

METODOLOGIA ENFERMERA APLICADA AL TABAQUISMO

Ponencia presentada por Josep Sánchez Monfort (enfermero) al IV Congreso Nacional de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo.-Barcelona 2004

Hace tiempo que se ha convertido en un tópico empezar cualquier trabajo sobre tabaquismo diciendo que es la primera causa de muerte evitable y que se trata de un problema de salud de primer orden.

La complejidad del problema requiere la participación de todos los profesionales de la salud para su prevención y tratamiento.

Enfermería ocupa un lugar destacado en el abordaje del tabaquismo tanto por su accesibilidad al fumador como por su papel como educadores de la salud.

Según la encuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo de 1998 sobre Prevalencia del Consumo de Tabaco en los profesionales del INSALUD, el 73% de los enfermeros/as de Atención Primaria preguntaba a los pacientes sobre sus hábitos de consumo de tabaco y el 71,7% lo registraba en la historia clínica. Aunque esos porcentajes eran inferiores a los de los médicos de Atención Primaria y además era entre el personal de enfermería donde se registraba la mayor tasa de prevalencia de consumo de tabaco, paradójicamente eran quienes hacían una mejor valoración de las distintas medidas planteadas para prevenir el tabaquismo y ayudar a los fumadores a dejar de serlo.

A pesar de todo esto, los planes de estudio de enfermería, lo mismo que en otros estudios de ciencias de la salud, siguen sin incluir la formación específica sobre deshabituación tabáquica.

Diversos organismos e instituciones públicas y privadas han editado protocolos y guías de actuación frente al tabaquismo dirigidas al personal sanitario intentando suplir, en parte, esta falta de formación. Sin embargo, ninguna de estas guías ha sido elaborada siguiendo la metodología de trabajo de enfermería.

A la hora de buscar antecedentes sobre protocolos o guías basados en el proceso enfermero para aplicarlo a cualquier fumador o exfumador que acuda a la consulta de enfermería no encontré ninguna publicación que cumpliera estos criterios. Tampoco había en la taxonomía NANDA ningún diagnóstico referido exclusivamente al tabaquismo.

MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO

Prochaska y DiClemente, observando los cambios de conducta respecto al tabaco que se producen a lo largo de la vida como fumador en los ámbitos

cognitivo, afectivo y conductual, propusieron un modelo teórico de cambio que describe cómo las personas modifican un problema de conducta o adquieren una conducta positiva. Dicho modelo sirve de base para desarrollar intervenciones efectivas para promover cambios hacia conductas más saludables.

El eje central del modelo son los estadios de cambio. Éstos representan una dimensión temporal. El cambio de conducta implica una serie de fenómenos que tienen lugar a lo largo del tiempo. A diferencia de otras teorías alternativas que definen el cambio de conducta como un todo o nada, el modelo de Prochaska considera el cambio como un proceso que va avanzando a través de una serie de cinco etapas.

Estas cinco etapas o estadios son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

El fumador en el estadio de precontemplación no se plantea dejar de fumar en los próximos seis meses.

Cuando está en el estadio de contemplación ya piensa dejar de fumar dentro de los próximos seis meses.

Si se ha propuesto dejar de fumar en los próximos treinta días y además ha conseguido dejar de fumar voluntariamente al menos durante 24 horas en el último año se encuentra en el estadio de preparación.

En el estadio de acción lleva entre 24 horas y seis meses sin fumar.

Cuando lleva más de seis meses sin fumar ha llegado al estadio de mantenimiento.

Los tres primeros estadios representan diferentes intensidades de intención o deseo de cambio, mientras que los otros dos indican el tiempo transcurrido desde que se produjo el cambio.

Otra de las características de los estadios de cambio es que el proceso no sigue una línea continua. En cualquier momento se puede producir una regresión a un estadio anterior. Cuando la regresión se produce desde los estadios de acción o mantenimiento a cualquiera de los otros, se denomina recaída. El modelo contempla la recaída como una etapa más en el camino hacia el cambio definitivo de conducta.

Teniendo en cuenta que el modelo de Prochaska está cada vez más extendido para determinar en que fase del proceso se encuentra un fumador, partiendo de una valoración enfermera es posible:

- 1) Considerando cada estadio del modelo de Prochaska como si fuera un diagnóstico enfermero, determinar qué factores relacionados con el mismo dificultan o impiden el avance del fumador hacia el

- siguiente estadio, o qué factores suponen un riesgo de retroceso hacia un estadio anterior (recaídas)
- 2) Establecer otros diagnósticos de enfermería aceptados por la NANDA, relacionados con la respuesta del individuo al hecho de fumar.

Tanto en un caso como en otro, el paso siguiente será diseñar planes de cuidados personalizados que, actuando sobre esos diagnósticos o factores relacionados aceleren el paso del fumador hacia el siguiente estadio o impidan las recaídas.

MODELO DE OREM

El marco conceptual en el que se apoyan las acciones de enfermería es el modelo de Orem. Este modelo se ajusta a las intervenciones que se van a realizar en la función educadora de la enfermería frente al fumador.

La teoría del déficit de autocuidados de Orem se compone de otras tres teorías relacionadas:

1. Teoría del autocuidado: - Describe y explica el autocuidado como una práctica de actividades que los individuos realizan a favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.
2. Teoría del déficit de autocuidados.- Describe las situaciones en las que la capacidad del individuo no es adecuada para afrontar la demanda de autocuidados. Determina cuando y por qué es necesaria la intervención enfermera.
3. Teoría de los sistemas de enfermería.- Describe y explica la forma en que la enfermería puede utilizar su capacidad para prescribir, planificar y proporcionar los cuidados.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud como responsables de decisiones que condicionan su situación y permite trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento coincidiendo con la finalidad de la educación para la salud. De esta forma, el profesional de enfermería, haciendo uso de la educación, incrementa los comportamientos de autocuidado y motiva al paciente a asumir su propia responsabilidad en este aspecto.

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

La valoración de enfermería se realiza según los patrones de salud de M.Gordon. Estos proporcionan un instrumento de valoración que nos da una visión completa sobre el funcionamiento global del paciente.

Este instrumento es una herramienta multiuso que no solo explora la capacidad del paciente para mantener acciones de autocuidado, sino que también aporta información sobre su autoestima, concepto de sí mismo, apoyo sociofamiliar, valores y creencias; aspectos que pueden modificar de forma importante tanto la demanda de autocuidados como la capacidad del individuo para la satisfacción de esta demanda.

Marjory Gordon describió 11 patrones funcionales de salud:

1. Percepción / Mantenimiento de la salud: describe cómo percibe el individuo su salud y bienestar y cómo maneja su salud.
2. Nutricional / Metabólico: describe la ingesta en relación las necesidades metabólicas e incluye la referencia a cualquier lesión de la piel.
3. Eliminación: describe la función excretora del intestino, vejiga y piel.
4. Actividad / Ejercicio: describe el patrón de actividad, ejercicio, tiempo libre y recreo.
5. Sueño / Descanso: describe el patrón del sueño y el descanso.
6. Cognitivo / Perceptual: describe las actividades cognitivas y sensorio-perceptivas incluida la percepción del dolor y las habilidades cognitivas como el lenguaje y la memoria.
7. Autoconciencia / Autocontrol: describe la percepción que se tiene de uno mismo, el sentido general de valía y el patrón emocional general.
8. Rol / Relaciones: describe el papel que desempeña el individuo y sus relaciones tanto en la familia, en el trabajo, así como las relaciones sociales
9. Sexualidad / Reproducción: describe el patrón reproductivo y la satisfacción o insatisfacción sexual.
10. Adaptación / Tolerancia al estrés: incluye además la habilidad percibida para controlar las situaciones.
11. Valores / Creencias: hace referencia a cualquier percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud.

La primera tarea para diseñar este protocolo fue determinar cuáles eran los factores relacionados que con mayor frecuencia actuaban en cada estadio del modelo de Prochaska. Tras realizar una encuesta a 86 fumadores, se hizo un listado con los factores que con más frecuencia aparecían en cada estadio. De estos factores se seleccionaron aquellos que indicaban que podía haber un déficit de autocuidados según el modelo de Orem, y por tanto eran susceptibles de tratar por enfermería.

El listado definitivo de los factores relacionados según cada estadio del modelo de Prochaska fue:

Precontemplación

- No percepción del riesgo de fumar
- Uso del tabaco como tranquilizante, como premio...
- No se considera fumador

Contemplación

- Falta de confianza
- Temor al síndrome de abstinencia
- Uso del tabaco como tranquilizante, como premio..
- Reciente recaída

Preparación

- Temor al síndrome de abstinencia
- Temor al aumento de peso
- Uso del tabaco como tranquilizante, premio...

Los factores de riesgo en los estadios de acción y mantenimiento fueron casi los mismos en ambos estadios:

Acción

- Síndrome de abstinencia
- Ambiente con humo
- Aumento de peso
- Presión social
- Falta de apoyo

Mantenimiento

- Ambiente con humo
- Aumento de peso
- Presión social
- Falta de apoyo

Se propusieron tres tipos de intervención: aumento de la motivación, para los factores presentes en los estadios de precontemplación y contemplación; preparación para el cese tabáquico en el estadio de preparación y prevención de recaídas para los factores de riesgo, adaptando cada tipo de intervención a los factores encontrados en la valoración con el fin de individualizar al máximo los planes de cuidados elaborados por enfermería.

Después de dos años de aplicar el protocolo se hizo una revisión de todas las historias de los fumadores y exfumadores que habían pasado por la consulta de enfermería en ese periodo para valorar el resultado de la intervención realizada.

Durante ese tiempo se había aplicado el protocolo a 136 fumadores. De ellos, 93 no habían vuelto a la consulta de enfermería, por lo que no fue posible valorar el resultado de la intervención.

De los 43 que volvieron una segunda vez, el 65% habían avanzado en su proceso para dejar de fumar, el 27% se mantenían en el mismo estadio y el 7% habían retrocedido a un estadio anterior.

Aunque los datos no son estadísticamente significativos puesto que hubo un 68 % de pérdidas en el estudio, al menos sí indicaba que se habían producido resultados positivos.

El siguiente paso fue establecer aquellos diagnósticos enfermeros que aparecían en cada estadio de Prochaska usando la Taxonomía II de la NANDA y proponer objetivos y planes de cuidados según la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y la clasificación de resultados de enfermería (NOC), respectivamente.

La responsabilidad de cuidar en enfermería exige que las decisiones sobre las intervenciones propuestas se fundamenten en las evaluaciones del estado de salud del individuo. Esta evaluación requiere que se establezca el diagnóstico de enfermería como referencia.

La NANDA ha desarrollado un sistema conceptual para clasificar los diagnósticos enfermeros. Este sistema, cada vez más aceptado por enfermería, fue objeto de una revisión a fondo y desde el año 2000 utiliza una estructura basada en los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Por otro lado, la NIC es una clasificación estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras.

Ha demostrado su utilidad para la documentación clínica, la investigación, para la medida de la productividad y la evaluación de la competencia. La clasificación pretende incluir todas las intervenciones que las enfermeras realizan en el cuidado del paciente. Cada intervención se identifica con un código de cuatro dígitos, y una etiqueta. Además la NIC incluye la definición de la intervención y un listado de las actividades necesarias para llevar a cabo dicha intervención.

Por último, la NOC es una clasificación estandarizada de los resultados del paciente desarrollada para poder evaluar los efectos de las intervenciones enfermeras. Cada resultado se identifica al igual que las intervenciones con un número de cuatro dígitos que facilita el tratamiento informático y una etiqueta, además la NOC incluye la definición del resultado y una lista de indicadores que pueden usarse para evaluar el estado del paciente respecto a ese resultado según una escala de Likert de 5 puntos.

Como han quedado factores relacionados sobre los que enfermería podía intervenir, pero que no encajaban con ninguno de los diagnósticos NANDA propuestos, se mantuvieron los enunciados de los tres primeros estadios del modelo de Prochaska como si fueran diagnósticos y se les añadieron los factores relacionados correspondientes utilizando el formato propuesto por la NANDA. Para los estadios de Acción y Mantenimiento se propuso un nuevo diagnóstico de riesgo: Riesgo de recaídas, usado también en la primera parte del proyecto.

En total el protocolo contiene 18 diagnósticos; 14 son de la NANDA y 4 no NANDA. Para cada uno de los 18 diagnósticos se han establecido las relaciones con las posibles etiquetas de la NOC y de la NIC

Al ser la NIC una clasificación general, ha sido necesario añadir algunas actividades que no aparecen en el listado pero que se usan en las consultas de tabaquismo y no se han incluido aquellas actividades que no son relevantes para el tratamiento del fumador y que harían menos manejable la guía.

En la NOC no se han incluido las escalas de resultados para simplificar la puesta en marcha de este protocolo, por lo que los criterios de resultados solo admiten dos estados: se cumple o no se cumple. Lo mismo que en la NIC se han añadido aquellos resultados más específicos en el manejo del fumador y que no aparecen en el listado y se han suprimido aquellos que no se consideran importantes.

Como ejemplo de cómo ha quedado el diseño de cada diagnóstico en el protocolo se presenta en primer lugar un diagnóstico no NANDA:

Riesgo de recaídas

Definición: “Riesgo de volver a adoptar un patrón regular de consumo de tabaco tras un intento de cese de al menos 24 horas de duración”.

Factores de riesgo:

- Síndrome de abstinencia
- Amiente con humo
- Presión social

NOC 1906 “Control de riesgos: consumo de tabaco

Criterios de resultados:

- El fumador se mantendrá sin fumar
- El fumador identificará los estímulos que le inducen a fumar
- El fumador enumerará algunas estrategias para controlar dichos estímulos

NIC 4490 Ayuda para dejar de fumar

Actividades:

- Felicidad al fumador por los días que lleva sin fumar
- Aclarad las dudas que nos plantee
- Preguntad como controla el síndrome de abstinencia y las dificultades que encuentra en ello
- Insistid en que rechace los cigarrillos que le ofrezcan
- Que evite los ambientes con humo siempre que pueda
- Buscad con el fumador alternativas para poder controlar los estímulos que le inducen a fumar

Se ha utilizado el mismo formato tanto para los diagnósticos NANDA como para los no NANDA. El siguiente es un ejemplo de diagnóstico NANDA:

00120 Baja autoestima situacional

Definición: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

Características definitorias: Expresión de sentimientos de culpa tras recaída; expresión de sentimientos de frustración; expresión de sentimiento de incapacidad para dejar de fumar...

Factores relacionados:

Sentimiento de frustración tras recaída

NOC 1205 Autoestima

Criterios de resultados:

- El fumador reconoce que la recaída es un paso más en su proceso para dejar de fumar definitivamente
- El fumador ve la recaída como una experiencia positiva y no como un fracaso.
- El fumador manifiesta que ahora está más preparado para realizar un nuevo intento para dejar de fumar

NIC 5400 Potenciación de la autoestima

- Animad al fumador a que exprese pensamientos y sentimientos sobre su situación
- Ayudad al fumador a revisar e identificar logros positivos anteriores (“consiguió dejar de fumar durante un tiempo”)
- Explicad que la recaída es un paso hacia delante en el proceso para dejar de fumar
- Revisad con el fumador los motivos de la recaída para que lo pueda usar como experiencia en futuros intentos.

El proyecto todavía no ha concluido.

Ahora hay que iniciar su puesta en funcionamiento de forma controlada hasta disponer de una muestra suficiente para poder realizar una nueva evaluación que permita conocer su efectividad y sirva para nuevas revisiones.

El objetivo final de este proyecto es que el personal de enfermería dispongamos de una guía para la valoración y tratamiento del fumador, escrita en un lenguaje enfermero y usando la metodología enfermera, para contribuir desde nuestra posición como agentes de salud a crear un ambiente sin humo.