

CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE LA PROBLEMÁTICA BIO-PSICO-SOCIAL DE UN INMIGRANTE AFRICANO EN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Angeles Iffirícu, Montserrat Llínás, Antonia Plá, Luisa Pérez

Servicio de Nefrología. Hospital General del Valle Hebrán. (Barcelona)

INTRODUCCION

Existen diferentes maneras de enfrentarse a una misma situación o problema, diferentes formas de ver una misma realidad. A unos los acontecimientos que se salen de lo normal les angustian, les hacen retroceder y crear un malestar a nivel individual e incluso en su entorno socio-laboral. A otros estos acontecimientos les brindan la posibilidad de crecer psicológicamente, al irse adaptando etapa tras etapa a esa adversidad (1).

De nuestra experiencia profesional hemos podido observar, como pueden llegar a reaccionar diferentes pacientes ante el hecho de ser diagnosticada una IRC y su posterior inclusión en un tratamiento sustitutivo como puede ser la Hemodiálisis o la Diálisis Peritoneal. Pacientes con madurez y emocionalmente estables, poseen mecanismos de defensa mucho más eficaces que personas inestables e inseguras. Así mismo, el nivel cultural y el coeficiente de inteligencia, son factores indispensables para poder analizar la capacidad de comprensión del paciente hacia su enfermedad (2).

Más el propósito de nuestro trabajo es mostrar un caso de adaptación y proceso de su patología muy peculiar. Las características que poseía dicho paciente, antes de la aparición de todo el proceso de su enfermedad a nivel bio-psico-social, determinaron en gran medida que su actitud a posteriori fuera muy diferente a los modelos de conducta que suelen presentar la mayoría de nuestros pacientes.

Porque el ser humano, posee la capacidad latente o manifiesta de comprenderse a sí mismo y de intentar resolver sus propios problemas, pero el ejercicio de esta capacidad requiere un contexto de relaciones humanas positivas (1).

El equipo multidisciplinario de nuestro hospital, intentó dentro de sus posibilidades y recursos crear ese contexto, que nunca antes había tenido. Cabe resaltar que él también sin saberlo, nos ayudó en nuestro crecimiento personal, en la relación de ayuda se produjo una especie de feed-back, pues el hecho de tener que enfrentarnos a su cruda realidad, nos hizo revivir nuestras propias angustias y miedos ante una sociedad en ocasiones injusta y egoísta.

OBJETIVOS

- Conocer la problemática bio-psico-social previa a su enfermedad y posterior a su inclusión en tratamiento sustitutivo.
- Valorar la adaptación del paciente a los diferentes tratamientos, a su enfermedad crónica, al hospital y a los diferentes profesionales que le atendieron.
- Ofrecer en la medida de nuestras posibilidades recursos encaminados a mejorar su calidad de vida.

MATERIAL Y METODOS

Para la realización de nuestro trabajo nos hemos servido de las siguientes fuentes de recogida de datos:

- Revisión de su historia clínica.
- Entrevista con el paciente (no fue una entrevista preconcebida, era una técnica de escucha centrada en el paciente, permitiendo que éste se expresara y manifestara sus vivencias, sentimientos y problemas).
- Aportaciones de la experiencia profesional vivida con el paciente, por parte de todo el personal asistencia; por el que fue atendido.

DESARROLLO DEL TEMA

Solo considerando en todo momento al hombre como unidad biopsico-social, podemos llegar a comprenderle y de esta forma proporcionarle los cuidados que necesita para el mantenimiento de un nivel óptimo de salud. Es por ello que nos vemos en la obligación de analizar por separado cada uno de estos aspectos, necesarios por otra parte, si lo que deseamos es aplicar una asistencia integral.

1. ASPECTOS BIOLOGICOS: HISTORIA CLINICA.

El paciente ingresó en nuestra Unidad de Nefrología del Hospital General de Valle Hebrán (Barcelona), el dos de Septiembre de 1992. Paciente de raza negra, natural del Senegal, residía en España desde el verano de 1989.

A su ingreso el paciente no conocía enfermedades previas, solamente cefaleas frontales de dos meses de evolución, en alguna ocasión había referido dolores lumbares que él relacionaba con su actividad laboral. Acudió a Urgencias remitido del Hospital de Calella (Barcelona), por epistaxis cuantiosa que no cesaba con taponamiento e hipertensión arterial.

Al ingreso en nuestra Unidad se detectó una HTA con cifras de 230/140 e Insuficiencia Renal avanzada con creatininas de orden de 12,3 mg/dl. Asimismo se detectó a nivel sanguíneo: antígeno C +, antígeno Delta +, y antígeno Australia +, siendo las transaminasas normales.

A la exploración restante se detectó: retinopatía hipertensiva grado III, hipertrofia ventricular y cardiomegalia, a nivel neurológico una polineuropatía.

Fue detectada también serología luética +, en suero y LCR.

El mismo día de su ingreso se procedió a realizar una sesión de HID urgente tras la implantación de un catéter yugular. La HTA se controló con tratamiento farmacológico y dieta, y una vez estabilizada, la epistaxis no volvió a presentarse.

Tras una semana de ser iniciada la HD se practica biopsia renal por punción, identificándose una afectación glomerular e intersticial importante.

Al mes se le realiza la FAV en arteria humeral a nivel de codo derecho, por la no aparición de complicaciones el paciente es dado de alta, debiendo acudir a nuestro Centro, tres veces por semana para hemodializarse. Las primeras sesiones no fueron muy bien toleradas por el paciente que presentó la sintomatología característica (náuseas, vómitos, hipotensión).

Al ser portador del virus Delta (virus del cual existe poca experiencia en el ámbito europeo),

la unidad de Medicina Preventiva de nuestro Hospital aconseja la separación del enfermo del resto de los pacientes que se dializaban en nuestra Unidad de Crónicos, ya que todos son portadores de antígeno Australia + o de HIV (y ello comportaba un alto peligro de contagio a éstos).

Como alternativas terapéuticas se barajaron dos tipos de nuevos tratamientos: la CAPD y la IPD. La inclusión en un programa de CAPD, no fue posible debido a la situación social del enfermo, que más tarde detallamos. Se decidió pues, la colocación de un catéter tipo Tencnkoff, para realizar IPD en nuestro Hospital. Dicha técnica reunía las características más idóneas ya que:

- No suponía manipulación del circuito sanguíneo, disminuyendo el peligro de contagio para Enfermería.
- La ubicación de la máquina para IPD en una habitación de nuestra unidad Nefrológica, con exclusividad para dicha técnica contribuía a disminuir el peligro de contagio.
- La hospitalización del paciente durante las horas de IPD, permitía un control de alimentación, farmacológico e higiénico.

Después de un periodo en IPD, el estado general del paciente empeoró, un estudio sobre funcionalismo del peritoneo, detectó una muy mala calidad de éste, la aparición de edemas, astenia, aumentos séricos de urea y creatinina, motivaron que el paciente volviera a ser remitido a la técnica de HD. En la actualidad el paciente acude a nuestra unidad de Crónicos entre inter-turnos, es decir al acabar un turno de pacientes y antes de empezar el siguiente, con una máquina individualizada y personal. Le ha sido retirado el catéter peritoneal, y en la actualidad sus perspectivas de futuro van encaminadas a lograr un trasplante de riñón al haberse incluido en lista de espera urgente, debido a sus características.

2. ASPECTOS SOCIALES.

A continuación analizamos la problemática social que presenta nuestro paciente desde la etapa de vida transcurrida en su país de origen Senegal, y posterior a su emigración a España.

Huérfano desde temprana edad, convivía en su país con sus dos hermanos. Analfabeto, nunca pudo ir a la escuela por tener que trabajar en el campo desde los 10 años. La situación económica de la familia era muy precaria. Vivía en un pueblo de 800 habitantes, dedicado a la agricultura. Cada familia utilizaba libremente una cantidad de tierras sin ser propiedad de nadie, repartiéndose éstas de forma rotatoria. La casa donde vivía era una planta baja con dos habitaciones, sin agua corriente ni luz eléctrica.

Intentando mejorar su nivel económico, trabajó como albañil, pero el sueldo que percibía seguía siendo muy bajo. Por ello decidió marchar de su país, intentando mejorar sus condiciones de vida.

Recorrió varios países de Africa llegando hasta Turquía, hasta que decidió llegar a España. Llegó sólo a Madrid en el verano de 1989. Vino con un visado, sin contrato de trabajo, y sin conocer el idioma. Buscó una pensión para dormir esa noche y fue allí donde un libanés le dijo que para la gente de raza negra era muy difícil encontrar trabajo en Madrid, aconsejándole que marchara a Pineda (Barcelona). Al día siguiente cogió un tren dirección Barcelona. Durante un año y medio trabajó en Pineda 12 horas al día, teniendo solamente de descanso la hora de la comida. Su retribución económica era muy escasa.

Vivía en una casa de campo, compartida por cinco personas todas de raza negra que trabajaban con él, no disponían de luz y de agua corriente.

Al año y medio comenzó a trabajar en perforación de pozos para canalizar agua para riego,

coincidiendo con este nuevo trabajo, se traslada a vivir al pueblo en un piso compartido por siete personas de raza negra, contribuyendo todos a los gastos, pues el alquiler era elevado. En este período su situación en España es legal, con permiso de trabajo y S.S.

Después de ser diagnosticada su enfermedad y su inclusión en HD, durante el proceso agudo, no puede trabajar, perdiendo dicho trabajo y quedándose sin ningún tipo de ingresos, así mismo, tampoco poseía dinero ahorrado, pues durante el tiempo que percibió un sueldo, solía enviar una parte a su familia de Senegal. Ante esta situación el equipo multidisciplinario en la medida de sus posibilidades intenta buscar soluciones a su problemática social.

La Asistente Social tramita con el Ayuntamiento de Pineda, el suministro de alimentos básicos mediante vales que le garantizan un aporte nutritivo. El personal de Enfermería durante las sesiones de IPD, le garantiza unas condiciones higiénicas y de alimentación. Asimismo se le informa de medidas preventivas referentes a cuidados personales de cara a sus compañeros de piso, proporcionándole material desechable.

Pero su situación se vió más agravada cuando sus compañeros de piso, deciden expulsarlo, por no contribuir a los gastos y por miedo ante un posible contagio.

A partir de ese momento, nuestro objetivo fue provocar en el paciente una actitud activa para que por sí mismo, fuera capaz de encontrar soluciones, mediante nuestro asesoramiento y colaboración. Para ello en un intento de resolver su problemática laboral, se le puso en contacto con asociaciones solidarias de su país. En relación a la vivienda, se le concertó una entrevista con la Presidenta de la Asociación de Inmigrantes de Senegal, ya que en la actualidad el paciente duerme en un lugar distinto cada día. Su difícil situación como inmigrante, hizo pensar en la posibilidad de repatriarlo, comprobándose que en todo Senegal sólo existía una máquina de HD. En la actualidad el Ministerio de Trabajo, le ha renovado el permiso, por su condición de enfermo en fase aguda, aun sin tener contrato de trabajo. Sus necesidades alimenticias aún quedan cubiertas por Ayuntamiento, amigos e incluso por el taxista, con el que posee muy buena relación.

3. ASPECTOS PSICOLOGICOS

La dimensión psicológica del enfermar, nos permite observar al paciente desde otra óptica complementaria a la estrictamente médica, siendo ésta una valiosa ayuda para facilitar y mejorar la calidad de las relaciones humanas del equipo sanitario con el paciente (3).

Para valorar psicológicamente al paciente hemos tenido en cuenta los siguientes factores: personalidad de base previa a enfermar, como fueron percibidas las diferentes etapas de su enfermedad y sus perspectivas de futuro.

Las características socio-económicas que poseía dicho paciente, forjaron una personalidad fuerte, acostumbrado a las adversidades de la vida, a ir aprendiendo de la filosofía de la calle.

Al desencadenarse todo de forma súbita, no existió una posible adaptación a la enfermedad, además su dificultad de comprensión del idioma, su situación como inmigrante y su escaso nivel cultural, hicieron que la capacidad de comprensión del paciente hacia lo que le estaba ocurriendo fuera muy limitada. Tras su ingreso en nuestra Unidad, la necesidad de una HD urgente y la colocación del acceso vascular, crearon en nuestro paciente un profundo sentimiento de miedo, inseguridad y angustia. Durante las sucesivas sesiones el personal de Enfermería procura disiparle sus miedos y temores, pero el paciente continúa con grandes dificultades de comprensión.

Posteriormente se le comunica la necesidad de realizarle una FAV. Enfermería junto con el personal Médico, le informa del porqué es necesaria, e incluso se le pone en contacto con otro paciente portador de FAV. De nuevo el paciente experimenta miedo y angustia.

Con el tiempo las sesiones de HD son mejor toleradas, se siente muy acogido considerando al personal de Enfermería como sus "madres", porque según él, nunca antes nadie le había cuidado y estado tan pendiente de él.

Al pasar de HD a IPD, se intentó que este cambio fuera lo menos traumático posible. Se le proporcionó una radio-cassette durante las sesiones, manteníamos largas conversaciones con él para que nos expresara sus dudas y temores. Se motivó al paciente a que nos ayudase en su montaje y preparación, en un intento de que se sintiera sujeto activo de su autocuidado.

El paciente siempre se mostró cordial, educado y muy agradecido, ante cualquier atención o cuidado que percibía, su expresión denotaba alegría y satisfacción.

De nuevo el cambio de IPD a HD, conlleva al paciente a una depresión, incluso sus preguntas dejaban entrever sus dudas y temores: "¿acaso lo estábamos tratando de forma diferente?", "¿los demás pacientes, debían cambiar tantas veces de técnica?". Enfermería lo intentó explicar que todas las medidas adoptadas solo perseguían un fin: el mantenimiento óptimo de su salud.

En la actualidad, su mayor inconveniente, es el hecho de realizar las sesiones de HD entre inter-turnos, ya que ello le priva de la relación con el resto de pacientes, que anteriormente había sido muy buena. No obstante el contacto con sus primeras Enfermeras, suple esta carencia. Porque la relación entre Enfermera-paciente, no es fruto de la casualidad, es el resultado del pensamiento y de la voluntad de ambos, pero la Enfermera por su situación es la que tiene mayor capacidad para fomentar dicha relación. Creemos que en nuestro paciente se ha creado un sentimiento de afecto hacia lo que él llama sus "cuidadoras", y es el "cuidar" nuestra función básica en la atención al paciente.

La posibilidad de un trasplante le mantiene esperanzado, ello le permitiría encontrar un trabajo. Refiere encontrarse tan bien en España, que desea quedarse. Ha comenzado clases de Español en el Ayuntamiento de Pineda.

CONCLUSIONES

- Las características bio-psico-sociales que poseía dicho paciente antes de la aparición de la IRC, hacen que la "percepción del enferma", sea diferente a la observada en otros pacientes.

- El trabajo multidisciplinario de nuestro Hospital, en un intento de mejorar todos sus aspectos ha permitido al paciente una mejor adaptación a su enfermedad y tratamiento.

- La labor del personal de Enfermería ha contribuido a potenciar los recursos personales del paciente, gracias al cuidado, afecto y atención integral percibida por él mismo.

Actualmente, todavía existen problemas sin resolver, pero todo el equipo, se halla en la búsqueda de soluciones. Aprovechamos la ocasión para agradecer la colaboración de todas las personas implicadas en su cuidado.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Cibanil L Interrelación del profesional de Enfermería con el paciente. E. Doyma. 1991.
- (2) Centro Médico Salus. VIII Curso de Diálisis para Enfermería. Barcelona. 1986.
- (3) Caravana M. Problemática psico-social en los enfermos renales: hacia una asistencia integral. Biseden ffi. Trimestre 1988.