal JM, «Epidural anesthesia and analgesia. Their role in the postoperative outcome». Anesthesia. 1995; 82: 1473-506

6. «Aplicación del proceso de Enfermería». Guía práctica. 3TM Edición. Rosalinda Alfaro-Le Fevre. Editorial Mosby.
7. «Planes de cuidados de Enfermería». Antonia María Tomás Vidal. Ediciones Olalla.
8. «Fast-track en cirugía cardíaca. Aplicación sistemática sin pérdida de la calidad asistencial» X, Ruyra, J Centeno, Unidad de cirugía cardíaca. Hospital Meixoeiro (Vigo). XIV Congreso de la sociedad española de cirugía cardiovascular. Murcia 1988.
9. «Extubación inmediata en cirugía cardíaca con la técnica anestésica combinada epidural y general». Miguel Cantó, Alvaro Ferrer, César Margarit, M. Escobar. Unidad de anestesia cardíaca. Hospital General de Alicante. VII Jornadas de Anestesiología y Monitorización. Zahara de los Atunes. 1997.

TERCER PREMIO A LA COMUNICACIÓN

**EVOLUCIÓN DE LA ENTREVISTA DE
DONACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE
TRASPLANTES**

Gómez Marinero, Purificación; De Santiago Guervós, Carlos; Pérez Cases, Lola;
Fuentes Pérez, Manuel A.

Coordinación de Trasplantes del H.G.U. de Alicante

INTRODUCCIÓN

Desde los albores de los programas de trasplantes el H.G. de Alicante destacó en el área de formación de otros coordinadores de trasplantes con el tema de la entrevista de donación, la cual era enfocada desde el punto de vista de causas por las que las familias niegan la donación y estrategias para evitar estas causas.

A partir del año 1996 debido a la formación recibida y a la experiencia acumulada cambiamos esta estrategia, recurriendo a la relación de ayuda como la herramienta más eficaz para reducir las negativas familiares a la donación.

Uno de los temores al que los Coordinadores de Trasplantes (en lo sucesivo CT) se enfrentan, y que han de racionalizar, consiste en la creencia de que al dirigirse a los familiares para hacer la solicitud de donación aumentan el dolor que esa familia está padeciendo. Esta idea, que ha sido desmentida por estudios post-donación, sigue pesando en el bagaje de pensamientos de los CT y se agudiza cuando se trata de ciertos donantes, como los niños pequeños, ante la perspectiva de abordar a unos padres embargados en dolor.

Ante un panorama tan desolador, nos representamos la intervención del CT como una intromisión en la privacidad de esa familia, como una agresión, un dolor más. En definitiva, un «hurgar en la herida».

El tema que vamos a desarrollar, persigue atacar esa imagen del CT como intruso inoportuno y desarrollar un aspecto básico y necesario de su rol profesional: el de profesional experto en el manejo de una situación en crisis, en la que su papel fundamental será prestar apoyo incondicional y ayuda experta a esos familiares a los que se les acaba de comunicar el fallecimiento de un ser querido. Ese apoyo, se habrá de ejercer desde un determinado modelo, que más tarde desarrollaremos, en donde la empatía, la aceptación y la acogida serán actitudes básicas a desarrollar.

El CT estará ahí; primero, para valorar la necesidad de ayuda que esos familiares necesitan; segundo para, efectivamente, ejercer esa ayuda experta; y tercero, para solicitar la donación.

Sin esta secuencia, sin considerar que lo que tenemos que hacer con nuestro trabajo es ayudar a los familiares a establecer las bases para un lógico duelo,

posiblemente la visualización y la vivencia del rol de CT sea de intromisión y no de facilitador en la resolución de una situación crítica.

Para que lo expuesto sea así, es preciso que los CCTT tengan la suficiente formación en el manejo de una situación crítica y las habilidades y destrezas necesarias para ejercer la relación de ayuda como buenos terapeutas. Ese es el objetivo deseable de esta exposición.

OBJETIVOS

Es objetivo de la entrevista de donación ayudar a la familia a iniciar el duelo de la forma más adaptada posible y así puedan tomar la decisión de donar o no donar libremente sin la presión que supone el no controlar sus emociones y decisiones por el gran choque emocional que están viviendo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este cambio de filosofía hemos utilizado la técnica de relación de ayuda.

QUÉ ES LA RELACIÓN DE AYUDA

El concepto de relación de ayuda se inspira en la teoría del psicólogo Carl Rogers, que la desarrolla en sus obras «Psicoterapia centrada en el cliente» y «El proceso de convertirse en persona», entre otras.

Según este autor, el individuo, posee en sí mismo los mecanismos para autorregularse y adaptarse al medio, desarrollando sus capacidades hasta hacerlas concordantes con el mundo en el que vive, y mortificándose en base a los problemas que este medio le plantee.

En este sentido, la relación de ayuda, como relación que se produce, por regla general entre dos personas, es aquella en la cual, una de las partes intenta hacer surgir en la otra, esas capacidades y recursos latentes, con el fin de hacer frente a los problemas de la manera más adecuada, funcional y resolutive posible.

Acercándonos más al concepto definiremos la relación de ayuda como:

- Aquella relación terapéutica que se produce en una situación de comunicación cara a cara, ante la necesidad de dar respuestas adaptativas a los problemas planteados



Hay que resaltar:

- Que es una relación terapéutica. Por tanto, se busca el restablecimiento de un estado de salud-equilibrio del individuo
- Que se produce en una situación de comunicación cara a cara, mediante la entrevista, en la que tendremos que facilitar y motivar la comunicación
- Que el objetivo es buscar soluciones a los problemas que una situación nueva ha planteado

Estos tres componentes: relación terapéutica, situación cara a cara y búsqueda de soluciones, se nos van a presentar en la entrevista de donación para el trasplante.

En esta interacción, la persona que ayuda (el Coordinador de Trasplante), realiza un acompañamiento activo de la persona en situación de necesidad de ayuda ante la pérdida (el familiar), realizando una primera intervención encaminada a la expresión de su duelo.

Del choque inicial que produce la comunicación de la muerte, y la consiguiente respuesta más o menos desestructurada de la familia, será la intervención del CT la que la sacará o al menos encauzará hacia una manifestación más adaptativa y equilibrada del duelo, intervención que por otra parte, de no ser el fallecido susceptible de donación para el trasplante, no se haría.

Aquí reside el objetivo inicial y primordial que debe perseguir el CT en el abordamiento que hace a la familia: acompañar activamente a la familia, estableciendo con ellos una relación de ayuda que les facilite el paso de la situación de crisis, producida por la pérdida, a la expresión adecuada del duelo.

Establecida la relación de ayuda a la familia, asumida la pérdida y desde el máximo respeto a la decisión última que ésta adopte, entonces, realizaremos la solicitud de donación.

En toda relación de ayuda existe:

- Un profesional: el que ayuda
- Un cliente: el ayudado
- Una interacción-comunicación

En el caso del CT, éste además de tener conocimientos sobre estos tres elementos, deberá conocer el contexto específico de su rol. También, deberá identificar las formas concretas a través de las que los familiares demandan su necesi-

dad de ayuda. Para ello será preciso haber establecido una relación cálida, acogedora, respetuosa y auténtica.

RESULTADOS

Este hospital ha reducido su tasa de negativas familiares en los dos últimos años obteniendo los siguientes resultados:

Año	Tasa de negativas familiares %(n)	Negativas judiciales	Entrevistas de donación	Donantes reales
1995	13 (6)	0	32	26
1996	9,4 (5)	2	29	23
1997	11,9 (4)	1	25	21

Esta técnica está siendo utilizada, a través de nuestros cursos de formación, por numerosos coordinadores de diversos hospitales nacionales, no disponiendo en la actualidad de datos sobre las negativas familiares en dichos centros.

La Organización Nacional de Trasplantes ha designado a este hospital como centro de referencia para la formación de coordinadores de trasplantes en lo referente a la relación de ayuda en el proceso de donación, desde el año 1995, habiendo disminuido la tasa de negativas familiares a nivel nacional (Gráfica I).

Por comunidades autónomas, la Comunidad Valenciana fue en 1997 la segunda comunidad con la menor tasa de negativas familiares tras Asturias. (Gráfica II).

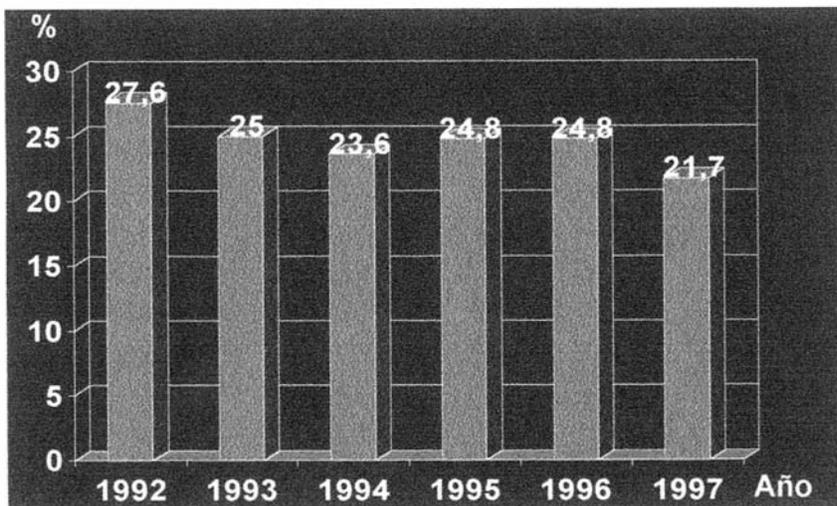
CONCLUSIONES

La relación de ayuda es una «herramienta», aunque conocida por la Enfermería, muy poco utilizada como profesionales expertos en su ejecución.

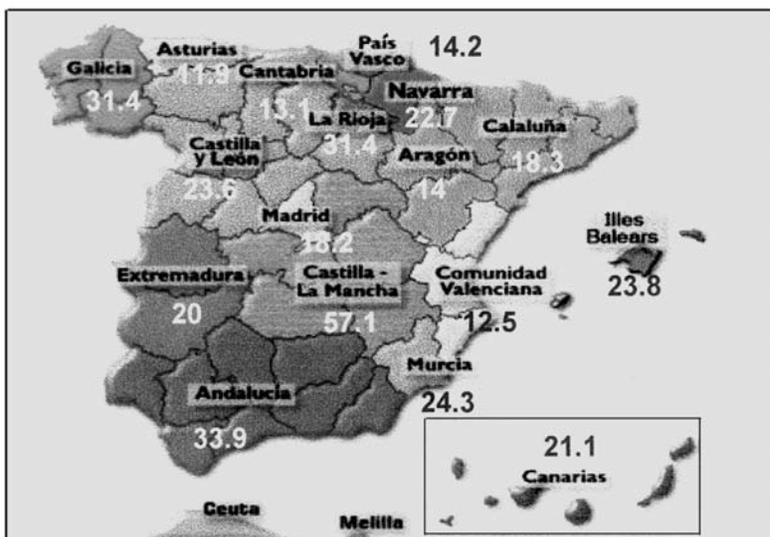
Desearíamos poder extrapolar esta técnica a otros campos de la Enfermería por su ductilidad y excelentes resultados no sólo en el proceso del duelo, sino en

aquellos procesos en los que los pacientes y sus familiares necesitan trabajar en post de una vida más satisfactoria y autónoma.

Gráfica I: Evolución de las negativas familiares en España.



Gráfica II: Negativas familiares en España por Comunidades Autónomas.



BIBLIOGRAFÍA

«El proceso de donación de órganos: Actitudes e «aplicaciones» Programa Integral Europeo para la Donación de Órganos (EDHEP)

Carl Rogers: «El proceso de convertirse en persona» Ed. Paidós. Buenos Aires, 1979

F. Davis: «La comunicación no verbal» Alianza Editorial. Madrid, 1982

J. Chakfour: «La relación de ayuda en cuidados de Enfermería. Una perspectiva holística y humanista» Ed. S.G. Editores. Barcelona, 1993

Jeffrey A. Kelly: «Entrenamiento de las habilidades sociales» Ed. Desclee de Brouwer. Bilbao, 1987

Georg Dietrich: «Psicología general de] counseling. Teoría y práctica» Ed. Herder. Barcelona, 1986

Gómez Sancho, Marcos: «Cómo dar las malas noticias en medicina» Ed. Grupo Aula Médica. Madrid, 1996.

Irvin L. Janis: «Formas breves de consejo» Ed. Desclee de Brouwer. Bilbao

Luis Cibanal y M^a Carmen Arce: «La relación enfermera paciente» Ed. Universidad de Alicante. Alicante, 1991

Patterson, C. H.: «Teorías del Counseling y psicoterapia» Ed. Desclee de Brouwer. Bilbao, 1978

P. Watzlawck y otros: «Teoría de la comunicación humana» Ed. Herder. Barcelona, 1981

CUARTO PREMIO A LA COMUNICACIÓN

**ESTUDIO DEL NIVEL DE
CUMPLIMENTACIÓN DE LA HOJA
DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA
AL INGRESO EN EL HOSPITAL
GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE**

Gómez Robles, Javier; Domingo Pozo, Manuela; Terrés Ruiz, Carolina; Ruiz
Vilchez, Verónica; Gabaldón Bravo, Eva; Molina Fernández, M.^a Ángel.

INTRODUCCIÓN

La necesidad de realizar una valoración objetiva e integral del paciente es una realidad evidente desde cualquier punto de vista, ya sea a nivel asistencial, docente, investigador o legal (1). Es una herramienta de trabajo fundamental por ser la base del plan de cuidados a realizar, de forma que humanicemos el trato al paciente siguiendo el modelo holístico que actualmente está vigente (hábitos, costumbres, situación social y estado de salud del paciente). De esta forma conseguiremos cuidados individualizados de calidad.

Desde el punto de vista legal, cumplimentar adecuadamente la hoja de valoración es la mejor defensa frente a demandas judiciales que afronta nuestro colectivo.

Enfermería no debe ver el registro como un documento incriminador sino todo lo contrario; todo lo que no se registra, no se ha hecho a efectos legales (2, 3, 4, 5 y 6).

El objetivo de nuestro trabajo es comprobar el nivel de cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso por el personal de Enfermería según la hoja oficial de la Conselleria de Sanitat en el Hospital General Universitario de Alicante.

Las hipótesis a estudio son las siguientes:

1. El nivel de cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso por el personal de Enfermería es bajo (inferior al 95%), ya que todo documento obligatorio no debe tener un tanto por ciento de no cumplimentación superior al 5%. Esto ocurre sobre todo en los aspectos relacionados exclusivamente con Enfermería como son las necesidades básicas y los aspectos psicosociales.
2. La inexistencia de una guía oficial para la cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso por Enfermería hace que no exista unanimidad en los datos a reflejar en este documento, tanto en la calidad como en la cantidad de los mismos.
3. El grado de cumplimentación de la hoja de valoración de Enfermería al ingreso es mayor con personal contratado que fijo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo, que se hizo en la unidad de documentación clínica del Hospital General Universitario de Alicante, durante los meses de julio, agosto y septiembre de 1998.

A través de una búsqueda bibliográfica de los últimos 5 años, comprobamos que se habían realizado en España estudios que estudiaban todos los registros de Enfermería, tan sólo un estudio similar se hizo en el mismo hospital a estudio hacía 4 años. Los descriptores utilizados han sido: valoración, documentación, documentación clínica, assessment, registros de Enfermería, nursing records documentation, register. Los índices utilizados han sido el I.N.I., Index de Enfermería, Medline.

Mediante un método de muestreo sistemático y aleatorio obtuvimos un total de 526 ingresos en el Hospital General Universitario de Alicante durante el periodo comprendido entre 1996-1998.

Para el estudio de la hoja de valoración, tan sólo utilizamos 339 historias, ya que del resto 67 no fueron encontradas por motivos diversos y 120 no incluían la hoja de valoración.

El único documento tenido en cuenta en el estudio ha sido la hoja de valoración de Enfermería al ingreso.

Para recoger los datos pertinentes, diseñamos una hoja de recogida de datos a propósito del estudio, cuyas variables a estudio, de respuesta SI/NO son las que siguen:

- Número de historia de clínica.
- Unidad, mes y año.
- Letra clara, identificación de la enfermera (firma legible).
- Procedencia, motivo de ingreso, alergias, antecedentes, constantes, necesidades básicas, seguridad, integridad de la piel, sentidos, aspectos psicológicos y sociales.

Elaboramos una base de datos y los analizamos mediante un paquete estadístico (S.P.S.S.), obteniendo los siguientes resultados.



De ello se deduce la necesidad de elaborar un documento consensuado que sirva a los profesionales para recabar y constatar los datos pertinentes.

Respecto a la última hipótesis, no hemos podido verificar al existir una baja tasa de correcta identificación de la enfermera/o que hace la valoración al paciente. Los resultados obtenidos dejan patente la evidente necesidad de identificarse en todos los documentos cumplimentados, tan sólo un 44,8% mostraba una firma legible, con todos los problemas que esto puede acarrear en el campo legal.

Como datos más destacables, observamos que un 62,8% no refiere si el paciente es alérgico a algo o no. Recordamos que todo lo no escrito es no valorado.

Otro aspecto relacionado íntimamente con las funciones de Enfermería son los ítems de las constantes vitales y es uno de los datos que aparece reflejado en la hoja en un tanto por ciento más bajo (FC 5,3%, temperatura 18,6% y tensión arterial 35,7%), a pesar de que sabemos que es una práctica generalizada, pero se refleja en la hoja de constantes y no en la valoración al ingreso.

Si no escribimos lo que hacemos no podremos constatar las cargas de Enfermería (1) a las autoridades sanitarias. Si nosotros mismos ignoramos nuestra profesión en su totalidad, no podremos defenderla.

Hemos hablado de las ventajas legales y asistenciales de un buen registro, pero no debemos olvidar que existe un aspecto de suma importancia que es el desarrollo de la Enfermería como ciencia y que esto es posible gracias a la investigación que se fundamenta en un buen registro enfermero.

Como sugerencias a pensar o debatir pensamos que convendría elaborar, como ya se ha dicho anteriormente, una guía de cumplimentación de la hoja de valoración y que se podría ver la posibilidad de convertir la hoja de valoración de Enfermería al ingreso en un indicador de calidad junto a las úlceras por presión, la infección urinaria, flebitis, caídas, etc. Así, mediante estudios retrospectivos de la hoja de valoración y de la de cuidados, evaluar la calidad del profesional de Enfermería.

Se ha comprobado que existe correlación entre una historia bien cumplimentada y una buena atención, debido a los audit médicos.

RESULTADOS

Tras el análisis estadístico de los datos, los resultados expresados en frecuencias relativas son los siguientes:

1. En cuanto a datos administrativos los tanto por ciento de cumplimentación son: letra clara un 88,8%, identificación del paciente un 93,8%, fecha y turno en el momento del ingreso un 70,2%, firma legible 44,8% y procedencia 46,6%.

2. Respecto a datos de salud general del paciente, se valora el motivo de ingreso y/o diagnóstico médico en un 90,6%; las alergias 37,2%; los antecedentes en un 28%, los hábitos tóxicos 2,4%. Y en cuanto a las constantes vitales: la menos valorada la frecuencia cardiaca con un 5,3 %, seguido de la temperatura con un 18% y la tensión arterial con un 35,7%.

3. En cuanto al porcentaje medio de cumplimentación de las necesidades básicas se obtiene el 15,8%, variando de una necesidad a otra: respiración 12,4%, alimentación 28,6% (la más valorada), eliminación fecal 8,8% (la menos valorada), eliminación urinaria 19,1%, aseo e higiene 10,3% y movilidad 13%.

4. Los tantos por ciento de cumplimentación de valoración del resto de necesidades son: seguridad 28%, integridad piel y los tegumentos 8,8%, sentidos: vista 3,9% y oído 2,1% y prótesis 3,2%.

5. Como ultimo aspecto a valorar estan los aspectos psicosociales y sociales, con un tanto por ciento de cumplimentación del 8,6%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El nivel de cumplimentación de la hoja de valoración de Enfermería al ingreso es insatisfactorio debido a que no alcanza el 95%, mínimo establecido para los documentos de obligada cumplimentación (recomendaciones de la Comisión de historias clínicas del Hospital de Alicante). Esta circunstancia se da sobre todo en los aspectos específicos de Enfermería como son las necesidades básicas. Dentro de ellas destaca con un 8,8% la eliminación fecal; en contraposición la más valorada es la alimentación.

Existe una falta de uniformidad en la recogida de datos para la valoración observando una pobreza de recogida de los mismos en todos los servicios. Esta situación se podría atribuir a la inexistencia de una guía de ayuda para la cumplimentación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marc Mandell, J.D.: «Si no se ha registrado es que no se ha valorado». Nursing marzo 1995
2. Gutiérrez de Teran Moreno, G. «Aspectos legales de los registros de Enfermería». Enfermería clínica 1996. Vol 3, n° 1:21-24.
3. Rodríguez Arias Espinosa, Carmen M. Et al. «Responsabilidades en los cuidados enfermeros: la información nuestra mejor arma». Enf. Cient. May-Jun 1996 n° 170-171: 12-14.
4. Serrano Sastre, Rosario et al. «¿Dónde comienza la calida científica de los documentos de Enfermería? El reto de la documentación». Rol Jul-agosto 1994. n° 191-192: 33-40.
5. García Martín, N. Et al. «Registros de Enfermería», Enf. Intensiva enemar 1995 Vol1 n°1: 15-19.
6. Polo Tolosana, M. Et al. «Registros: revisión de la documentación clínica de Enfermería en un hospital general en el año 1994». Enf. Clínica 1995. Vol 7 n°2: 32-39.

PREMIO POR VOTACIÓN POPULAR

**PROTOCOLO Y REGISTRO DEL APOYO
EMOCIONAL AL INGRESO DEL NIÑO
ONCOLÓGICO**

Dolores Serna Arias y Magdalena Azorín Sánchez

Unidad de Oncología Pediátrica. Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓN

En septiembre de 1996, se creó en nuestro Hospital, la Unidad de Oncología Infantil. Desde el primer momento nos propusimos dar una atención integral a los padres y niños con cáncer; para ello se creó un equipo interdisciplinar, formado por médicos, personal de Enfermería, psicóloga, trabajadoras sociales una de ellas de la Asociación de Padres de Niños Oncológicos (ASPANION) y maestras.

El equipo nos reunimos una vez por semana y revisamos los niños que acuden a nuestro Servicio «uno a uno», en todos sus aspectos con el fin de proporcionarles un cuidado integral. El hecho de conocer la situación de la enfermedad del niño, el estado psico-emocional de la familia y su situación social, nos ayuda mucho a adaptar nuestras actuaciones en función de las necesidades específicas en cada caso.

En diciembre de 1997 la trabajadora social del Hospital y miembro del equipo multidisciplinar, Pilar San Pío, realizó una encuesta para conocer el nivel de satisfacción de las familias asistidas por nuestro equipo, en la que se preguntó sobre la acogida y el trato recibido por los padres y sus hijos en el momento del ingreso.

Un 75% la valoraron como muy buena y un 22% como buena.

Estos resultados tan positivos nos animaron a plantearnos la posibilidad de elaborar una hoja de registro donde los cuidados que dábamos quedaran por escrito con el fin de:

- Aumentar la información que tenemos del estado emocional de la familia
- Comunicarnos mejor con el resto de los profesionales
- Mejorar la calidad de las actuaciones y evaluar su eficacia
- Dejar constancia de ello en la historia del niño
- Intentaremos averiguar y aclarar las dudas de los padres procurando transmitir confianza en el equipo y en los medios de que disponemos hasta el momento de ser informados por el médico.

- Si la persona reacciona al diagnóstico negando su situación, evitar caer en razonamientos que en ese momento no puede asimilar.
- Permitirles las expresiones de ira o la proyección de una falsa culpa hacia otros profesionales, procurando no reforzar su opinión.
- Antes de la información médica, buscar el momento más adecuado para el niño y los padres procurando un clima de intimidad y el tiempo necesario para que los padres puedan manifestar sus emociones antes de reunirse con su hijo.
- El equipo de Enfermería si no estuviera presente en el momento de la información médica, contactará lo más rápido posible con el médico para conocer la información dicha y la reacción de los padres para poder reforzar la información cuando sea oportuno.
- Si está confirmado el diagnóstico, entregar a la familia los folletos explicativos sobre su enfermedad, medidas higiénicas, manejo de catéteres, alimentación, etc.
- Informar a la familia de la existencia de la Asociación de Padres, psicóloga y otros profesionales del equipo y ponerlos en contacto si los solicitan.

Decir que las actuaciones de Enfermería fueron casi siempre improvisadas, guiadas por la intuición y criterio de la persona que en ese momento cuidaba al niño. Creemos por lo tanto, que sería muy útil la sistematización de los cuidados que por nuestra experiencia, hemos comprobado que son más efectivos, con el fin de unificar criterios y así mantener o mejorar si fuera posible los resultados positivos manifestados en la encuesta antes citada. Todo ello respetando siempre las peculiaridades de cada familia, así como las distintas reacciones ante el conocimiento de la enfermedad de su hijo y las formas de expresar los sentimientos que esta suscita.

Para que este intento de protocolizar las actuaciones de Enfermería tenga utilidad, es necesario que todo el personal al cuidado de los niños afectos de cáncer y sus familias, disponga de conocimientos mínimos sobre las reacciones que puedan considerarse «normales» ante el impacto del diagnóstico, como son la ira, la negación e incluso la proyección de su sentimiento de culpa sobre otros profesionales, y debe estar conforme a la metodología de trabajo y dispuesto a llevarla a cabo.

Para conseguirlo, es importante que el equipo multidisciplinar y cada uno de sus profesionales se implique en la educación del personal que trabaja en la Unidad de Oncología, transmitiendo su experiencia sobre las técnicas de acerca-

miento a la familia más eficaces en las distintas etapas de la enfermedad y su tratamiento y la ventaja de hacerlo en equipo.

Hemos experimentado en estos dos años que esta forma de trabajar es más beneficiosa que hacerlo individualmente, aunque se pusiera toda la mejor voluntad; y lo hacemos con la esperanza de abrir nuevos caminos para que otros niños, adolescentes y adultos (aunque no sean oncológicos) puedan beneficiarse del resultado de aunar fuerzas en un objetivo común.







REGISTRO

ETIQUETA

PROCEDENCIA :

PADRE : NOMBRE..... EDAD.....PROFESION..... EN ACTIVO : SI NO
MADRE : NOMBRE..... EDAD.....PROFESION..... EN ACTIVO : SI NO

CONVIVENCIA DEL NIÑO PADRES N° HERMANOS MAYORES EDAD.....
PADRE SEXO.....
MADRE EDAD.....
OTROS MENORES SEXO.....

CARÁCTER HABITUAL :INTROVERTIDO
EXTROVERTIDO
HIPOACTIVO
HIPERACTIVO
OTROS.....

PREVIAS HOSPITALIZACIONES EXPERIENCIA POSITIVA
NEGATIVA

ESTADO GENERAL NUTRICION : BUENA HIGIENE : BUENA
REGULAR REGULAR
MALA MALA

PRIMERA IMPRESION DEL ESTADO EMOCIONAL

PADRE -TEMOR MADRE -TEMOR
-EN SHOCK -EN SHOCK
-OTROS -OTROS

NIÑO :

-COLABORADOR
-COMUNICATIVO
-RECHAZO A LA HOSPITALIZACION
-FALTA DE COLABORACION

EN : COMIDA
HIGIENE
PROCEDIMIENTOS
COMUNICACIÓN
OTRAS.....

-RABIETAS
-EXCESIVA PASIVIDAD
-OTRAS.....

INFORMACION MEDICA

MEDICO.....

HORA:.....

CONTENIDO DE LA INFORMACION

-DIAGNOSTICO PROBABLE

CUAL.....

-DIAGNOSTICO CONFIRMADO

CUAL.....

-PRONOSTICO %

-TRATAMIENTO : QUIMIOTERAPIA

INTENSIDAD DEL
TRATAMIENTO :

QUIRURGICO

SUAVE

RADIOTERAPIA

MEDIA

DURA

REACCION A LA INFORMACION :

- CONFIANZA

PADRE - SHOCK

-NEGACION

PROYECCION DE CULPA

SOBRE QUIEN.....

-IRA

-OTRAS.....

-CONFIANZA

MADRE -SHOCK

-NEGACION

PROYECCION DE CULPA

SOBRE QUIEN.....

-IRA

-OTRAS.....

AVISADA : -PSICOLOGA

-TRABAJADORA SOCIAL

ENTREGADOS FOLLETOS INFORMATIVOS

MANIFESTACIONES DE DUDAS POR PARTE DEL NIÑO Y FAMILIA :

SOBRE LA ENFERMEDAD

CUALES.....

TTO

CUALES.....

NORMAS Y SERVICIO DEL HOSPITAL

CUALES.....

FECHA ,TURNO Y ENFERMERA

OTROS TRABAJOS

EL TABAQUISMO EN LOS PACIENTES DE HEMODIÁLISIS. PREVALENCIA DE CONSUMO Y ACTITUDES

Moreno E.; Millán D.; Vizcaya F.; Cases J. M.; Cantó B.; Samper J.; Jordá N.;
Baños MC.; Lozano A.; Oltra J.; Cases M.; Ibáñez A.; Guerra C.; García R.

Unidades de Hemodiálisis del Hospital General Universitario de
Alicante y Sanatorio Perpetuo Socorro

INTRODUCCIÓN

El tabaco era desconocido en Europa hasta hace quinientos años, cuando marineros al servicio de la Corona Española lo introdujeron en el Viejo Continente. A partir del siglo XVI el hábito se extendió progresivamente por Europa, pero hasta el siglo XIX fue una conducta minoritaria e incluso elitista.

La situación cambió radicalmente hace 150 años, a partir del momento en que los procedimientos industriales permitieron la fabricación de cigarrillos manufacturados, aunque fue a partir de la Primera Guerra Mundial cuando su consumo se hizo masivo entre los hombres y después de la Segunda Guerra entre las mujeres.¹

Con la extensión del consumo, aparecieron las primeras sospechas sobre el papel del tabaco en la etiología de diferentes enfermedades, confirmándose como un grave problema de Salud Pública en los años 50, con el estudio epidemiológico de Doll y Hill^{2,3} y en la década de los sesenta con los primeros informes publicados al respecto por el Royal College of Physicians de Londres, el Surgeon General de los Estados Unidos y la Organización Mundial de la Salud^{4,5}.

Hoy en día existe un acuerdo general en cuanto a que el consumo de tabaco constituye la primera causa de pérdida de la salud, así como la primera causa de muerte prematura y evitable en los países desarrollados. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, anualmente mueren 800.000 personas en Europa como consecuencia de su efecto, y en España se calcula que provoca más de 40.000 muertes anuales⁶. El tabaquismo es, pues, el principal problema de salud pública susceptible de prevención⁷.

En insuficientes renales en tratamiento substitutivo renal con diálisis o en trasplantados, aunque la enfermedad primaria no esté en relación con el consumo de tabaco, sí existe una clara asociación entre el hábito de fumar y el empeoramiento de la enfermedad vascular. La incidencia de muerte vascular (ACVA, infarto miocárdico, vasculopatía periférica) es significativamente más alta en fumadores comparada con no fumadores⁸.

Fumar se asocia con disminución de la supervivencia en hemodiálisis. Así, en un estudio prospectivo en diabéticos insuficientes renales, la supervivencia al

año y los cinco años fue mucho más baja en fumadores en comparación con no fumadores⁹.

Esto nos da idea de la relevancia del control del consumo de tabaco, que constituye el único factor de riesgo dependiente únicamente de la voluntad del sujeto.

Ante todo lo expuesto los profesionales sanitarios y especialmente los enfermeros (paradójicamente constituimos un grupo social donde la conducta tabáquica es mayoritaria¹⁰⁻¹¹.) tenemos la responsabilidad de hacer mucho más que promocionar el hábito de no fumar en los pacientes de nuestras unidades.

Por los motivos anteriormente expuestos y dada la importancia del tema hemos considerado oportuno efectuar un estudio, con el objetivo de conocer la prevalencia y las características del hábito tabáquico en los pacientes incluidos en hemodiálisis en nuestra provincia y estudiar así mismo, algunas actitudes y conocimientos relacionadas con este hábito que nos orienten en la creación de un Plan Sanitario para la disminución del consumo de tabaco en los pacientes de diálisis.

DISEÑO DEL ESTUDIO

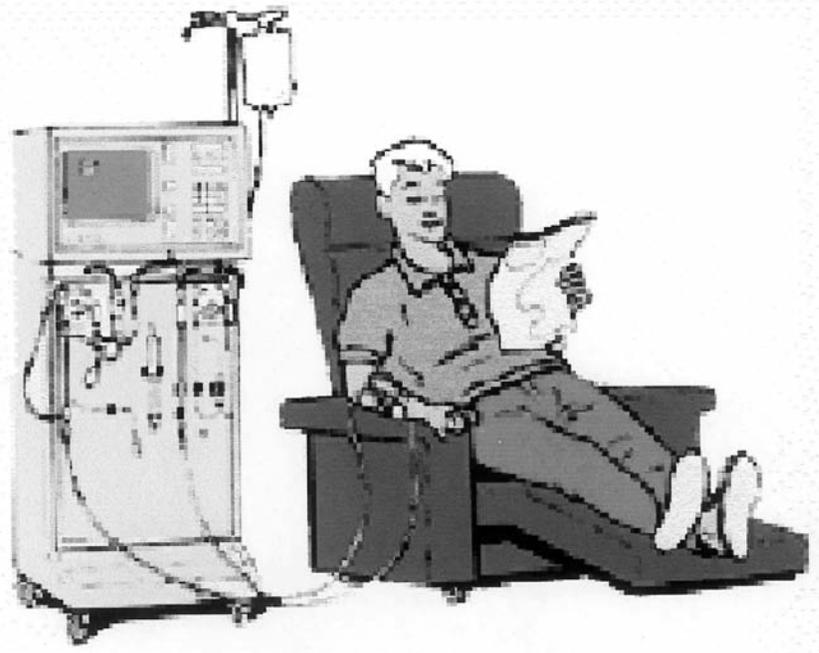
Estudio descriptivo transversal, realizado entre los meses de octubre de 1997 y abril de 1998.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Formaron parte del estudio todos los pacientes en programa de hemodiálisis de la provincia de Alicante con más de tres meses en programa con capacidad física-psíquica para contestar.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se estudian 469 pacientes en programa de hemodiálisis, de los cuales 281 son hombres (59,9%) y 188 mujeres (40,1%), con una edad media de 59,3 (+/-15) años (Rango: 18-87 años) que llevaban un tiempo medio en hemodiálisis de 65.9 (+/-63) meses (Rango: 3-300 meses).



MATERIAL Y METODOLOGÍA DE TRABAJO

Para conocer el consumo de tabaco entre los enfermos de hemodiálisis, realizamos una encuesta personal para lo que se diseñó un cuestionario, tras prueba piloto previa, que contenía un total de 35 variables con respuestas abiertas y cerradas, agrupadas en 6 bloques que contienen los siguientes apartados:

1. Datos de filiación, tiempo en hemodiálisis y centro.

2. Patologías relacionadas con el tabaco como las vasculares periférica, cardíaca y cerebral, HTA, Dislipemias, Tumoral, Diabetes y Bronco-neumopatía crónica. Este apartado era cumplimentado por los facultativos de cada unidad de diálisis.

3. Hábitos tabáquicos. Los criterios sobre este hábito se tomaron de la Encuesta Nacional de Salud ¹², considerando:

- Fumador habitual: persona que en el momento de la encuesta consume diariamente cigarrillos, cigarrillos o pipa
- Fumador ocasional: persona que en la actualidad fuma, pero no lo hace diariamente
- No fumador: persona que nunca ha fumado
- Ex-fumador: persona que no fuma en la actualidad pero que ha fumado alguna vez de forma habitual

4. Bloque «fumadores». Recogemos información de las variables números de cigarrillos/día, intentos de abandono y motivo, causas de recaída, si recibió consejos del personal que le atiende sobre dejar de fumar y si está interesado en seguir un programa que le ayude a dejar de fumar.

5. Bloque «ex - fumadores». Motivos de abandono, cuando lo abandonó y el método empleado.

6. Conocimientos de los encuestados acerca de algunos aspectos del tabaquismo y sus opiniones sobre el problema.

La encuesta se pasó individualmente a todos los pacientes durante la sesión de hemodiálisis por enfermeros de cada una de las unidades de la provincia, cuyos criterios fueron previamente discutidos y homogeneizados.

Los datos han sido tratados con el programa estadístico SPSS/PC+. Las pruebas estadísticas empleadas para establecer relaciones con la variable «hábito tabáquico» fueron: la media, desviación estándar y chi-cuadrado. Se consideró como significativo el valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Contestaron la encuesta un total de 469 pacientes de hemodiálisis obteniéndose una tasa de respuesta del 87,5 % de los pacientes en las 10 unidades de hemodiálisis de la provincia.

DISTRIBUCIÓN HÁBITO TABÁQUICO SEGÚN EDAD

EDAD	FUMD.ACTUAL N-%	FUMD. OCASIO N-%	EX FUMADOR N-%	NO FUMADOR N-%
18 - 40 AÑOS	32 - 48'5	2 - 3	7 - 10'6	25 - 37'9
41 - 64 AÑOS	48 - 26'1	7 - 3'8	45 - 24'5	84 - 45'7
> 65 AÑOS	19 - 8'3	4 - 1'8	83 - 38,'1	113 - 51'8

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN HÁBITO TABÁQUICO SEGÚN SEXO

SEXO	FUMD.ACTUAL N-%	FUMD. OCASIO N-%	EX FUMADOR N-%	NO FUMADOR N-%
HOMBRES	82 - 82'8	11 - 84'6	121 - 89'6	67 - 30'2
MUJERES	17 - 17'2	2 - 15'4	14 - 10'4	155 - 69'8

CUADRO 2

HÁBITO TABÁQUICO EN HD

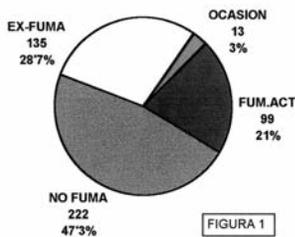


FIGURA 1

HÁBITO TABÁQUICO EN PAREJA O CUIDADOR PACIENTE

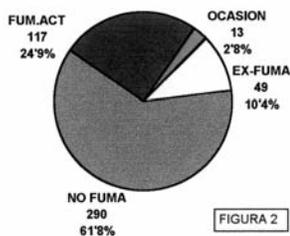
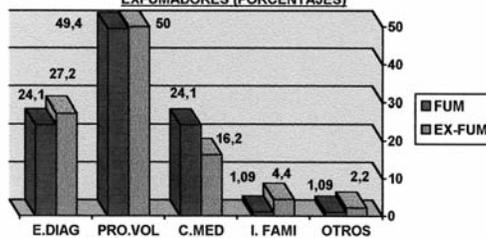


FIGURA 2

MOTIVO ABANDONO FUMADORES ACTUALES VS. EXFUMADORES (PORCENTAJES)



ACTITUD FUMADORES



FIGURA 4

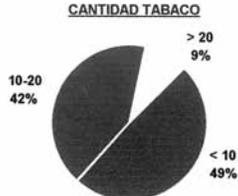


FIGURA 5



FIGURA 6



FIGURA 7

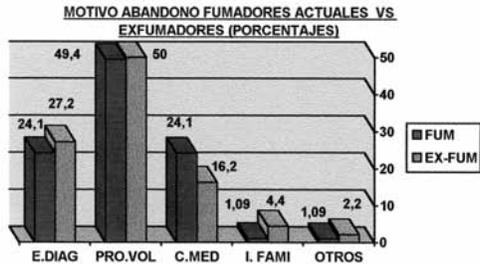


FIGURA 8

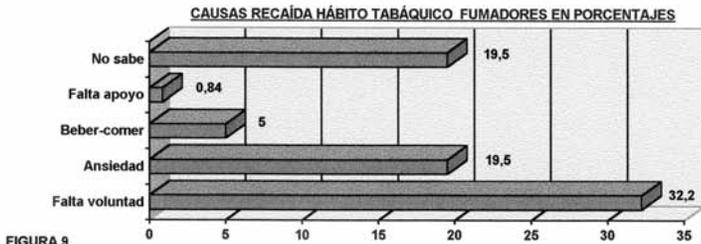


FIGURA 9

OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS FUMADORES SOBRE:



FIGURA 10

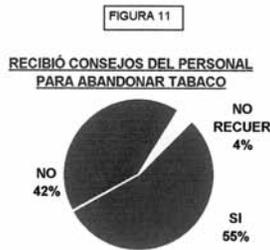


FIGURA 11



FIGURA 12

EX-FUMADORES

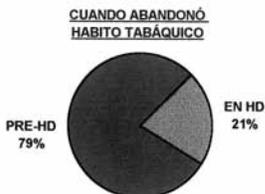


FIGURA 13

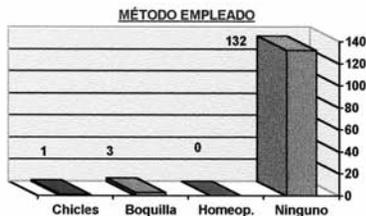


FIGURA 14

OPINIÓN DE FUMADORES, EX-FUMADORES Y NO FUMADORES SOBRE :

EL EJEMPLO QUE DA EL PERSONAL SANITARIO PUEDE INFLUIR EN LOS FUMADORES

	SI (N - %)	NO (N - %)	DUDOSO (N - %)
FUMADOR	33 - 29	71 - 63'3	8 - 7'1
NO FUMADOR	103 - 46'3	96 - 43'2	23 - 10'3
EX-FUMADOR	52 - 38'5	71 - 52'5	12 - 8'8
TOTAL	188 - 40	238 - 50'7	43 - 9'1

EXISTE UNA ASOCIACIÓN SIGNIFICATIVA ($p < 0'014$) ENTRE EL HÁBITO O NO TABÁQUICO Y EL CONSIDERAR COMO INFLUYENTE EL CONSUMO DE TABACO POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

CUADRO 3

OBSERVA SI EL PERSONAL SANITARIO FUMA EN SU CENTRO

	SI (N - %)	NO (N - %)
FUMADOR	78 - 69'6	34 - 30'3
NO FUMADOR	124 - 55'8	98 - 44'1
EX-FUMADOR	83 - 61'48	52 - 38'5
TOTAL	285 - 60'7	184 - 39'2

NO SE APRECIAN DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS

CUADRO 4

LE PARECERÍA BIEN QUE SE FAVORECIERE A LOS PACIENTES NO FUMADORES SOBRE LOS FUMADORES

	SI (N - %)	NO (N - %)	DUDOSO (N - %)
FUMADOR	22 - 19'6	81 - 72'3	9 - 8
NO FUMADOR	87 - 39'1	106 - 47'7	29 - 13
EX-FUMADOR	51 - 37'8	68 - 50'4	16 - 11'8
TOTAL	160 - 34'1	255 - 54'3	54 - 11'5

ENCONTRAMOS DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS, ($p < 0'001$) ENTRE FUMADORES Y NO FUMADORES Y LA OPINIÓN ACERCA DE LAS PRIORIDADES

CUADRO 5

OTROS RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN FACTORES DE RIESGO Y EL HÁBITO TABÁQUICO EN EL MOMENTO DEL ESTUDIO						
VARIABLES		FUMADOR %	NO FUMADOR %	EX-FUMADOR %	OCASIONAL %	TEST DE X ²
V. CARDÍACA	SI	39 - 21'7	70 - 38'9	67 - 37'2	4 - 2'2	p = 0'009
	NO	60 - 20'8	152 - 52'6	68 - 23'5	9 - 3'1	
V. CEREBRAL	SI	5 - 13'9	23 - 63'9	7 - 19'4	1 - 2'8	NS
	NO	94 - 21'7	199 - 46	128 - 29'6	12 - 2'8	
V. PERIFÉRIC	SI	27 - 25'5	33 - 31'1	44 - 41'5	2 - 1'9	p = 0'000
	NO	72 - 19'8	189 - 52'1	91 - 25'1	11 - 3'0	
H.T.A.	SI	75 - 22'5	145 - 43'4	103 - 30'8	11 - 3'3	NS
	NO	24 - 17'8	77 - 5'7	32 - 23'7	2 - 1'5	
DIABETES	SI	12 - 23'1	18 - 34'6	20 - 38'5	2 - 3'8	NS
	NO	87 - 20'9	204 - 48'9	115 - 27'6	4 - 2'6	
DISLIPEMIA	SI	30 - 24'8	50 - 41'3	37 - 30'6	4 - 3'3	NS
	NO	69 - 19'8	172 - 49'4	98 - 28'2	9 - 2'6	
EPOC	SI	15 - 29'4	12 - 23'5	24 - 47'1	—	p = 0'000
	NO	14 - 20'1	210 - 50'2	111 - 26'6	13 - 3'1	
TUMORAL	SI	3 - 14'3	8 - 38'1	9 - 42'5	1 - 4'8	NS
	NO	96 - 21'4	214 - 47'8	126 - 28'1	12 - 2'7	

CUADRO 6

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

No hemos encontrado publicados datos previos sobre el consumo de tabaco en los pacientes de hemodiálisis en España que nos permitan establecer relaciones con los resultados de nuestro estudio.

Éstos se pueden considerar altamente representativos dada la elevada tasa de respuesta obtenida (87,55%). Aunque admitimos la posibilidad de ausencia de veracidad en alguna respuesta, por el grado de compromiso personal que contienen algunas preguntas.

Declararon ser fumadores el 23,9 % de los encuestados, (21,1% fumaban diariamente y el 3% de forma ocasional) (FIG-1). Aunque la prevalencia de fumadores en hemodiálisis es baja si la comparamos con los resultados sobre la población general (36,6%)¹³, o de la Comunidad Valenciana (38,3%)¹⁴, o de un estudio sobre enfermos trasplantados renales en Sevilla que previamente habían recibido una atención terapéutica mínima anti-tabaco (25%)¹⁵, y de un estudio del Reino Unido en pacientes de hemodiálisis¹⁶ (58%, sólo el 36% nunca han fumado), (FIG-3). Consideramos que son altas para unos pacientes ya muy sobrecargados de factores de riesgo de origen cardíaco, vascular (periférico y cerebral) entre otros⁸⁻¹⁷.

Al analizar la prevalencia del tabaquismo por edad (CUADRO-1), comprobamos al igual que en otros estudios de población general, personal de atención primaria y enfermos crónicos¹⁸⁻¹⁹, que existe un descenso progresivo de fumadores habituales con la edad, a expensas del crecimiento de los ex fumadores. En los mayores de 65 años sólo el 8% son fumadores actuales, en comparación con

la población española donde las cifras son del 15%¹³. La prevalencia por sexo (CUADRO-2) es mayor en los varones (29,2%) que en las mujeres (9,1%). Esto agrava el problema si tenemos en cuenta que el sexo masculino ya es de por sí un factor independiente de riesgo vascular¹⁷. Al contrario que en la población española los ex-fumadores hombres (43%) superan a los fumadores y al contrario las fumadoras (9,1%) superan a las ex-fumadoras (7,1%), si bien en un porcentaje poco significativo¹⁴.

En el número medio de cigarrillos/día (FIG-5), entre los fumadores diarios, destaca que sólo un 9% son grandes fumadores (más de 20 cigarrillos/día). Por término medio fuman unos 11 cigarrillos al día frente a unos 15/día de la población general¹³.

El 93% de los pacientes han comenzado a fumar antes de entrar en programa de hemodiálisis (FIG-4) y los motivos (FIG-6) que dan para seguir fumando, la mayoría de ellos (40,9%) es por rutina, siguiéndole por orden de importancia, otros factores (26,3 %) y el stress (15,4%). En otros estudios de población general y especialmente sanitaria la causa más frecuente es la dependencia física, (35%)¹⁸⁻¹⁹.

Un 81% de los fumadores habían intentado dejar el hábito de fumar por lo menos en una ocasión (FIG-7). Entre los motivos alegados por ellos para intentar abandonar el hábito destaca la propia voluntad (49,4%), y en menor frecuencia el consejo del personal médico o enfermero (24,1%) y el comienzo de la enfermedad (24,1%). No son relevantes la iniciativa familiar u otros motivos. (FIG-8) Al contrario que en otros estudios, no apreciamos diferencias significativas entre los motivos alegados por los ex-fumadores frente a los todavía fumadores¹⁹. Las causas de recaída (FIG-9) eran también la falta de voluntad (32,2%), la ansiedad (19,5%), la falta de apoyo o fumar para no beber o comer resultan poco significativas. Estos datos coinciden con estudios realizados en población sanitaria o estudiantes de ciencias de la salud²⁰.

Al hacer una valoración de las actitudes y opiniones de los fumadores frente al hábito de fumar, destacamos que el 69% de los pacientes están seguros de que el abandono del tabaco mejoraría su salud y sólo el 16% no lo cree así (FIG-10). El 42% de los pacientes no recuerda haber recibido consejo alguno del personal que le atiende para abandonar el hábito (FIG-11). Pero tenemos que tener en cuenta que no todos los pacientes aconsejados recuerdan el consejo; así, estudios como el de Folsom constataban que sólo el 60% de los pacientes recordaban haberlo sido después de tres meses²¹. Es especialmente relevante saber para el objetivo de este estudio, (porque va a marcar el tipo de intervención que reciban estos pacientes), que sólo el 46% de los pacientes fumadores está verdadera-

mente interesado en seguir un programa que le ayude a dejar el hábito, el 11% se muestra indiferente y el 43% está de acuerdo con su hábito tabáquico y no se ha planteado abandonarlo (FIG-12).

El 79% de nuestros ex-fumadores abandonaron el tabaquismo antes de comenzar a dializarse (FIG-13) y la mayoría de ellos (98%) no ha utilizado método alguno para dejar de fumar, (FIG-14) coincidiendo también con otros estudios publicados. Esto nos da a entender la inexistencia de programas de ayuda a los fumadores tanto en los Centros de Diálisis como en sus Centros de Salud.

A la pregunta de que si el hábito o no tabáquico y el considerar como influyente el consumo de tabaco por parte del personal sanitario pueda influir sobre aquel, encontramos una asociación significativa, de modo que son los no fumadores los que más declaran la existencia de dicha influencia, (CUADRO-3) frente a los pacientes fumadores o ex-fumadores. El 60,7% de los encuestados declara haber observado al personal sanitario fumar en su centro (CUADRO-4). Este dato es especialmente significativo, si tenemos en cuenta que como profesionales de la Salud podemos contribuir con nuestro mal ejemplo a desacreditar las campañas dirigidas a proporcionar información sobre los riesgos que para la salud de nuestros pacientes supone el consumo de tabaco. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre el hábito o no tabáquico y la opinión acerca de la prioridad en listas de espera para consultas, pruebas funcionales o la misma lista de trasplante. Los no fumadores son los que más consideran que el consumo o no tabáquico sea criterio a tener en cuenta, pero entre los fumadores también encontramos a un 19,6% que está de acuerdo con los no fumadores y ex-fumadores aunque se viesan perjudicados (CUADRO-5). De nuestros resultados entre el hábito tabáquico y los factores de riesgo, el hábito tabáquico se ha comportado como factor de riesgo estadísticamente significativo para padecer enfermedad cardio-vascular ($p= 0,009$), patología vascular periférica ($p = 0,000$) y EPOC ($p = 0,000$). No encontrándose relación estadística en el resto de patologías (CUADRO-6).

CONCLUSIONES

La prevalencia e intensidad del hábito tabáquico en nuestros pacientes de hemodiálisis son menores que en el conjunto de la población, pero creemos que continúan siendo elevadas, para un grupo de pacientes con un alto índice de factores de riesgo relacionados con el tabaco, siendo algunos de ellos futuros receptores de un trasplante renal.

Los profesionales sanitarios, en general, y especialmente los enfermeros, debemos adoptar un papel ejemplarmente positivo, abandonando el hábito si

somos fumadores, o al menos procurando no fumar donde podamos ser observados por los pacientes, y por supuesto nunca en su presencia.

La Enfermería Nefrológica, en colaboración con el resto del equipo de la unidad, debe desarrollar planes o programas de lucha contra el tabaco, para evitar la incorporación de nuevos fumadores y facilitar los mecanismos para el abandono del hábito tabáquico. Para ello, debemos adquirir los conocimientos suficientes acerca de los efectos del tabaco sobre la salud, y las técnicas de acción educativa a nivel individual y de grupo.

Los datos obtenidos en este estudio, nos serán muy útiles para evaluar los resultados de nuestros programas informativos y educativos en la lucha antitabáquica.

AGRADECIMIENTOS

A las compañeras y compañeros de las Unidades de Hemodiálisis de Alcoy, Alicante, Denia, Elche, Elda, S. Bartolomé y Villajoyosa por su ayuda y colaboración en la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

Salleras L. Tabaco y Salud. En : «Piedrola G. et al. M. Preventiva y S. Pública.» 8ª ed. 1988 Salvat Editores; 1016-1043.

Doll R, Hill AB. «The mortality of doctors in relation to their smoking Habits. A preliminary report.» Br. med J 1954. 1451-1455.

Doll R, Hill AB. «Mortality in relation to smoking: Ten years observations of british doctors» Br. Med J 1964; 1: 1399-1410.

Royal C. of Phisicians. «Smoking and Healt. Summary and report of the RCP of London on smoking in Relation to Cancer». N. York: Pitman Publishing, 1962.

Comité de expertos de la OMS. «Consecuencias del tabaco para la Salud». Ginebra; OMS 1975; Informe técnico nº 568: 7-109.

Perto R, Lez AD et al. «Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics». Lancet 1992; 339: 1268-1278.

Comité de expertos de la OMS. «Consecuencias del tabaquismo para la salud». Ginebra; OMS 1979; Informe técnico nº 636.

Mak, Greene E., Raij L. «Cardiovascular risk factors in chronic renal failure and hemodialysis populations». Am J. Kidney Dis 21:505-513, 1992.

Biessnbach G. Zazgornik J. «Influence of smoking in the survival rate of diabetic patients requi-

ring haemodialysis». *Diabetic care*. 19: 625. 1996

Salleras L, Pardell H, Canela J, Vaqué J, Plans P. «Actitudes y hábitos tabáquicos de los médicos de Cataluña». *Med Clin*. 1987; 89 sup 1: 6-9.

Henríquez P, Doreste J. L. «Hábito tabáquico. Prevalencia y actitudes en estudiantes de Ciencias de la Salud. A. Primaria». 1996; Vol 18, nº 8: 58-66.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Madrid. 1995: 48 - 9.

Ministerio de Sanidad y Consumo. «Indicadores de Salud». 3ª evaluación en España del programa regional europeo Salud para todos..Madrid. 1993: 262 - 273.

Consellería de Sanitat y Consum. Direcció General de Salut Pública. «El tabaco en cifras de la Comunidad Valenciana». 1997: 21 - 27.

Gentil M.A, Lopez R, Algarra G.R, Pereira P, et al. «Tabaquismo en pacientes trasplantados renales. Nefrología». Vol. XVI. nº 6. 1996: 549 - 553.

Byrne S,Rouke L, Kong C, Green wood. «Smoking in new patients accepted for dialysis. Prevalence. EDTNA/ERCA». *Journal XXIII*, Sup. 1. 1997: 36.

Llach F. Valderrabano F. «Insuficiencia Renal Crónica». Ed Norma. 2ª De. 173-175, 661. 1997:

Román P, Cristauro A, Muñoz F. «Intervención antitabaco en pacientes crónicos seguidos en consulta de Enfermería. A. Primaria». Vol. 18. 3. 1996: 123 - 125.

Martínez J.A, Alonso J.M, Arribas J. Et al. «Características del tabaquismo en el personal de A. Primaria de Guadalajara. Salud Pública». Vol. 70. 1. 1996. 51 - 57.

Ortiz H, Palancar J. L, Cañamares V. Et al. «El tabaquismo en los trabajadores de A. Primaria Area 4 de Madrid. S. Pública». Vol 70. nº 3. 1996: 295 - 301.

Folsom A.R, Grimm R.H. «Stop Smoking Advice by Physicians: A feasible approach» *Am J. Public Health*. 77. 1987. 849 - 850.

**INFECCIONES EN EL PRIMER MES
POST-TRASPLANTE RENAL.
INCIDENCIA SEGÚN VÍAS Y GÉRMENES**

A. Cartagena; Rosa Serrano; Luis Picó; Antonio Franco;
Hospital Gral. Univ. de Alicante Servicio de Nefrología.

INTRODUCCIÓN

El enfermo trasplantado, debe recibir de forma permanente, medicación inmunosupresora para evitar el rechazo del injerto.

Los inmunosupresores producen una disminución de las defensas del organismo contra los agentes infecciosos, y ello aumenta considerablemente el riesgo de padecer infecciones.

En el post-operatorio inmediato es, por tanto, imprescindible el adoptar una serie de medidas preventivas, con el fin de evitar la aparición de infecciones, que en esta fase pueden y de hecho suponen una complicación grave que puede llevar a la pérdida del injerto.

El disponer de personal asistencial especializado, las medidas estrictas de asepsia, y las zonas de aislamiento son algunos de los preceptos ineludibles en una Unidad de Trasplante.

OBJETIVOS

En este estudio se evalúan la incidencia de infecciones durante el primer mes post-trasplante renal, estudiando los agentes etiológicos causantes y los focos afectados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza el estudio sobre un período de seguimiento de 8 años, durante los cuales se han realizado un total de 294 trasplantes, todos ellos de donante cadáver.

Durante este período, se han sufrido 27 pérdidas inmediatas del injerto, realizándose el estudio sobre un total de 267 injertos funcionantes al término del primer mes post-trasplante.

De los 267 pacientes estudiados, 156 son varones (58%) y 111 son hembras (42%). Con una edad media de 41,73 +/- 11,34 años (rango 15-64).





Focos de entrada estudiados

- 1.- Urinario
- 2.- Pulmonar
- 3.- Abdominal
- 4.- Herida quirúrgica
- 5.- Catéteres y/o vías centrales

Criterios de selección y/o valoración de los episodios infecciosos

- 1.- Cultivo positivo, con o sin síndrome febril
- 2.- Síndrome febril con RX de tórax
- 3.- Clínica con Ag. virales positivos

Métodos diagnósticos analíticos

- 1.- Hemocultivos
- 2.- Urocultivos
- 3.- Cultivo de secreciones y exudados
- 4.- Antigenemia C.M.V.

Métodos diagnósticos analíticos en los procesos pulmonares

- 1.- RX de tórax
- 2.- Aspirado bronquial
- 3.- Catéter telescopado
- 4.- Punción trasbronquial
- 5.- Cubrir pneumocistis

RESULTADOS

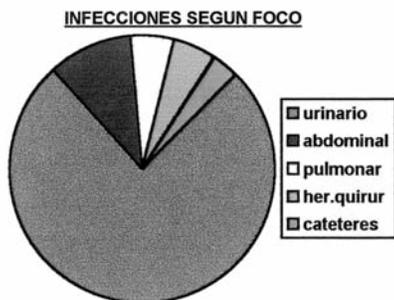
Durante el periodo estudiado, el número de pacientes que han padecido algún proceso infeccioso durante el primer mes post-trasplante han sido un total de 93 pacientes (El 34,8% del total), de ellos 46 son varones (49,5%) y 47 son hembras (50,5%). La edad media es de 40'27 +- 12,55 años (rango 15-62).

- El número total de episodios infecciosos ha sido de 116:

- 72 pacientes han padecido 1 solo episodio infeccioso (77,4%)
- 21 pacientes han padecido más de 1 episodio infeccioso (22,6%)

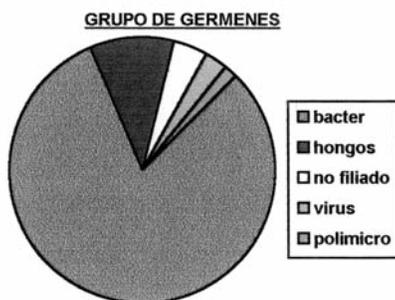
- Infecciones atendiendo al foco de entrada:

- 88 episod. infec. (75,9%) de Foco urinario
- 12 “ “ (10,3%) de Foco abdominal
- 6 “ “ (5,2%) de Foco pulmonar
- 6 “ “ (5,2%) de Foco heri. quirúr
- 4 “ “ (3,4%) de Foco catéteres



- Grupos de gérmenes:

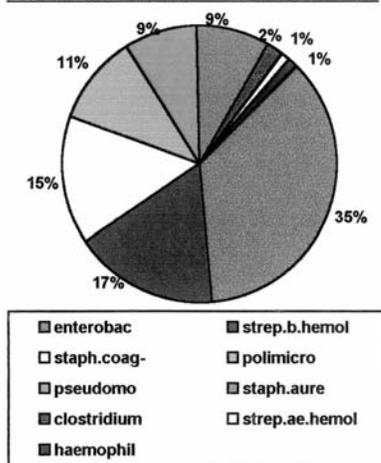
Bacterias	94	casos	(81%)
Hongos	12	“	(10%)
No filiaados	5	“	(4%)
Virus	3	“	(3%)
Polimicrobiano	2	“	(2%)



- Grupo de las Bacterias. Subgrupos de gérmenes:

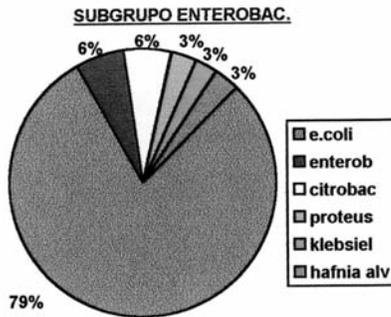
Enterobacterias	34	casos
Strep. B-Hemolitico	16	“
Staph. Coagulasa	14	“
Polimicrobianos	10	“
Pseudomonas	8	“
Staph. Aureus	8	“
Clostridium	2	“
Strep. ae-hemolitico	1	“
Haemophilus	1	“

GRUPO BACTERIAS. SUBGRUPOS GERMENES



- Subgrupo de las Enterobacterias. Gérmenes encontrados:

E. Coli	27	episodios
Enterobacter	2	“
Citrobacter	2	“
Proteus	1	“
Klebsiella	1	“
Hafnia Alvei	1	“

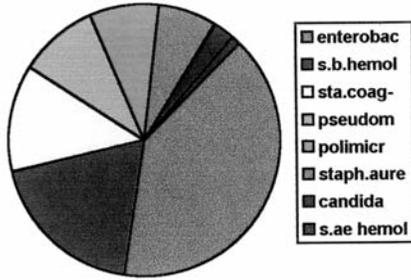


ATENDIENDO AL FOCO, LOS GÉRMENES ENCONTRADOS SE HAN DISTRIBUIDO DE LA SIGUIENTE FORMA:

Foco Urinario

Enterobacterias	34	Episodios	(40%) (De ellos el 27% son E. Coli)
Strep. B Hemolítico	16	“	(19%)
Staph. Coagulasa	11	“	(13%)
Pseudomonas	8	“	(9,5%)
Polimicrobiano	7	“	(8,5%)
Staph. Aureus	6	“	(7%)
Cándida	2	“	(2%)
Strep. ae hemolítico	1	“	(1%)

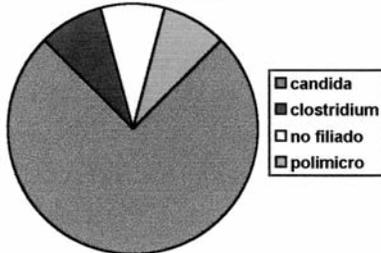
FOCO URINARIO



Foco Abdominal

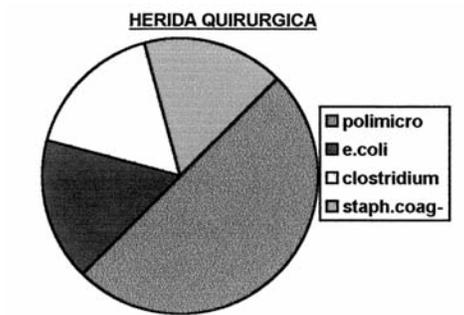
Cándida	9	Episodios	(75%)
Clostridium	1	“	(8,3%)
No filiado	1	“	(8,3%)
Polimicrobiano	1	“	(8,3%)

FOCO ABDOMINAL



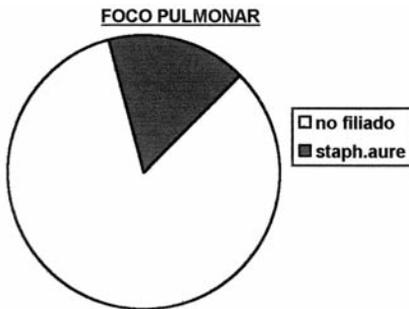
Herida Quirúrgica

Polimicrobiano	3	Episodios	(50%)
E. Coli	1	“	(16,6%)
Clostridium	1	“	(16,6%)
Staph. Coagulasa	1	“	(16,6%)



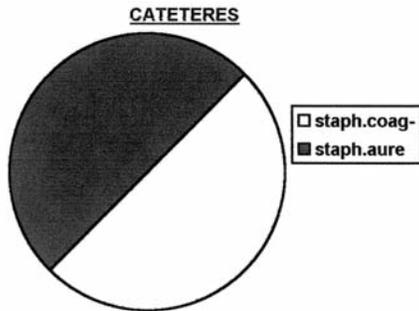
Foco Pulmonar

No filiado	5	Episodios	(83%)
Haemophilus	1	“	(17%)



Catéteres

Staph. Coagulasa	2	Episodios	(50%)
Staph. Aureus	2	“	(50%)



CONCLUSIONES

El Foco Urinario, se ha presentado como la localización más frecuente de entrada de gérmenes.

Las Bacterias, son los principales agentes causales.

Dentro del grupo de las Bacterias, el mayor número de casos, se ha dado por Enterobacterias, y mayoritariamente por E. Coli.

La edad y el sexo, no han sido factores determinantes a tener en cuenta en la aparición de infecciones.

BIBLIOGRAFÍA

L. Rodríguez, «Infecciones en el paciente trasplantado renal. Estudio prospectivo de dos protocolos de profilaxis antibiótica», Comunicaciones al XVII Congreso Nacional Seden. Barcelona 1992.

«Cuidados de Enfermería en la insuficiencia renal». J.A.Casamiquela y Carmen Fortuny. Marzo 1993.

«Técnicas para estudio de infecciones víricas en trasplantes». Rafael Fernández Muñoz. E.D. CESA. julio 1997.

«Medicina interna». Tomo II. P.Farreras Valentí. E.D. MARÍN, SA. Barcelona 1978.

TRABAJO CON GRUPOS Y ENFERMOS CRÓNICOS

María Dolores Saavedra Llobregat.

Centro de Salud Florida, Alicante.

INTRODUCCIÓN

En esta introducción, quisiera contextualizar las razones que me han conducido a plantear el trabajo con grupos en atención primaria. También quiero plantear esta cuestión como una forma de trabajo que creo podría ser incorporada de manera permanente, tanto en el campo de la prevención, como en el de los tratamientos de Enfermería en los centros de salud.

Desde hace trece años trabajo en atención primaria realizando educación para la salud y a lo largo de este tiempo, esta tarea la he desarrollado en la consulta de Enfermería con entrevista individualizada. La propia experiencia, la lectura de textos, y el conocimiento de experiencias en otros lugares me llevó a plantearme otra forma de trabajar con los pacientes, como el trabajo con grupos. Esto se produjo en un principio en incorporaciones de la familia en la entrevista con el paciente, intervenciones aisladas en trabajos con grupos y mi colaboración en una investigación sobre el apoyo familiar con pacientes hipertensos.

El trabajo con grupos no constituía una forma habitual y continuada en mi trabajo de educación con enfermos crónicos. Esta situación, extensiva a otros profesionales de nuestra área de Alicante –y de nuestra Comunidad– me hizo reflexionar sobre esta cuestión y desarrollar este trabajo.

Esta perspectiva se empezó a plantear para atención primaria en 1978 en la conferencia de Alma-Ata. Y posteriormente, la propia reforma sanitaria impulsaba, abriendo el campo de la participación comunitaria, proponiendo el trabajo en equipo, etc. Sin embargo en el transcurso del tiempo todas estas propuestas iniciales no se han venido desarrollando o al menos, lo han sido mínimamente, en el trabajo cotidiano de los centros de salud de nuestra comunidad. No ha sido así en otras comunidades, que aunque haya sido lentamente, y sin alcanzar la extensión deseada, sí que existen múltiples experiencias de trabajos grupales. Podemos incluso hablar de un cierto retraso de nuestra comunidad en este aspecto.

Un estudio realizado por una compañera enfermera, en la Comunidad de Madrid, «El trabajo enfermero con grupos específicos, una prioridad», me pareció muy interesante, en cuanto que investigó sobre los motivos que impedía a los profesionales de primaria desarrollar este tipo de actividades. En este trabajo se

planteaban, entre otras, dos cuestiones: ¿por qué hay que trabajar con grupos? y ¿por qué no se trabaja con grupos? Estos temas son los que van a ocupar la primera parte de mi exposición; posteriormente me referiré a una experiencia realizada en el centro de salud donde trabajo.

EL TRABAJO CON GRUPOS

Nuestra propuesta de trabajo grupal está en la línea que guía estas jornadas: «humanización del producto enfermero», en la medida que los grupos permiten proporcionar a los pacientes otros espacios terapéuticos y de prevención más convenientes que el tratamiento individual.

A través de la intervención grupal en salud se pretende que sus miembros aprendan, adquieran conocimientos, cualidades y actitudes para el mejor manejo de su situación de salud y enfermedad.

El uso de técnicas grupales en el ámbito de la salud ha tenido diversas finalidades: como instrumento de intervención con los usuarios, como intervención en la propia organización sanitaria, y como instrumento de investigación. Como instrumento de intervención con los usuarios en atención primaria, pueden mencionarse: grupos de información a pacientes crónicos, grupos de trabajo con mujeres, con adolescentes, padres, etc., y grupos psicoterapéuticos en salud mental.

El origen de este tipo de actividades se remonta a Kurt Lewin en los años cuarenta en EE.UU. que inició estas actividades, a lo que se llamó dinámica de grupos. Otro modelo de grupo es el grupo operativo, de Pichon-Rivière, en el que se considera la tarea la noción central del grupo, es decir, se definen como grupo centrado en la tarea. Éste es el modelo al que hemos intentado acercarnos con nuestro trabajo, ya que en los grupos de crónicos, en este caso, de hipertensos, nos interesa que la gente no sólo se reúna, sino que hable de hipertensión y temas relacionados con ella.

Para trabajar con crónicos, interesa más la tarea que la dinámica; ellos se reúnen para algo, y eso es fundamental en el trabajo con hipertensos. El profesional debe ayudar al paciente a vencer las dificultades que tiene para aprender y utilizar lo que sabe.

La extensión de la comunicación no nos permite desarrollar nada más que algunas cuestiones teóricas con respecto a este modelo, del que pueden resaltarse dos cosas: la importancia de la tarea, y la función del coordinador. La tarea, inicialmente exterior al grupo (propuesta por los profesionales, consiste en informaciones), debe pasar a ser interior al mismo: el grupo debe apropiarse de la tarea y el trabajo grupal consiste en esta apropiación.



En cuanto al coordinador: su función es acompañar al proceso de aprendizaje que realiza el grupo, trabajar los obstáculos que dificultan o impiden que esto se produzca.

Podemos dar algunas orientaciones con respecto a algunos aspectos grupales, por ejemplo, respecto al número de integrantes del grupo, se podría decir que el límite inferior es de 5, mientras que el límite superior sería de 10. El número ideal, teóricamente aceptado por los investigadores es de 8-10 asistentes. La duración de las reuniones debe oscilar entre 60-90 minutos, con un espacio de 15-20 minutos para dar la información y el resto del tiempo para el trabajo en grupo.

TRABAJO CON UN GRUPO DE PACIENTES HIPERTENSOS Y CAMBIOS DE HÁBITOS

Se realizó en el centro donde trabajo, con grupo de 9 personas, hipertensas, tratadas durante al menos 4 ó 5 años en las consultas de Enfermería de forma individualizada; su edad media era de 60 años. La captación se hizo a través de estas consultas, y al paciente se le explicó personalmente y se le planteó como un trabajo de educación para la salud, durante dos meses y con una frecuencia semanal.

En la primera reunión se estableció la forma de trabajo: tiempo, duración de las reuniones, así como los temas a tratar. La duración de la sesión se estableció en una hora y cuarto, con 15 minutos de información y 60 minutos de discusión en grupo.

Los temas tratados fueron: la hipertensión como enfermedad crónica, alimentación, ejercicio físico, medicación y entorno familiar y social del crónico.

La alimentación se trabajó en dos reuniones; en la primera se habló de las dietas sanas y alimentación ideal y en la segunda de la dieta restringida de los enfermos hipertensos. También el ejercicio se trató en dos reuniones y de la misma manera, el ejercicio físico en general y particularidades del ejercicio para hipertensos.

Estos temas fueron impartidos por distintos profesionales del centro: la hipertensión y la alimentación por enfermeras, el ejercicio por un fisioterapeuta, la medicación por un médico y el entorno familiar y social por la trabajadora social. La coordinación del grupo la desempeñé yo misma.

DESARROLLO DEL TRABAJO GRUPAL

La información que proporcionamos al paciente por el sistema de comunicación bidireccional en la consulta individualizada de Enfermería, se debilita y se pierde, al ser enfrentada en el exterior. Sin embargo esa información recibida en un contexto grupal, al ser enfrentada y contrastada en el mismo grupo se constituye como propia y tiene más solidez frente al exterior.

En la primera reunión (cuyo tema era la enfermedad) hablaron mucho sobre las limitaciones que les supone ser enfermos crónicos, cuestiones que no habían manifestado de esa manera en la consulta. Hablaron también de la etiología de la hipertensión, etc.

En la segunda y tercera reunión sobre alimentación, los pacientes hablaron de sus costumbres, sus recuerdos infantiles relacionados con la comida, sus gustos y preferencias. También hablaron de la limitación que les supone tener que ajustarse a una dieta determinada, sin sal, y no poder comer determinados alimentos. En realidad justificaban sus «malos» hábitos, y lamentaban tener que renunciar a determinados alimentos. Casi al final de la reunión, uno de los pacientes, aparentemente bien adaptado a los cambios, estableció un monólogo, sobre lo que él tenía que «sacrificar» por ser hipertenso y lo que le molestaba tener que «reprimirse»; afirmó, de forma rotunda, que su vida había cambiado desde que era hipertenso. Parecía claro que lo que este paciente expresaba representaba, en gran parte, lo que pensaban y sentían el resto de integrantes.

En la cuarta y quinta reunión sobre el ejercicio físico se trataron aspectos específicos, no referidos solamente a lo físico (si hay o no que caminar, etc.) sino que tienen que ver con otro tipo de dificultades internas que funcionan luego como obstáculos difíciles de franquear, si no se resuelven y nos impiden cambiar una actitud determinada. Lo más destacable es que la reunión se inició por el lado de los temores (que si aumenta la tensión, que si hay riesgo al practicar deportes, etc.) y terminaron hablando del baile y de la sexualidad, tema este último que raramente se trata en la consulta individual.

El tema de la medicación apareció como especialmente importante, no faltó ningún integrante, incluso alguno hizo algún cambio de horario laboral para poder asistir. Fue la reunión donde realizaron más preguntas a la persona que dio la información, un médico. El comentario casi unánime fue que era una de las pocas ocasiones en que se habían despachado a gusto, pudieron preguntar todo lo que querían, algo que no era posible en la consulta individual.

Se mostraron muy interesados en la charla con la trabajadora social y en esta reunión hablaron mucho sobre la vejez y las limitaciones de la edad.

En la última reunión, sin información previa, y donde se hablaría de lo que quisieran (o pudieran), sacaron sus propias conclusiones sobre la experiencia: «esto está muy bien, aunque escuches cosas que ya sabes, te enteras de lo que piensan los demás», «con la enfermera estamos menos tiempo», «en la otra consulta falta diálogo», etc.

CONCLUSIONES

Por último, corresponde plantear el análisis de la propia coordinadora, con la aclaración de la dificultad de definirlo en pocas palabras.

- Descubrimiento de actitudes y expectativas de pacientes que si bien eran muy conocidos (llevo años trabajando con ellos) sin embargo, en momentos, me parecían bastante desconocidos.

Por ejemplo, las cosas que a veces nos parecen las más importantes desde el punto de vista profesional no son las que más les preocupan. De ahí que si no se resuelven esas preocupaciones y ansiedades nuestras informaciones y propuestas caen en el vacío.

- Reconocimiento de una demanda de información que no considerábamos. Surgieron temas nunca hablados en la consulta individual.
- Los pacientes hablaban en la última sesión de lo que les había parecido el grupo y lo compararon con su otra experiencia: la «consulta indivi-

dual». Puede destacarse frases como: «en la consulta individual escuchamos, aquí hablamos», «falta diálogo», «aquí nos hemos enterado de lo que piensan los demás (otros enfermos)», «esta tertulia relaja», «hemos visto muchas cosas nuevas», etc.

Por tanto la conclusión fundamental para mí es que esto hay que hacerlo y, por lo tanto, quiero lanzar una propuesta a los profesionales de Enfermería de atención primaria para que descubran y utilicen este instrumento en el campo de la salud, en prevención y en tratamiento de las poblaciones que nos son asignadas, haciendo hincapié en que en otras Comunidades se está realizando desde hace tiempo y que existe un soporte escrito y publicaciones de estas experiencias así como una muestra bibliográfica de referencias para los interesados en el tema.

La conclusión fundamental que derivamos de esta experiencia es que realmente merece la pena iniciar el trabajo con grupos en atención primaria. Como experiencia personal, quiero expresar que si bien se trata de un inicio de esta forma de trabajo, me ha llevado a revisar posiciones y actitudes que tenía frente a estas cuestiones, lo cual me conduce a ampliar el campo de la educación para la salud con pacientes crónicos, incorporando incluso nuevos aspectos en la consulta individual, no modificados en años.

Como un intento de propuesta para los profesionales de Enfermería de atención primaria, considero importante que se utilice este instrumento, el trabajo grupal, en el campo de la salud, en prevención y en el tratamiento de las poblaciones que nos son asignadas. Y no sólo desde mi propia experiencia (la que he relatado), sino teniendo en cuenta que también se han comenzado a realizar experiencias grupales en otras Comunidades Autónomas desde hace tiempo ya, como puede observarse en diversas referencias bibliográficas.

BIBLIOGRAFÍA

- Bauleo, A. (1970). «Ideología, grupo y familia». México, 1982, Folios.
(1977). «Contrainstitución y grupos». Buenos Aires, 1989, Atuel.
- Bauleo, A., Duro, J.C. y Vignale, R. (1990). «La concepción operativa de grupo». Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Bion, W.R. (1961). «Experiencias en grupos». Buenos Aires, 1980, Paidós.
- Bleger, J. (1971). «Temas de psicología (Entrevista y grupos)». Buenos Aires, Nueva Visión, 1984.
- Buzzaqui, A. (1993). «Rol profesional y trabajo en equipo». En Seminario dictado en Centro Universitario de Salud Pública, Madrid.

(1995). En el campo de lo grupal: «Grupo, Tarea y Coordinación». En Trabajo social con grupos. «Teoría y práctica en los servicios sociales municipales». (pp. 65-86). Madrid, Area de Servicios Sociales, Ayuntamiento de Madrid.

Buzzaqui, A. y Duro, J.C. (1993). «Intervenciones grupales y comunitarias en atención primaria». En Curso dictado en área 9, Insalud, Leganés, encargado por el Centro Universitario de Salud Pública, Madrid.

Buzzaqui, A. y Uris Sellés, J. (1997). «El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación en Atención Primaria. Formación Médica Continuada en Atención Primaria». 4, 7, 421-433.

Maisonneuve, J. (1968). «La dinámica de los grupos». Buenos Aires, 1980, Nueva Visión.

Pichon-Rivière, E. (1970). «El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social» (1). Buenos Aires, Nueva Visión, 1985.

Romero, R.R. (1987). «Grupo. Objeto y Teoría». Buenos Aires, Lugar.

Serrano, P. (1997). «El trabajo enfermero con grupos específicos: una prioridad». En Jornadas de Enfermería, Valencia, 1997, 1-16.