

### Entrenamiento de diálisis peritoneal en pacientes de otras culturas. Una visión personal

Carmen Trujillo Campos

*Hospital U. Carlos Haya. Málaga*

#### INTRODUCCIÓN

España, debido al clima que tiene sobre todo en la zona Sur y Levante, a su paisaje y a su nivel económico, muy asequible para el resto de los ciudadanos europeos, se ha convertido en un país de servicios.

Tenemos grandes asentamientos de extranjeros, sobre todo anglosajones con más de 5 ó 10 años viviendo en España, en urbanizaciones exclusivas, donde prácticamente sólo se habla su idioma y donde todas sus necesidades, tanto básicas como lúdicas y de convivencia, están resueltas, ya que todos los servicios y los comercios hablan su mismo idioma. Hasta aquí no tienen ningún problema, y no hallan ninguna necesidad de aprender español, pero el problema les surge cuando necesitan un ingreso hospitalario o necesitan trámites burocráticos con la administración.

Otro grupo lo componen gente que está de paso o vacaciones y enferman aquí, o gente que ya está enferma, pero su enfermedad no les impide viajar.

El primer grupo lo denominamos GRUPO A y está compuesto por:

- Personas con situación social de prejubilación o jubilación.
- Grupo de edad mayor de 60 años con patologías asociadas (vasculares o diabéticos).

El segundo grupo GRUPO B está compuesto por:

- Más jóvenes.
- Más independientes, con ganas de viajar.
- Aceptan su enfermedad mejor.

Problemas: Necesidades socio-sanitarias de las minorías. Hay diferencia entre los comunitarios y los no comunitarios.

#### Servicio que ofrece el complejo sanitario

- Servicio de Información: Coordina el control de información médica, Historias y papeleo, tramita traslados, alojamiento. Dietas. Dietas normativas y derechos.

Además tienen un registro de centros y personas que colaboran y ayudan a extranjeros como son:

- Consulados
- Asociaciones
- Policía-extranjeros
- Intérpretes voluntarios.

Dentro de los voluntarios hay dos colectivos:

- Voluntarios de la Iglesia adventista que fundamentalmente son para enfermos comunitarios porque son los idiomas que hablan alemanes, nórdicos, ingleses, holandeses con cierto nivel superior.

A estos los controla el servicio de información con un registro de los ingresados hasta el alta. Hacen gestión telefónica, hacen de intérprete con el enfermo y el médico, diagnósticos, etc.

- Grupo de intérpretes voluntarios para los no comunitarios, los más desfavorecidos como africanos, magrebíes, saharahuis y pakistaníes.

Vienen coordinados desde la asociación Málaga ACOGE que trabajan con indocumentados e ilegales, y en el hospital lo coordina la unidad de Trabajo Social.

Hay otras pretensiones de voluntariado que son la comunidad Islámica de la mezquita de Benalmádena; sobre todo de enterramiento de musulmanes y de alojamiento temporal.

Hay una diferencia notable de países y de consulados que no actúan igual en atención a los ingresados.

Los de los comunitarios funcionan muy bien con gran cobertura, con una simple llamada se les soluciona casi todo. Con los marroquíes, sin embargo, hay problemas de papeles y visados para pasar la frontera.

El gran grupo de extranjeros quizás por distribución geográfica van más al Hospital Clínico y los que tienen IR los mandan aquí a Nefrología. En cuanto a los trasplantados de este grupo todo lo que conlleva el ingreso y el trasplante bien, pero después del alta los problemas aumentan en relación con gastos, viajes, medicación, dietas, etc.

Los que pertenecen al grupo de residentes o de largas temporadas, tienen seguridad social, o seguros particulares que se hacen cargo de la situación y los gastos, se ha dado el caso de hacer informe de ingresos, pues el seguro del paciente cuando ingresa en un centro hospitalario no sólo cubre los gastos sino que además les da un suplemento económico al paciente por la situación de ingreso que puede suponer gastos añadidos como teléfono, dietas, transportes, etc..

Los que están de vacaciones o de paso traen el volante El 111 de convalidación con la seguridad social de aquí para los comunitarios.

### **Características de la unidad de diálisis peritoneal**

En mi unidad, la Dra. que lleva la diálisis domiciliaria habla perfectamente el inglés y yo digamos que me defiendo un poco.

### **Factores a tener en cuenta**

Lo que es cierto es que cuando la salud está por medio, hay un interés por ambas partes de entender y ser entendido y que la experiencia hace que nos adelantemos a sus necesidades, y si nos falla todo esto siempre está el gesto, amable y universal. Cuando ninguna de las dos está en la unidad, según quien esté de guardia; pero hay en el equipo médicos que hablan inglés y casi todos conocen algo.

En cuanto a los que residen aquí y tienen IRC, la elección de la técnica de CAPD es, por sus características de pacientes mayores de 60 años con patologías asociadas. La elección de la técnica les va a dar autonomía, la prefieren, aunque hemos tenido tres que han preferido la H.D.D.

### **Experiencia**

El trabajo está basado en la experiencia que tenemos desde el año 1984 que llegó a la unidad. Hemos tenido 23 pacientes, y 6 de paso de éstos, 3 son por temporadas largas (más de 6 meses a 1 año).

- Media edad +/- 56.
- Sexo: Varones 14, Mujeres, 8.
- Patologías:
  - > Diabética 2
  - > Vasculares 4
  - > No filiada 4
  - > Poliquistosis 1
  - > Pielonefritis 3
  - > Glomerulonefritis 2
  - > S. Godd Pasture 1
  - > Púrpura de Sholl 1
  - > S. Wegener 1
- Estancia en meses +/-18.9 meses.

### *Nacionalidades*

- Ingleses 6 + 1 H.D.D.
- Alemanes 3 + 2 H.D.D.
- Marroquíes 2
- Italianos 2
- Indios 2
- Filipinos 1
- Franceses 1
- Daneses 1

- Sudamericanos 2
- Portugueses 1

#### *Causas de ingreso*

- Vacaciones 5
- Peritonitis 3
- Material que no llegó
- Cambio de sistema 1
- Gastroenteritis 1

#### *Causas de salida de programa*

- Peritonitis 7
- Trasplante 4
- Exitus 3
- Traslado a su país 2
- Continúan 4

Todos con Técnica de D.RC.A.

#### **Perfil del paciente de paso**

Siempre traen información completa de su tratamiento.

Saben como ponerse en contacto con el hospital de referencia y el equipo (Figuramos en una guía internacional de centros de diálisis).

Traen el E-III que convalida la seguridad social de su país para los ciudadanos de la Comunidad Europea.

#### **Actitudes y perfil de este grupo**

- Más jóvenes y con ganas de viajar
- Actitud más positiva
- Confían más en el equipo
- Más autosuficiente
- Más consciente del esfuerzo económico, médico y humano que representa su enfermedad

Si el ingreso es por peritonitis se lleva un informe completo del proceso y la evolución.

Problemas de material que no ha llegado, se les da lo que necesiten; se ha dado el caso de que traían un material que no tenía yo, como la cámara germicida de Travenol.

#### **Perfil del paciente renal fijo**

Hay que tener en cuenta los siguientes puntos:

- La barrera del idioma
- Los hábitos alimenticios
- La apreciación sobre la enfermedad
- El concepto del tiempo, horario
- La familia, amigos y apoyos
- Aprendizaje personalizado

Hay que diferenciar en los no comunitarios además problemas de tipo social y económico de difícil solución.

- **Idioma:** No hablan el idioma o nosotros no entendemos lo suficientemente bien como para expresar sus necesidades, comprender todo lo que se les dice o viceversa.

Esto puede ser frustrante y producir ansiedad cuando se está enfermo y no se puede relatar bien los problemas ni comprender las recomendaciones nuestras o el aprendizaje de la técnica.

- **Hábitos alimenticios:** los hospitalizados tienen escasas oportunidades de elegir la comida.

- **El tiempo:** el concepto de vivir el ahora o prever el futuro.

El reloj rige menos sus vidas, comerán cuando tengan hambre. El horario es diferente, algunos no tienen inconveniente en madrugar, pero sin embargo se les hace un mundo acostarse tarde o hacerse un cambio tarde.

- **El apoyo familiar:** en los nacionales es mayor.

Al paciente extranjero ingresado el apoyo y la visita son muy importantes. El paciente se conforta cuando tiene visita. Les transmite seguridad y confianza, aunque sólo sea estar presente. Los hay autosuficientes, no necesitan ayuda ni para que los traigan.

A veces echo de menos el interés por la técnica por parte de la familia. Se ha dado el caso de trasplantar a uno y

no estar nadie para informar de la evolución hasta el otro día.

### **Actitud de enfermería**

La enfermera debe averiguar como interpretan los pacientes su enfermedad si perciben que se les va a ayudar, y como le afecta a ellos su patología y a su familia.

Es importante la comunicación no verbal y lo que se calla.

Para proporcionar cuidados eficaces se necesitan datos sobre los puntos de vista del paciente con relación al aspecto que estamos tratando.

Los planes deben abarcar sus experiencias y su realidad diaria.

Los datos culturales específicos facilitan generalizaciones concretas sobre la conducta en la salud y en la enfermedad de cada cultura. Las necesidades de los enfermos se entienden mejor cuando se tienen estos conocimientos.

### **Salud mental**

Una persona, por ejemplo, que dispone de ingresos elevados piensa en términos de autorrealización mientras que otro en la situación contraria lo hace en razón de supervivencia, buscando los medios necesarios para alcanzarla.

Algunos pacientes, grupos étnicos consideran tabú, tratar los problemas emocionales con la enfermera.

Otros consideran que esta relación es inútil para sus necesidades específicas.

- Sentimientos de inferioridad e insuficiencia, surgen los prejuicios.
- Hostilidad: consecuencia de la ira no expresada.
- Negación y retraimiento, (no acude a las citas).
- Falta de atención selectiva para que desaparezca su frustración.

### **Nivel económico**

Si es alto hay más demandas del paciente y los familiares que no se relacionan con la salud.

Como están acostumbrados a que les ayuden tienden a esperar lo mismo de los profesionales. Intentan atraer más la atención.

Más interés por la imagen, cierta expectación a todo.

Si el nivel es bajo:

- Actitudes fatalistas
- Sentimientos de inutilidad
- Dependencia e inferioridad Ausencia de recursos económicos.

Problemas de trabajo y vivienda. Son los más necesitados de ayuda, dietas, transporte, etc. Se mide la salud según se pueda trabajar, al estar limitado todo se hunde.

Algunos desean volver a su lugar de origen aunque esto suponga no poder seguir allí el tratamiento y esto suponga la muerte. Las condiciones ambientales también actúan en la salud. El lenguaje médico también se les hace un mundo.

### **Entrenamiento**

Utilizando palabras y frases sencillas, fáciles de comprender.

Personalizado. Con material de ayuda y apoyo como los vídeos y el librito de Fresenius traducido al inglés y otro sobre CAPD de Reino Unido y actualmente más documentación en alemán e Inglés de Fresenius.

Todo nos ayudará para el entrenamiento, después según los casos y capacidades, con recursos e imaginación se les hace un resumen donde se les simplifica al máximo. Las cosas más importantes y en las que no quepan duda de acudir al hospital.

### **Cumplimiento**

Se ha dado los dos extremos el de rebeldía y el de autosuficiencia extrema.

De no ver la necesidad de acudir al hospital para analítica todos los meses y preferir sacársela en su lugar privadamente y enviárnoslo por correo o fax y comentar luego por teléfono o del incumplimiento irregular del

tratamiento haciéndonoslo saber.

### **Higiene**

También se dan los extremos. Por lo general lo de la ducha diaria en personas mayores es difícil de inculcar sobre todo por falta de hábito o por miedo a las caídas, pero se consigue al menos tres veces por semana y el cuidado del orificio diario.

### **Dieta**

La comida principal a veces no es el almuerzo sino el desayuno o la cena y esto hay que tenerlo en cuenta para la medicación.

Cuando les hacemos las recomendaciones dietéticas lo toman como parte del tratamiento. Buscan alternativas a las limitaciones y son más disciplinados al respecto en comparación con los nacionales.

Los hindúes, por ejemplo, tienen una dieta no muy alta en proteínas y rica en especias que no interfieren en el graso de afectación renal.

Los anglosajones abusan de los hidratos de carbono y es importante, si se quiere evitar la obesidad, inculcarles las restricciones.

Por lo general en mi unidad para evitar la desnutrición salvo casos excepcionales, solo restringimos la sal y el azúcar a los diabéticos y obesos.

Por lo demás, es prácticamente libre. Este grupo suelen tener peso estable, buen apetito y buena apariencia.

### **Transporte**

La mayoría no se plantea tanto que el hospital asuma los gastos de llevarlos y traerlos como demandan los nacionales y mucho menos las revisiones, asumen que es problema de los pacientes.

Lo que sí llama la atención es que piden la hora exacta a la que se le va a atender, le dan importancia, tanto si se cumple como si no.

### **Visita domiciliaria**

Para ellos es fundamental el saber que tienen el contacto telefónico. Pero la visita domiciliaria es aún más recomendable en estos casos para ver de verdad su realidad. Si comparamos las condiciones de las casas de estos pacientes en concreto ingleses y mayores, veremos que la moqueta esté presente en muchos lugares comunes y de diálisis así como peluches y cosas superfluas altamente cargadas de polvo que le aconsejamos que retiren.

Suele haber también animales de compañía que además son considerados como uno más de la familia y que hay que insistir en la convivencia de limitar zonas de la casa reservada a la diálisis.

Globalmente se nota algo que no sabría definir pero que los diferencia de los nacionales por ejemplo. No alteran ni la limpieza y el orden porque tú vayas como los nacionales que se preocupan más de causar buena impresión y que la casa esté recogida y limpia el día de la visita domiciliaria. Les notas que al entrar son reflejo de ellos mismos.

### **Consideraciones**

Estas son apreciaciones basadas en mi experiencia con ellos, en ningún momento puedo pretender unas normas de conducta fijas.

Lo que es cierto es que:

- Suponen un reto para enfermería.
- Supone poner toda la imaginación y los recursos que puedas para entender y hacerte entender.
- Esto lleva a necesidad de formación y más cualificación.
- He aprendido mucho de ellos y para ellos es mi agradecimiento que me han obligado a superarme y si no hubieran llegado hasta mí, hoy no os lo podría contar, aunque parte de culpa de que me hayáis aguantado ha sido Lucas del comité organizador por creer que merecía la pena intentarlo. Gracias.

### **Bibliografía**

- 1.- Diálisis Peritoneal en el Mundo. Aspectos Económicos. Diálisis Peritoneal. Edt. Trillas Año 1993.

- 2.- Olga Soles y Antonio Ugalde. Inmigración salud y políticas sociales. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada 1997.
- 3.- La cultura y los valores humanos. Cap. 10. Enfermería Profesional. MC Craw Hill. Edi. Interamericana, 1992.
- 4.- J.R Spout. Manchester Reino Unido. Trabajo social con las minorías étnicas. Aspectos del cuidado renal 2. 1988.