



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA.

“Relación existente entre la recepción de unidades educativas, funcionamiento familiar y grado de autovalencia con el manejo del cateterismo urinario permanente en el domicilio de los pacientes que se controlan en el policlínico de urología del Hospital Clínico Regional Valdivia de Chile”.

Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar al
Licenciado en Enfermería.

Paulina Fischer Denis – Paulina Toledo Droppelmann.
VALDIVIA – CHILE
2007

Profesor Patrocinante:

Nombre : Sra. Gema María Elena Santander Manríquez.
Profesión : Enfermera.
Grados : Magíster en Salud Pública, Mención en Epidemiología.

Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.

Firma :

Profesores Informantes:

Nombre : Sr. Ricardo Alexis Ayala Valenzuela.
Profesión : Enfermero.
Grados : Magíster (c) en Educación, Políticas y Gestión
Educativas.
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.

Firma :

Nombre : Sra. Ana Luisa Cisternas Muñoz.
Profesión : Enfermera.
Grados : Experta en Gerontología.
Magíster en Gerontología y Geriatria.
Magíster en modelado para el conocimiento para
entornos virtuales y educativos.
Diplomado en competencia.
Doctorado en Geriatria (c).
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.

Firma :

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	1
SUMMARY	2
1. INTRODUCCIÓN.	3
2.MARCO TEÓRICO	5
3. OBJETIVOS.	14
4.MATERIAL Y MÉTODO	15
4.1 Tipo de estudio.	15
4.2 Población en estudio.	16
4.3 Método e instrumentos de recolección de información.	16
4.4 Tabulación y análisis.	18
4.5 Definición y operacionalización de variables.	19
5. RESULTADOS.	23
6. DISCUSIÓN.	38
7. CONCLUSIONES.	41
8. BIBLIOGRAFÍA.	43
9. ANEXO N° 1 “Instrumento de Recolección de Datos”	46
10. ANEXO N° 2 “Consentimiento Informado”	54

RESUMEN

En la actualidad, las políticas de salud han dado un giro hacia la promoción del autocuidado, adquiriendo gran importancia asegurar la continuidad de los cuidados fuera del ámbito hospitalario. En la comunidad nos encontramos con pacientes con alteraciones urológicas, donde el uso de catéter urinario permanente (CUP) en el domicilio es una alternativa de tratamiento para favorecer la condición de salud de éstos, El nexa temático que utilizamos como marco conceptual el modelo de autocuidado de Orem (1991) que nos permite abordar de mejor forma esta realidad.

El objetivo de la investigación radica en determinar el manejo que tienen los pacientes ambulatorios usuarios de catéter urinario permanente, según unidades educativas recibidas, grado de autovalencia y funcionamiento familiar, siendo la población en estudio 16 pacientes en control en el policlínico de urología del Hospital Clínico Regional Valdivia de Chile (HCRV) durante el primer semestre del año 2007. La metodología empleada es de tipo descriptiva, cuantitativa, retrospectiva, observacional y de corte transversal. Mayoritariamente son pacientes de sexo masculino (81%), donde el promedio de edad corresponde a los 70 años. A través de la aplicación de encuestas y revisión de fichas clínicas se obtuvieron datos sociodemográficos de la población, los cuidados otorgados al catéter urinario permanente y el funcionamiento familiar a través del cuestionario del APGAR familiar (Smilkstein, 1978), y el grado de autovalencia mediante el índice de Katz (Katz y cols, 1963). Los datos fueron procesados y analizados en el programa computacional MICROSOFT EXCEL de Office 2003, con lo que se pudo concluir la existencia de relación entre el funcionamiento familiar y unidades educativas con el manejo del CUP en el domicilio, no así con el grado de autovalencia.

SUMMARY

Today, health policies have given a twist towards the promotion of self care, and to assure the continuity of taking care outside the hospital environment acquired great importance. Permanent catheter's use (PCU) at the residence is an alternative of treatment that favors the health's condition of patients with urologic disfunction. We use as theoretical framework the Orem (1991) self care model that allows us to approach this reality in a proper way.

The objective of the research is to determine how ambulatory patients handle the permanent urinary catheter, according to educative units received, degree of autovalency and family functioning. The study group is 16 current patients of the urology polyclinic of the Hospital Clínico Regional Valdivia de Chile (HCRV) during the first semester of the year 2007. The research methodology used is quantitative, retrospective, observational and cross section.

For the most part we meet patients of masculine sex (81 %), with an average age of seventy years old. Sociodemographic data and information about cares granted to the permanent urinary catheter was obtained through surveys and reviewing of medical records. Family functioning data was obtained trough the family APGAR questionnaire (Smilkstein, 1978), and the degree of autovalency by means of the Katz's index (Katz and Cols, 1963).

Data was processed and analyzed through the software MICROSOFT OFFICE EXCEL 2003. It was possible to conclude the existence of a relationship between handling of domiciliary PCU and family functioning and educative units, but a relationship between handling of domiciliary PCU and degree of autovalency was not found.

1.-INTRODUCCIÓN.

La presente investigación busca identificar la relación entre el funcionamiento familiar, autovalencia y educación recibida con el manejo del CUP de los pacientes que se encuentran en control en el policlínico de urología del Hospital Clínico Regional Valdivia de Chile (HCRV) durante el primer semestre del año 2007. La motivación de este estudio radica en el interés de valorar este tipo de población dando énfasis a su entorno biosicosocial, la capacidad de autocuidado y la continuidad de los cuidados en su hogar. A su vez, esta investigación busca abordar una temática actual poco estudiada por los profesionales de la salud, captando la necesidad de nuevos desafíos como es la incorporación de enfermería a la comunidad.

Asegurar la continuidad de los cuidados otorgados a los pacientes en el hospital, una vez que son dados de alta a la comunidad, debe ser uno de los objetivos primordiales en la labor de los profesionales de enfermería, lo que implica un compromiso y una gestión en red eficiente para poder llevar a cabo con éxito este proceso, siendo de gran importancia el conocimiento y una relación de calidad con la población con la cual se trabaja.

El mundo cambia y las políticas de salud deben adaptarse a las nuevas necesidades de la sociedad. El paciente y su familia hoy en día son un agente proactivo en la mantención y mejoramiento de su calidad de vida, pudiendo ser éste último un nexo entre enfermería y el paciente, además de cumplir un rol fundamental en la satisfacción de las necesidades y dar apoyo emocional cuando estos lo requieren.

La educación es la base para realizar cambios profundos en todos los ámbitos, siendo de gran importancia en el área de la salud, guiando a los individuos hacia una toma de decisiones y a un actuar con conocimientos que favorezcan su bienestar. Es un proceso donde no existe una sola dirección. Mediante éste es posible transferir las diversas herramientas fundamentales para nuestro desarrollo necesario para concienciar a los individuos de la importancia de su rol en el proceso de salud. La educación nos permite el desarrollo de capacidades y la adquisición de pilares para la creación de nuevas estrategias para abordar los nuevos desafíos en salud, cuya meta es lograr el mayor grado de independencia alcanzable por los individuos.

En la actualidad ha existido un giro donde el cuidado no es otorgado exclusivamente por el personal de salud, sino que se busca que este sea propiciado por el individuo, familia y/o comunidad, a través de actividades enfocadas hacia la promoción de salud, prevención de enfermedad y mejoramiento de la calidad de vida de acuerdo a las potencialidades de cada uno

de ellos. Es por esto que el autocuidado ha adquirido gran relevancia en el transcurso del tiempo, el cual se puede ver influenciado por el grado de autovalencia de los pacientes, lo que repercute en la realización de sus cuidados.

La importancia de la prevención y promoción de salud en los usuarios de CUP en el domicilio, radica en la alta incidencia de aparición de complicaciones, teniendo en cuenta el nivel de gravedad que éstas pueden alcanzar existiendo un gran impacto a nivel económico, familiar y social. El que éstas complicaciones se encuentren relacionadas al uso, cuidado y al manejo del catéter urinario permanente las hace potencialmente prevenibles.

Esta problemática nos lleva a reflexionar si los profesionales de enfermería realmente conocemos a la población con la cual trabajamos, si se otorga importancia al entorno, familia, necesidades, capacidades del individuo para mantener su bienestar, si efectivamente se entregan las herramientas requeridas para que estos puedan ser gestores de su cuidado, valorar la recepción de éstas por parte de la comunidad y el efecto que el educar tiene en ésta población.

2.-MARCO TEÓRICO.

El cuidar está inserto en la disciplina de enfermería, lo que implica tener conocimientos y sustento teóricos de la situación de salud – enfermedad que presenta el individuo. La atención brindada debe estar orientada hacia la aplicación de modelos y teorías, que nos permitan adecuarnos de mejor manera a la condición del paciente, teniendo en cuenta el invaluable aporte de otras ciencias como son las medicina, psicología, entre otras. (1)

Enfermería como profesión debe fomentar la participación de los individuos para la mantención y promoción de su bienestar, con el fin de que éstos sean agentes de su autocuidado y desarrollen la habilidad de identificar sus propias necesidades. (2)

El autocuidado según Orem (1991) consiste en:

“Actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar”. (2)

Los profesionales de enfermería deben realizar acciones cuya finalidad es vencer o prevenir el desarrollo de limitaciones en el autocuidado de los individuos y otorgar los cuidados cuando éstos se vean limitados para hacerlos por sí mismos. En esta teoría los cuidados de enfermería se entregan a través de sistemas de enfermería, basándose en la relación entre la enfermera, el paciente y las actividades realizadas. Para Orem, existirían tres tipos de cuidados:

Compensatorio total: proceso donde la enfermera realiza la totalidad del cuidado del individuo.

Compensatorio parcial: la enfermera ayuda al paciente en la realización de su autocuidado.

Sustentador-Educativo: a través de la entrega de conocimiento la enfermera ayuda al paciente en toma de decisiones para su autocuidado. (1,2)

El autocuidado tiene directa relación con la responsabilidad que asume el individuo de su cuidado y con las consecuencias de las acciones que realiza, que desarrolle la capacidad de darse cuenta de las conductas riesgosas para su salud, va ligado con la mantención de la calidad de vida, por lo que es necesario generar estrategias de fomento de esta conducta, por ejemplo, el “Modelo del Cuidado Crónico” busca interacciones productivas entre usuarios informados, quienes toman una parte activa en su cuidado, y los proveedores de servicios que cuentan con recursos y experticia. Este modelo es utilizado en al menos 500 organizaciones de salud en EE.UU. y ha demostrado su efectividad en mejorar los resultados clínicos en pacientes diabéticos y con otras enfermedades crónicas (Bodenheimer, Wagner & Grumbach, 2002).(3)

Para que las personas asuman el autocuidado como una práctica cotidiana de vida y salud, es necesario incluir en su promoción las siguientes estrategias:

1. Desarrollar en las personas autoestima, lo que genera autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.
 2. Establecer comunicación efectiva entre el personal de enfermería y el paciente para esclarecer la enfermedad y favorecer el cambio hacia comportamientos saludables.
 3. Buscar propuestas apropiadas e innovadoras para que la información otorgada sea efectiva y se vea reflejada en un cambio de conductas por parte del individuo.
 4. Los profesionales de salud deben promocionar el autocuidado a partir de vivencias, con el fin de ejemplificar la situación de salud (quien viva con bienestar estará en condiciones de promocionar la salud).
 5. Contextualizar el autocuidado según las características biosicosociales del individuo.
- (4)

La autovalencia se define como la independencia para la realización de acciones y actividades sin la ayuda de terceros para el logro de los objetivos. Su relación con el autocuidado radica en que al realizar los pacientes sus actividades cotidianas podrán ejecutar actividades que mantengan y/o ayuden a la mejor condición de salud posible según su situación; si la autovalencia se ve afectada se necesita de la ayuda de una tercera persona para la realización parcial o total de los cuidados. La atención de enfermería debe considerar la promoción de la autonomía, independencia funcional y la inserción de los pacientes de forma efectiva en su familia y sociedad; la gestión en salud debe seguir el enfoque de cuidar más que en curar.(5)

Se debe realizar una valoración funcional de los pacientes crónicos cuyo objetivo es identificar y cuantificar las funciones físicas de los pacientes, su capacidad para movilizarse y la realización de actividades de la vida diaria (comer, asearse, vestirse, contener esfínteres), para determinar la capacidad de vivir independientemente, prevenir la incapacidad, fomentar la independencia y participación en la comunidad. Los pacientes ambulatorios tienen un

menor grado de dependencia que los hospitalizados según Sandoval y Varela 1998 , por lo que la asimilación de conductas de autocuidado es mas factible. (5)

“Educar es la alternativa y la oportunidad.” La mayoría de los problemas tienen en común que mediante una educación oportuna pueden ser evitados. En la actualidad educación en enfermería es una de las funciones más importantes, orientada principalmente al autocuidado de la salud. Para que ésta sea efectiva es necesario un previo conocimiento sobre los estilos, creencias, valores y costumbres de los individuos, teniendo en cuenta la mirada holística e individualidad de los seres humanos. Un estudio realizado en Brasil por Melo de Souza, Wegner y Pinto, 2007, muestra la importancia que tiene la educación en salud en la mantención y/o mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y de como enfermería debe asumir la responsabilidad de la entrega y de búsqueda de estrategias en este ámbito. (6,7,8).

El aprendizaje debe ser intencionado, conociendo su finalidad. Debe existir motivación y disposición por parte del individuo. En el caso de ausencia de éstas las enfermeras deben movilizar los recursos necesarios para la obtención de la necesidad de aprendizaje. (9)

Los individuos cada vez se han puesto más exigentes en la adquisición de conocimientos y en la comprensión de su situación de salud, por lo que han provocado en las enfermeras la búsqueda de información de calidad y de nuevas formas de entrega de este material. El profesional de enfermería debe ser considerado por parte del individuo como una fuente de información y apoyo que le permita la adaptación a los problemas de salud. (9)

El plan educativo más eficiente es aquel donde el profesional de enfermería trabaja en conjunto con el paciente, donde ambos determinan el tipo de información requerida para la adquisición de las habilidades necesarias para la obtención de una mayor independencia. Dando al paciente una adecuada educación, nos permite proporcionar las herramientas necesarias para que éstos puedan asegurar la continuidad de los cuidados de enfermería en el hogar, logrando la prevención, la minimización de progresión de la enfermedad y la disminución de la aparición de complicaciones dependientes del autocuidado, teniendo presente el contexto cultural y sociodemográfico de los individuos. (9,10,11)

La realización de estas prácticas inciden directamente en el mantenimiento de salud y en la disminución de los costos tanto para el individuo como para el sistema de salud, ya que existen una menor cantidad de controles, menor uso de fármacos, se evita la hospitalización y ayuda a promover un mejor ambiente familiar, repercutiendo directamente en el mejoramiento de la calidad de vida. Se hace conciencia que su bienestar no depende de manera exclusiva de los tratamientos que éstos poseen según su patología si no que la entrega de unidades

educativas que requiere el individuo, hace que éste mantenga un mayor grado de seguridad, autonomía y una real percepción de su situación de salud.(8,10)

La generación de conciencia y de inquietud por parte del individuo para el mejoramiento y/o mantenimiento de su condición de salud se encuentra ligado a la entrega de educación por parte de los profesionales de salud por lo que es necesario conocer ciertas líneas de acción para el logro de la adquisición de ente generador del propio bienestar.(8)

La práctica de la educación en salud es un recurso importante para la estimulación de los principios del autocuidado es decir, es el medio por el cual se busca obtener una vida más saludable. (11)

La familia corresponde a un *conjunto de personas que conviven bajo un mismo techo, organizada en roles, con vinculo consanguíneo o no, con un modo de existencia económico y social común, con sentimientos que los unen y aglutinan*. La familia experimenta una serie de etapas que tienen una orientación de sentido y continuidad comenzando por la formación de la pareja, el nacimiento de un hijo, crianza y crecimiento de éstos, decadencia y trascendencia, a lo que se denomina ciclo vital familiar (Duvall,1988). Estas etapas ofrecen variadas oportunidades en que pueden aparecer tensiones y conflictos. El objetivo principal consiste en la generación de nuevos individuos e integrarlos a la sociedad, para esto se deben cumplir una serie de tareas: seguridad afectiva, económica, fortalecer la relación de pareja, enseñar respuestas adaptativas, entre otras. (12,13)

La comunicación en la familia genera un traspaso de información, lo que ayuda a la delineación de límites entre la individualidad e identidad de cada uno de sus integrantes y a su vez interfiere en la resolución de problemas comunes. Existen diversos tipos de relación entre los miembros dependiendo de cómo, cuándo y con quién se relacionen, lo que regula el comportamiento de los individuos; las dimensiones centrales de la estructura familiar son las normas que guían a la familia, determina roles, lo que se espera de cada uno y la jerarquía de poder ([Minuchin & Fischman, 1984](#)). Dentro del funcionamiento familiar se encuentran respuestas apropiadas satisfaciendo la demanda implícita de los integrantes, reconociéndose las potencialidades y capacidades del otro, donde se puede generar una relación de ayuda entre los miembros de la familia. (12,13)

El funcionamiento familiar es la capacidad de cumplir con sus funciones primordiales, superando las etapas del ciclo vital, existiendo patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve ([Espejel y cols., 1997](#)). Es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. La funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares comunes y la satisfacción de necesidades básicas se cumplen, en un clima de homeostasis sin tensión, en

cambio la disfuncionalidad familiar es una condición donde existe una perturbación severa en la comunicación, en los vínculos y sistemas de satisfacción y ayuda entre los individuos, la cuál se puede convertir en stresores psicosociales dentro del núcleo familiar, cuya presencia esta ligada al deterioro del funcionamiento y bienestar familiar.

Indicadores de estrés familiar:

- Incapacidad de los miembros para ejercer los roles y tareas usuales.
- Incapacidad para tomar decisiones y resolver problemas.
- Incapacidades para cuidar a los demás en la forma habitual.
- Cambio de foco de la supervivencia familiar a la supervivencia individual. (12,13)

Tanto los pacientes como sus familias deben aprender de la enfermedad y de la importancia del cumplimiento del tratamiento. La familia sufre una alteración al momento de enfermar uno de sus integrantes, haciendo indispensable una readecuación de roles y actividades, para lograr compatibilizar la enfermedad con la vida familiar disminuyendo el stress. Es importante realizar una intervención psicosocial tras el diagnostico de enfermedad, ya que las familias deben establecer nuevos estilos de convivencia tomando en cuenta la susceptibilidad del paciente frente a estresores psicosociales y biológicos – ambientales, por lo que el abordaje educativo con la familia adquiere gran relevancia. (12,14)

En la comunidad encontramos pacientes con patologías urológicas, las cuales según la Asociación de Urología Española 2003 se manifiestan mayoritariamente a partir de los 50 años; la patología más común es el adenoma prostático donde la población masculina mayor de 60 años presenta en un 50% algún síntoma de esta afección y a su vez un 50% de ellos requiere algún tipo de tratamiento según estudios realizados por la Clínica Alemana de Santiago de Chile en el año 2002. Los pacientes crónicos según un estudio realizado en España por Farmaindustria el año 2004 revela que el 22% reconoce que su condición de salud afecta a su estado laboral, por lo que se debe valorar el impacto de la enfermedad en una esfera biopsicocial. La adherencia a controles según Tellez 2004 es un factor protector que se debe mantener dentro de los pacientes crónicos teniendo un impacto en su calidad de vida. (15,16,17)

La palabra ‘*urología*’ fue citada por primera vez por el francés Leroy D’Etoilles en el año 1.840, como rama de la ciencia médica que estudia los problemas del aparato urinario. Un procedimiento utilizado en los tratamientos urológicos es el empleo de cateterismo urinario permanente, siendo la palabra “catéter” derivada del griego cuyo significado es “dejar caer,

descender”, los romanos lo llamaban “desmissum” que significa que “era introducido”; por otra parte la palabra “sonda” proviene del latín que significa “explorar”. (18)

Los usuarios de catéter urinario permanente vuelven a su domicilio con este tipo de catéter como pacientes crónicos o en espera de algún otro tratamiento como es el caso de cirugías. El uso de catéter urinario permanente si bien trae complicaciones, mediante una adecuada educación, un buen cuidado y manejo, es posible evitarlas. Se habla de cateterismo urinario permanente cuando se inserta con técnica estéril a través de la uretra hasta la vejiga un tubo de drenaje, cuya función consiste en la extracción de orina, siendo utilizado en individuos que presentan alteraciones para la evacuación de manera natural de ésta y que se mantiene por más de 24 hrs. El sistema se fija mediante un pequeño balón el cual se infla y queda en la vejiga, la parte inferior de la sonda queda conectada directamente a una bolsa recolectora cuyo propósito es recepcionar la orina que va siendo eliminada por el paciente, creando así un circuito cerrado, lo que implica que no deben existir aperturas, ya que al ser el sistema urinario normalmente estéril, el uso de catéter urinario permite el paso de bacterias fácilmente al cuerpo. (10,19).

El CUP en el domicilio es indicado frente a las siguientes alteraciones:

- Retención urinaria.
- Obstrucción de la vía urinaria.
- Cirugía pelviana.
- Vejiga neurogénica
- Cáncer de próstata y vejiga (21)

Este procedimiento es de indicación médica, siendo realizado exclusivamente por personal capacitado y con conocimiento de las complicaciones. Cuando la instalación del catéter urinario permanente es realizada por enfermeras la tasa de bacteriuria es de 38,8% menos que cuando estas son instaladas por personal auxiliar. Se cateteriza al paciente cuando es absolutamente necesario, requiriendo una evaluación diaria del funcionamiento del estado y mantención de éste, teniendo presente que su permanencia debe ser lo estrictamente requerido. El 20% de las indicaciones son injustificadas, teniendo en cuenta que muchos de estos pacientes si se ejercitaran para ayudar a la continencia podrían prescindir de ellas. (10,21,22)

Existen factores de riesgo del individuo, para la aparición de complicaciones relacionadas al uso de cateterismo urinario permanente: edad avanzada, enfermedades crónicas

debilitantes, diabetes mellitus, incontinencia fecal, la elevación del pH, la humedad excesiva, uso de antibióticos y sexo femenino. (21,22)

Al ser un procedimiento invasivo, el uso del catéter urinario permanente puede conducir a complicaciones, las cuales se pueden ver atenuadas frente a un buen manejo del cuidado por parte del personal de enfermería así como del individuo. Estas complicaciones pueden ser:

- Infecciones urinarias.
- Sepsis.
- [Lesión uretral.](#)
- Lesiones cutáneas.
- [Cálculos en la vejiga.](#)
- [Hematuria.](#)
- Cáncer de vejiga, después de usar catéteres por muchos años. (20)

La bacteriuria igual o superior a 100.000 col/ml, sube de menos de 10% en el primer día de uso del cateterismo urinario permanente a sobre el 50% al octavo día. La prevalencia acumulada sube de menos de 10% al segundo día de uso del cateterismo urinario permanente a 40 % al cumplir los diez días de uso. Se ha demostrado que cuando estos catéteres son instalados y manipulados con la técnica aséptica correcta la tasa de infecciones del tracto urinario es de 1,8 % mientras que cuando esta no es cumplida este porcentaje presenta un aumento significativo llegando a ser de un 17,9 %. La mantención del circuito cerrado tiene directa relación con las tasas de reducción de infecciones del tracto urinario, así lo avala los estudios realizados por Kass y Kunin (1966) que demostraron una disminución significativa en el riesgo de infección urinaria de un 95% a menos de 25%. Shapiro (1984) constató que la tasa de bacteriuria aumenta de 20 % a sobre un 40% si se desconectaba el catéter del sistema de drenaje e incluso llegar sobre un 60% si las desconexiones son frecuentes. (21)

La fabricación de los catéteres urinarios es a través de polímeros naturales o sintéticos, siendo los más utilizados el látex siliconizado y la silicona pura. Sin embargo sin importar la composición de éste, favorece la formación de biopelículas de microorganismos capaces de generar complicaciones, como lo son las infecciones del tracto urinario.(22)

La población usuaria de cateterismo urinario permanente en el domicilio, mayoritariamente corresponde al grupo etáreo de la tercera edad, donde encontramos pacientes crónicos, debilitados y con alteraciones neurológicas, lo cual repercute en su percepción sensitiva; es frecuente que los únicos síntomas de una posible infección del tracto urinario sean cambios mentales o confusión y fiebre sin foco causal, siendo este en muchas

oportunidades el signo más común. En un 60% manifestaciones tales como dolor en hipogastrio, uretra, pene o vulva, se relacionan solo con el hecho de ser portadores de catéter urinario permanente independiente de la existencia de alguna infección. (22,23).

Frente a estos signos y síntomas es de gran importancia de que los individuos comprendan que deben acudir en el menor tiempo posible al centro de salud donde se controlan, ya que estos manifiestan la aparición de alguna alteración. (23)

Se hace imprescindible la vigilancia continua y la entrega de conocimientos a los pacientes usuarios de cateterismo urinario permanente en el domicilio, ya que dependerá exclusivamente de ellos el buen manejo y el cuidado de este circuito.(23)

POLICLÍNICO UROLOGÍA HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL VALDIVIA, CHILE.

El HCRV es un hospital tipo I, lo que significa que es de alta complejidad, siendo centro de referencia en la región de los Ríos, realizando actividades de nivel secundario y terciario, destacándose su carácter docente asistencial.

El policlínico de urología del Hospital Clínico Regional Valdivia de Chile se encuentra ubicado en el zócalo del edificio exzona del centro de atención de especialidades del mismo hospital.

La organización de este policlínico consta de un médico jefe, tanto de hospitalizados como del policlínico, una enfermera jefe del servicio de urología que cumple únicamente funciones de supervisión y administración en el policlínico. Existen cuatro médicos tratantes de planta, cuatro médicos becados y en el momento de realización de esta tesis se cuenta con un técnico paramédico, por motivo de vacancia de cupo, siendo habitualmente dos. Los días de atención del policlínico se dividen en tres: lunes y viernes atención para pacientes de la ciudad de Valdivia, los martes y jueves se atiende exclusivamente a pacientes oncológicos - urológicos y el día miércoles se atienden los pacientes de las comunas pertenecientes a la provincia de Valdivia; siendo el horario de atención de 8 a 14 hrs.

Durante el año 2006 se atendió a un total de 4.837 pacientes, diariamente a 24 pacientes aproximadamente, La población mayoritariamente es de hombres mayores de 60 años. En la actualidad existe un total de 26 pacientes usuarios de cateterismo urinario permanente, 16 son pacientes crónicos y 10 en espera de cirugía. Entre las patologías más prevalentes destacan el adenoma prostático, vejiga neurogénica y pacientes oncológicos urológicos.

Al estar incluido el adenoma prostático en las Garantías Explícitas en Salud (GES) una vez que el médico indica intervención quirúrgica estos ingresan al sistema y antes de seis meses deben ser operados, teniendo así una resolución quirúrgica más temprana.

La normativa existente en el policlínico en relación al manejo y al cuidado de los pacientes con cateterismo urinario permanente se basa en la existente del comité de infecciones intrahospitalarias, siendo éste el modelo en el cual se debe basar la atención del policlínico. Está consiste en el cambio del catéter urinario permanente cada 15 días siendo flexible frente a problemas en el funcionamiento y en la aparición de sintomatología de infección, procedimiento realizado por personal técnico paramédico. La toma de urocultivos sólo se realiza cuando el paciente presenta fiebre y antes de la cirugía. Si a través del resultado de este examen se diagnostica una infección del tracto urinario, con presencia de un microorganismo agresivo, teniendo en cuenta de que estos pacientes se encuentran colonizados, se administran antibióticos 24 horas antes de la operación o una dosis preoperatoria.

Los pacientes que se encuentran con catéter urinario permanente se mantienen con profilaxis antibiótica, siendo los medicamentos Cotrimoxazol forte, cada comprimido contiene: Trimetoprim 160 mg/comp y Sulfametoxazol 800 mg/comp; Nitrofurantoína, cada comprimido de 100 mg; y Ampicilina, cada comprimido de 500 mg; la dosis indicada para el antibiótico de elección es de un comprimido cada 24 horas.

La educación de los usuarios de cateterismo urinario permanente sobre el manejo y cuidados que deben tener en el hogar son otorgados en el momento de instalación del catéter y son realizadas por el personal técnico paramédico de manera verbal.
(Fuente: Enfermera Jefe policlínico Urología HCRV).

3.- OBJETIVOS.

PROPÓSITO:

La finalidad de esta investigación consiste en otorgar antecedentes sociodemográficos, y de la búsqueda de la influencia de la autovalencia, funcionalidad familiar y recepción de unidades educativas en el manejo que están realizando los pacientes usuarios de catéter urinario permanente en control en el policlínico de urología del Hospital Clínico Regional Valdivia de Chile para contar con una base de datos objetiva para plantear futuras líneas de intervención.

OBJETIVO GENERAL:

3.1 Determinar el manejo que tienen los pacientes usuarios de CUP que se controlan en el policlínico de urología del HCRV de Chile en su hogar, según unidades educativas recibidas, grado de autovalencia y funcionalidad familiar durante el primer semestre del año 2007.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar la población usuaria de catéter urinario permanente que se controla en el policlínico de urología del HCRV según características sociodemográficas.

- Determinar si existe correlación entre unidad educativa recibida y manejo del CUP en el hogar.

- Determinar si existe correlación entre funcionalidad familiar u manejo del CUP en el hogar.

- Determinar si existe correlación entre autovalencia y manejo del CUP en el hogar.

4.- MATERIAL Y MÉTODO.

4.1 TIPO DE ESTUDIO:

Es *cuantitativo*, ya que las variables son medibles y se pueden expresar numéricamente. Los datos fueron obtenidos a través de una encuesta, siendo agrupados y analizados de forma estadística con el fin de establecer patrones de comportamiento que se pueden extrapolar a un universo más amplio que la población en estudio. (24,25)

- *Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información:*

Es de tipo *retrospectivo*, ya que se analizaron los hechos ocurridos con anterioridad y, a su vez, hechos que se registraron a medida que fueron sucediendo. En este estudio estos datos fueron obtenidos a través de la revisión de fichas clínicas, lo cual nos aportó datos concretos y objetivos de la historia del paciente. Además la realización de una encuesta nos permitió registrar eventos que están ocurriendo en los individuos. (24,25)

- *Según el periodo y secuencia del estudio:*

Es de tipo *transversal*, ya que las variables fueron estudiadas simultáneamente en un determinado momento, realizando un corte en el tiempo. (24,25)

- *Según el análisis y alcance de los resultados:*

Es de tipo *descriptivo*, ya que se identificó un fenómeno y se realizó una descripción de sus características y la asociación de ciertas variables, sin responder el porque de éste. El presente estudio busca ser una base de datos objetivas para la realización de nuevas investigaciones.

- Según la participación del investigador:

No se manejó ni se modificó ninguna variable independiente, sólo se consideró la observación de los hechos, por lo cual es de tipo *observacional o no experimental*. (24,25)

4.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO:

Esta investigación se realizó en el policlínico de urología del HCRV de Chile, donde nuestra unidad de análisis son los pacientes en control con catéter urinario permanente de uso domiciliario durante el primer semestre del año 2007.

De esta investigación se excluyeron:

- Pacientes con alteración del estado de conciencia, porque no se encontrarán capacitados para dar respuesta al cuestionario aplicado en esta investigación.
- Pacientes que se nieguen a la aplicación de la encuesta luego de ser presentado el consentimiento informado.
- Pacientes hospitalizados en el servicio de urología del HCRV usuarios de cateterismo urinario permanente, a los cuales se les aplicó la encuesta como prueba del instrumento.

Al momento de la ejecución del estudio la población total de pacientes usuarios de cateterismo urinario permanente en el domicilio que se controlan en el policlínico de urología del HCRV fue de 16 pacientes crónicos, ya que en este periodo no existían pacientes en espera de cirugía.

4.3 MÉTODO E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN:

La recolección de información de esta investigación se llevó a cabo tanto de manera indirecta, a través de revisión de fichas clínicas, lo que nos permitió la obtención de datos sociodemográficos así como de manera directa, mediante la aplicación de una encuesta en la cual se incluyen el APGAR familiar (Smilkstein, 1978), para medir el funcionamiento familiar y el índice de Katz (Katz y cols., 1963), que nos permite valorar la autovalencia de los sujetos.

Realizamos un censo, ya que nuestra población es pequeña y heterogénea, siendo de nuestro interés obtener de cada uno de ellos información relevante para nuestro análisis, para describir la situación actual de la población en estudio.

- DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO:

La encuesta que se utilizó en esta investigación fue aplicada en los domicilios de los pacientes con la presencia y participación de los investigadores, previo conocimiento del consentimiento informado por parte del individuo. La autoría de esta encuesta es de las investigadoras, la cual se probó con anterioridad en pacientes usuarios de catéter urinario permanente que se encontraban hospitalizados en el servicios de urología del HCRV de Chile. Es de carácter anónimo, e incluye el número de ficha clínica, facilitando la pesquisa de aquellos pacientes que requieran intervención.

Esta encuesta consta de preguntas enumeradas correlativamente, de tipo abiertas y cerradas: dicotómicas y de respuesta múltiple, las que abarcan el ámbito sociodemográfico y la recepción de unidades educativas por parte del individuo, se incluye una pauta de cotejo de conocimiento del manejo del CUP en el domicilio, para medir el funcionamiento familiar se incorporó el cuestionario del APGAR familiar (Smilkstein, 1978) y para valorar la autovalencia de éstos el Índice de Katz (Katz y cols. 1963). Instrumentos validados a través del uso internacional de estos otorgando datos fidedignos a las diversas investigaciones. (26)

APGAR FAMILIAR.

Consiste en un cuestionario de cinco preguntas enfocadas hacia los cinco componentes de función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive, cuya finalidad es conocer si la familia es un recurso al cual puede recurrir el individuo. Existen tres categorías de respuestas: Casi nunca, A veces, Casi siempre, a lo cual se le otorga una puntuación de 0, 1, 2 respectivamente, la sumatoria final de estos ítems nos entrega tres niveles de disfunción:

- 0-3 puntos = disfunción grave
- 4-6 puntos = disfunción leve
- 7-10 puntos= familia funcional.

Se aplicó una pauta con el índice de Katz (Katz y cols, 1963) para valorar la capacidad funcional de nuestra población.

ÍNDICE DE KATZ.

Consiste en un cuestionario donde se evalúa la independencia del individuo en la realización de actividades cotidianas las cuales son: bañarse, vestirse, ir al baño, moverse de la cama a una silla, continencia de esfínter y alimentación, existiendo tres niveles: independencia, independencia parcial, dependencia total para cada actividad, donde los resultados serán los siguientes:

DEPENDENCIA LEVE

Se considera a una persona dependiente leve, aquel que no precisa ayuda o utiliza ayuda solo para un componente de la actividad

DEPENDENCIA MODERADA

Es aquella persona que requiere de asistencia para más de un componente, pero puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión.

DEPENDENCIA SEVERA O POSTRADO

Es aquella persona que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la supervisión o guía para todos los componentes de la actividad.

4.4 TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados en el programa computacional MICROSOFT EXCEL de Office 2003. Los resultados serán presentados a través de tablas y gráficos de distribución de frecuencia utilizando medidas de tendencia central.

4.5 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Sexo.	Características biológicas que diferencian a hombres y a mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
Edad.	Tiempo transcurrido entre el nacimiento hasta la realización de la encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 40 - 49 años • Entre 50 - 59 años • Entre 60 - 69 años • Entre 70 - 79 años • Mayor de 80 años.
Estado civil.	Situación civil en que se encuentra actualmente el individuo.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado o Convive • Separado • Viudo
Previsión	Sistema de prestación de salud al cual se encuentra adherido el individuo.	<ul style="list-style-type: none"> • Fonasa A • Fonasa B • Fonasa C • Fonasa D • Fonasa Prais • Isapre
Escolaridad	Nivel educacional alcanzado por el individuo.	<ul style="list-style-type: none"> • Básica completa • Básico incompleta • Media completa • Media incompleta • Superior completa • Superior incompleta • Sin educación.
Estado laboral	Actividad laboral que se encuentra	<ul style="list-style-type: none"> • Trabaja.

	realizando el individuo actualmente.	<ul style="list-style-type: none"> • Jubilado • Pensionado • Cesante
Nivel Socioeconómico	Ingreso económico que presenta el individuo.	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo (ingreso mensuales inferior a \$100.000) • Medio (ingreso mensuales entre \$100.000 y 199.000) • Alto (ingreso mensuales mayores a \$200.000)
Residencia.	Lugar físico donde reside el individuo.	<ul style="list-style-type: none"> • Casa propia • Casa arrendada • Pieza • Hogar de acogida • Campamentos • Otros (especificar lugar)
Personas con quien vive	Personas con las que convive el individuo en el lugar donde habita.	<ul style="list-style-type: none"> • Solo • Pareja (exclusivamente) • Familiares • Amigos • Otros (especificar quienes)
Red de apoyo	Vinculo afectivo del individuo hacia las personas de las cuales recibe ayuda y apoyo.	<ul style="list-style-type: none"> • Familia • Pareja (exclusivamente) • Amigos • Vecinos • Cuidador • Iglesia

Funcionamiento familiar	A través de la aplicación del APGAR familiar (Smilkstein, 1978) se obtendrá el resultado del funcionamiento familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción grave • Disfunción leve • Familia funcional.
Autovalencia	Capacidad de dar cumplimiento a sus necesidades básicas de acuerdo a índice de Katz (Katz y cols, 1963).	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia Leve • Dependencia Moderada • Dependencia Severa o Postrado.
Existencia de cuidador	Presencia de persona a cargo de otorgar los cuidados necesarios a individuos con cateterismo urinario permanente.	<ul style="list-style-type: none"> • Si (especificar quien) • No
Adherencia a controles médicos	Cumplimiento por parte del individuo a la asistencia de los controles médicos a los que ha sido citado.	<ul style="list-style-type: none"> • Mala (no asiste a dos controles consecutivos) • Regular (no asiste a un control) • Buena (Asiste a todos sus controles)
Grado de conocimiento del cuidado del catéter urinario permanente	Evaluación del conocimiento del cuidado del catéter urinario permanente por parte del individuo a través de una pauta de cotejo en base a norma existente en HCRV.	<ul style="list-style-type: none"> • Escaso: 0-4 puntos. • Regular: 5-7 puntos. • Bueno: 8 - 9 puntos. • Optimo: 10 puntos
Manejo del catéter urinario permanente	Evaluar al individuo de forma práctica (preguntas dirigidas), en relación al manejo del catéter urinario permanente.	<ul style="list-style-type: none"> • Mal • Regular • Bueno • Optimo
Motivo del uso del catéter urinario permanente	Reconocimiento que le atribuye el individuo al uso del catéter urinario permanente a través de pregunta abierta.	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce motivo • No reconoce motivo

<p>Unidad Educativa sobre el cuidado del catéter urinario permanente</p>	<p>El usuario ha recibido información específica oral y o escrita relacionadas con el manejo del catéter urinario permanente en el domicilio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sí(especificar quien) • No
<p>Lugar de recepción de unidad educativa</p>	<p>Espacio físico de recepción de unidad educativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Policlínico urología HCRV de Chile. • Subdepartamento de urología.

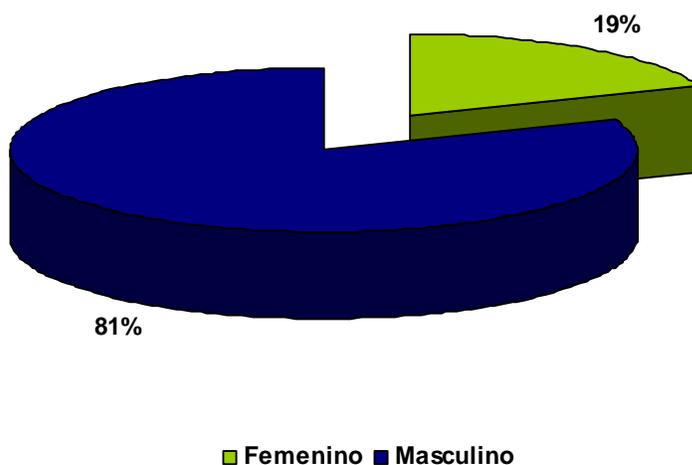
5. RESULTADOS.

La información fue recolectada a través de la aplicación de una encuesta y de la revisión de fichas clínicas de 16 pacientes usuarios de catéter urinario permanente en sus domicilios en control en el policlínico de urología del HCRV de Chile, durante el primer semestre del año 2007. Los resultados serán expuestos a través de gráficos y tablas para favorecer su comprensión, los que serán formulados según los objetivos planteados para esta investigación.

5.1 ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS.

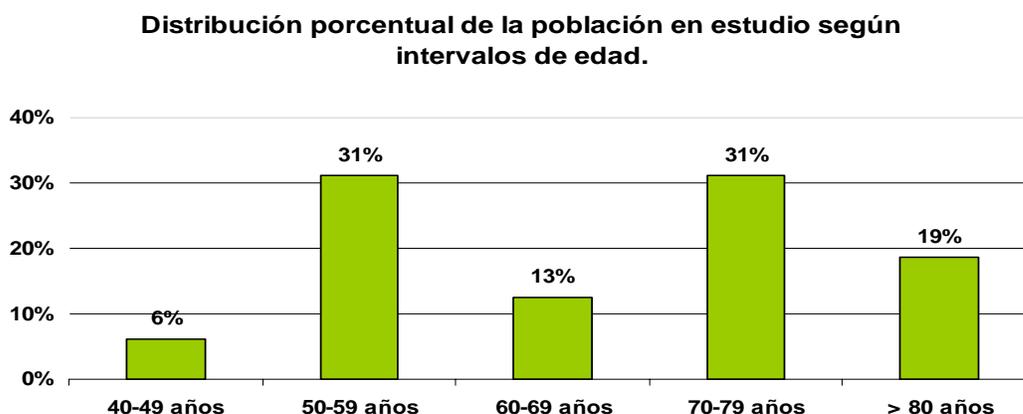
Gráfico N° 1.

Distribución porcentual de la población en estudio según sexo.



De un total de 16 pacientes, 13 de éstos son de sexo masculino y 3 de sexo femenino, lo que equivale al 81% y 19% respectivamente del total, influenciado principalmente por enfermedades de tipo prostático aumentando la prevalencia del uso de CUP domiciliario en varones.

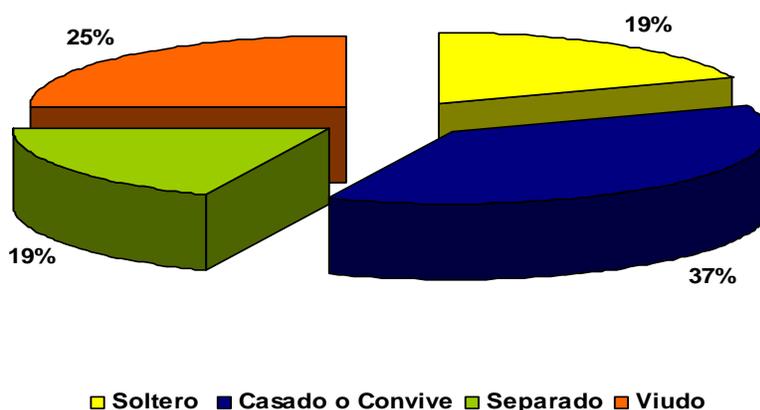
Gráfico N° 2.



Las edades del universo en estudio, fluctúan entre los 46 y 96 años, concentrándose en igual medida en los intervalos de 50-59 años y 70 -79 años en un 31%, llama la atención la incidencia del uso del CUP en pacientes menores de 60 años, lo que puede tener impacto en el nivel de autovalencia de éstos, siendo el promedio de estas edades 69,7 años, la mediana de 67,5 años y la moda de 79 años.

Gráfico N° 3.

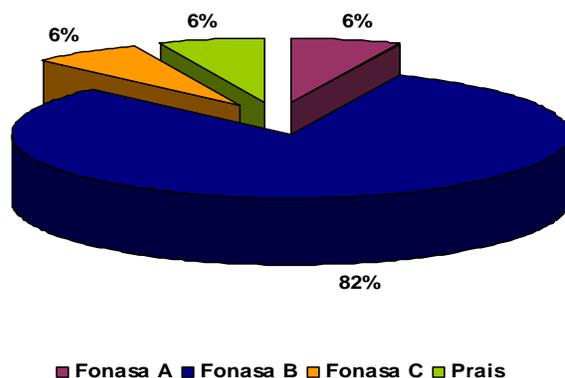
Distribución porcentual de la población en estudio según estado civil.



El estado civil del universo en estudio corresponde mayoritariamente a pacientes casados o que conviven (6), seguido por pacientes viudos (4) y los 6 pacientes restantes se dividen equitativamente entre los pacientes solteros y separados. Cabe destacar que un 53% no cuenta con el apoyo de una pareja para el manejo del CUP en el domicilio.

Gráfico N° 4.

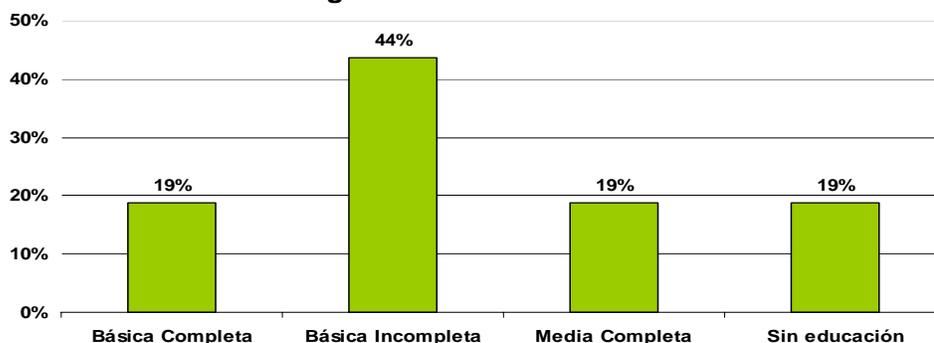
Distribución porcentual de la población en estudio según tipo de previsión a la cual se encuentra adherida.



Del universo de pacientes en estudio 13 pacientes se encuentran adheridos al sistema de previsión Fonasa B, los 3 pacientes restantes se distribuyen equitativamente en Fonasa A, Fonasa C y Prais. Tanto Fonasa D como Isapres no se vieron representados en este grupo estudio. Es decir un 88% no debe desembolsar dinero para sus atenciones de salud, por lo que no se ve afectado el ingreso mensual familiar.

Gráfico N° 5.

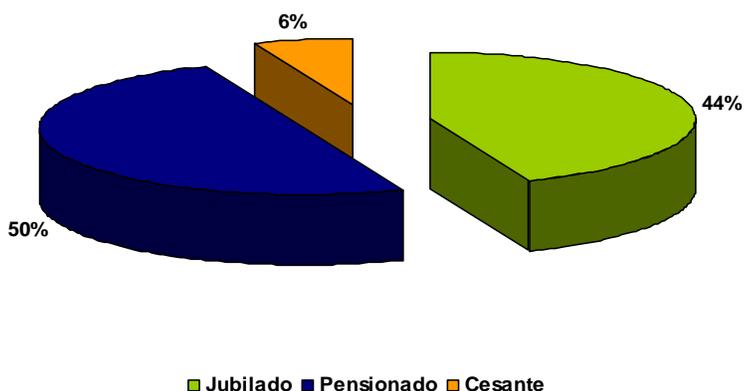
Distribución porcentual de la población en estudio según grado de escolaridad



Del total de pacientes de éste estudio, 7 de ellos alcanzan un grado de escolaridad correspondiente al nivel de básica incompleta, los 9 pacientes restantes se dividen equitativamente en los niveles de básica completa, media completa y pacientes sin educación. Arrojaron un 0% los niveles de media incompleta, superior completa y superior incompleta. Cabe destacar que la mayoría de los pacientes del estudio cuenta con enseñanza básica lo que puede ayudar a la comprensión de unidades educativas recibidas sobre el manejo del CUP en el domicilio.

Gráfico N° 6.

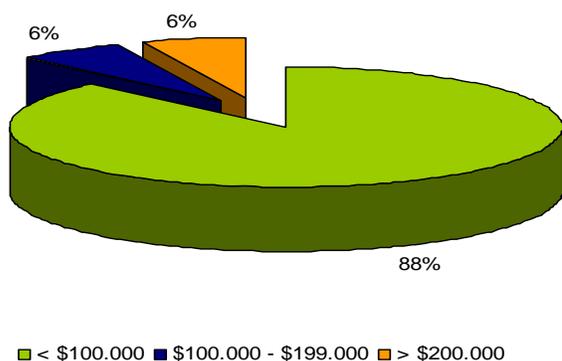
Distribución porcentual de la población en estudio según el estado laboral.



Del universo de pacientes encuestados 8 pacientes corresponden a pensionados, seguidos por pacientes jubilados (7) y el estado laboral del paciente restante es de cesantía. Actualmente ningún paciente se encuentra trabajando. Estos resultados se pueden relacionar con el manejo del CUP, ya que los pacientes realizarían menos manipulación y adaptaciones al circuito.

Gráfico N° 7.

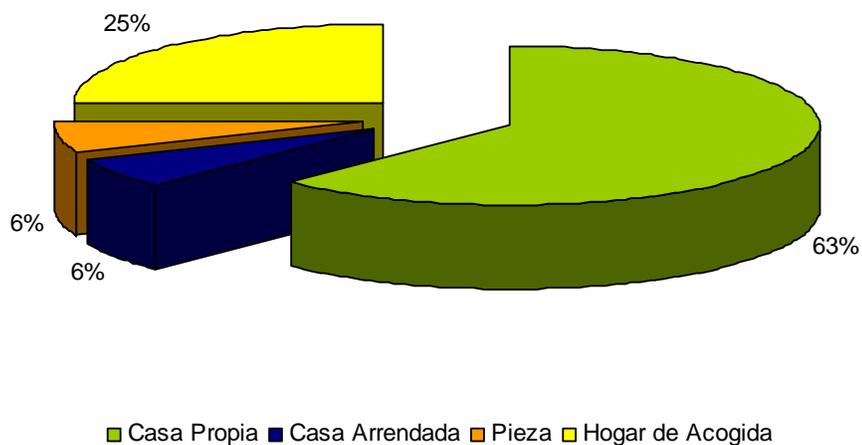
Distribución porcentual de la población en estudio según ingreso económico.



Del total de la población encuestada 14 pacientes cuentan con un ingreso económico menor a 100.000 pesos. Los 2 pacientes restantes se dividen equitativamente entre los pacientes cuyo ingreso económico fluctúa entre los intervalos de 100.000-199.000 y más de 200.000 pesos.

Gráfico N° 8.

Distribución porcentual de la población en estudio según tipo de residencia.

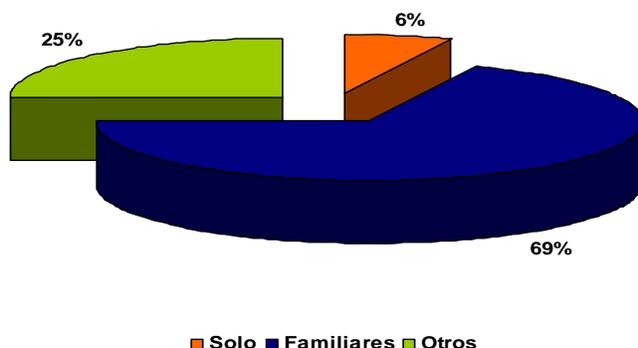


El presente gráfico nos muestra que 10 pacientes de la población en estudio residen en una casa propia, 4 en un hogar de acogida y los dos restantes se dividen equitativamente entre aquellos que viven en una pieza y los que habitan en una casa arrendada. Cabe destacar que el 25 % de la población vive sin su familia.

5.2 ANTECEDENTES FAMILIARES.

Gráfico N° 9.

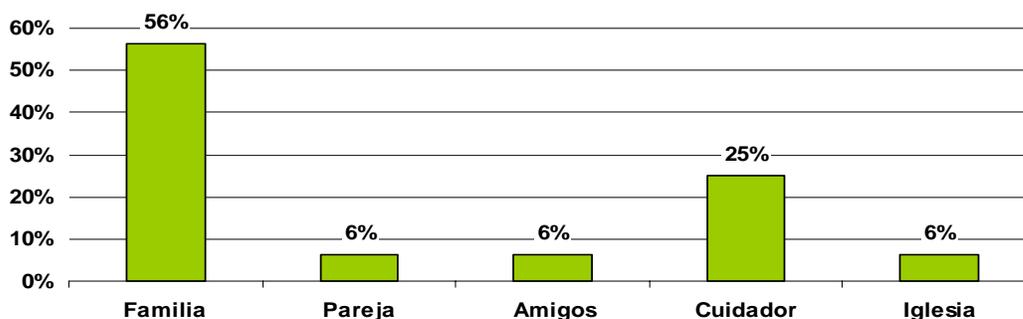
Distribución porcentual de la población en estudio según personas con quien vive.



En el presente gráfico se puede destacar que 11 pacientes de la población en estudio vive con familiares, 4 con personas que no forman parte de su familia, abarcando a los pacientes que viven en hogares de acogida y los 2 restantes viven solos, éstos datos se pueden relacionar con el mejor manejo del CUP en el domicilio.

Gráfico N° 10.

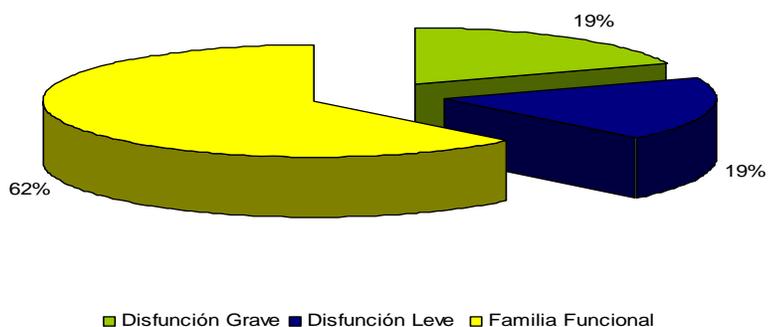
Distribución porcentual de la población en estudio según identificación de red de apoyo.



Del universo de los pacientes en estudio 9 de ellos identifican como su mayor red de apoyo a la familia, 4 a su cuidador y los 3 restantes se dividen equitativamente entre la pareja, amigos e iglesia. Los vecinos no aparecen en este grupo estudio como una red de apoyo. Estos resultados demuestran la importancia del apoyo de la familia pero los usuarios del CUP en el domicilio.

Gráfico N° 11.

Distribución porcentual de la población en estudio según funcionalidad familiar.

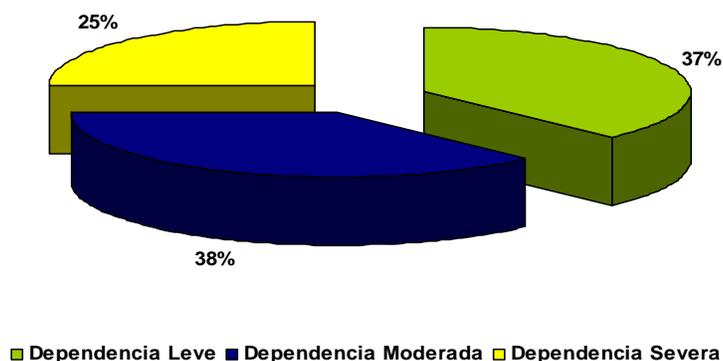


Del universo de la población en estudio 10 pacientes forman parte de familias funcionales y los 6 restantes se dividen equitativamente entre familias con disfunción leve y disfunción grave con un 19% respectivamente. Estos resultados pueden relacionarse con el apoyo y el correcto manejo del CUP en el domicilio que los pacientes pueden llegar a obtener.

5.3 CUIDADOS DEL CUP DOMICILIARIO.

Gráfico N° 12.

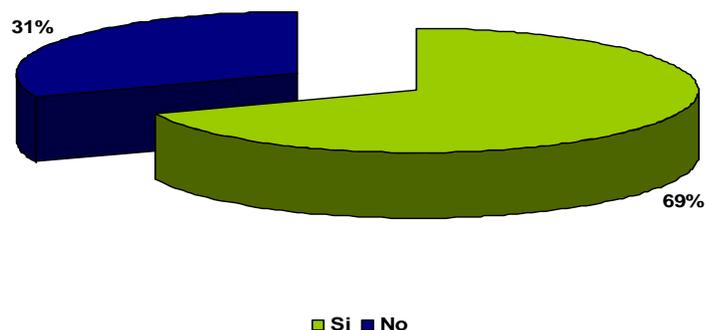
Distribución porcentual de la población en estudio según grado de autovalencia.



Del total de la población en estudio 6 pacientes tienen dependencia moderada, 5 dependencia leve y los 4 pacientes restantes presentan dependencia severa, lo que tiene directa relación con la capacidad de autocuidado del individuo.

Gráfico N° 13.

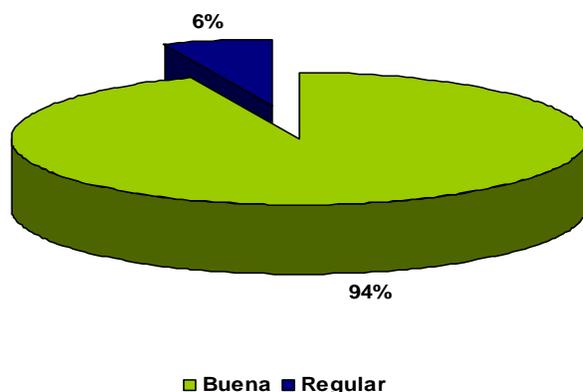
Distribución porcentual de la población en estudio según existencia de cuidador.



Del universo en estudio 11 pacientes cuentan con la existencia de cuidador y los 5 restantes carecen de uno, estos resultados nos demuestran que el contar con la presencia de un cuidador tiene relación con el grado de autocuidado y en el manejo del CUP domiciliario.

Gráfico N° 14.

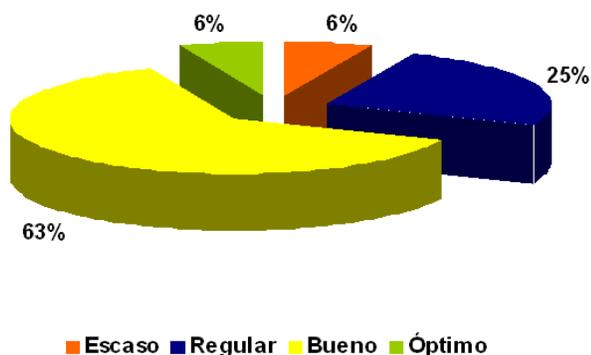
Distribución porcentual de la población en estudio según adherencia a controles.



Del total de la población en estudio 15 pacientes presentan buena adherencia a sus controles en el policlínico de urología, el paciente restante regular adherencia a éstos, mientras que la alternativa de mala adherencia arrojó un 0%. Cabe mencionar que la buena adherencia a controles favorece a la continuidad de cuidados, entrega de unidades educativas y al correcto manejo del CUP domiciliario.

Gráfico N° 15.

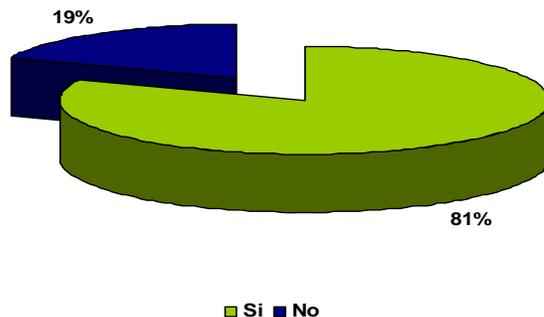
Distribución porcentual de la población en estudio según grado de conocimiento y manejo del catéter urinario permanente por parte del usuario.



Llama la atención que del universo de la población en estudio sólo un paciente posee un óptimo conocimiento y manejo del CUP domiciliario no obstante la gran mayoría (10) tienen un buen conocimiento y manejo de éste, lo que se relaciona directamente con la finalidad del estudio.

Gráfico N° 16.

Distribución porcentual de la población en estudio según reconocimiento de motivo de uso del catéter urinario permanente.

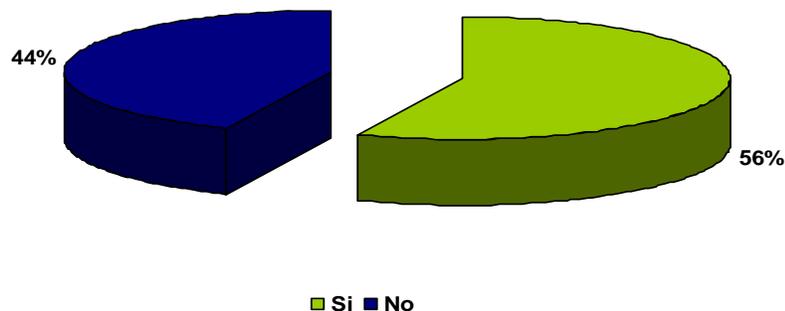


Este gráfico nos muestra que del total de la población 13 pacientes reconocen el motivo por el cual utiliza catéter urinario permanente en sus domicilios y los 3 restantes no reconocen motivo. Cabe destacar que el reconocer el motivo del uso del CUP en el domicilio, ayuda a reconocer la importancia del correcto manejo de éste.

5.4 RECEPCIÓN DE EDUCACIÓN.

Gráfico N° 17.

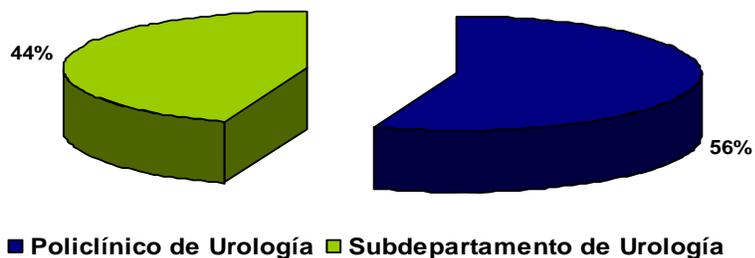
Distribución porcentual de la población en estudio según recepción de unidad educativa sobre el cuidado del catéter urinario permanente.



Del total de la población en estudio 9 pacientes recibieron unidades educativas sobre el cuidado y manejo del catéter urinario a permanencia en sus domicilios, los 7 restantes no han recibido éstas unidades educativas. Cabe destacar que a pesar de ser una población pequeña prácticamente la mitad nunca ha recibido una unidad educativa con respecto al manejo del CUP domiciliario.

Gráfico N° 18.

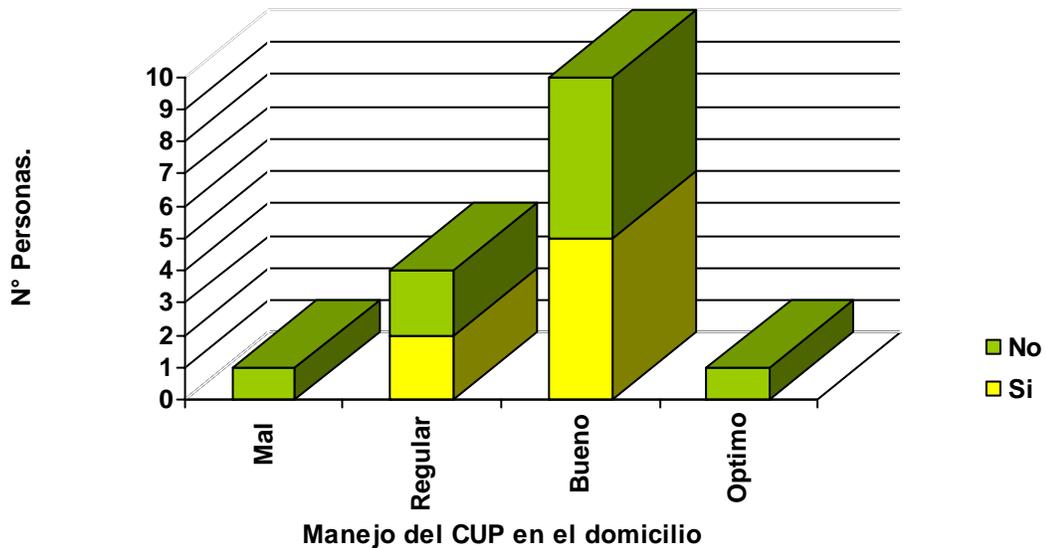
Distribución porcentual de la población en estudio según el lugar donde le fue otorgada la unidad educativa sobre el cuidado del catéter urinario permanente.



Este gráfico nos muestra que de la totalidad de pacientes que recibieron unidades educativas sobre los cuidados y el manejo del catéter urinario permanente en el domicilio, 5 pacientes la recibieron en el policlínico de urología del HCRV, los 4 restantes en el subdepartamento de urología del mismo centro hospitalario.

Gráfico N 19.

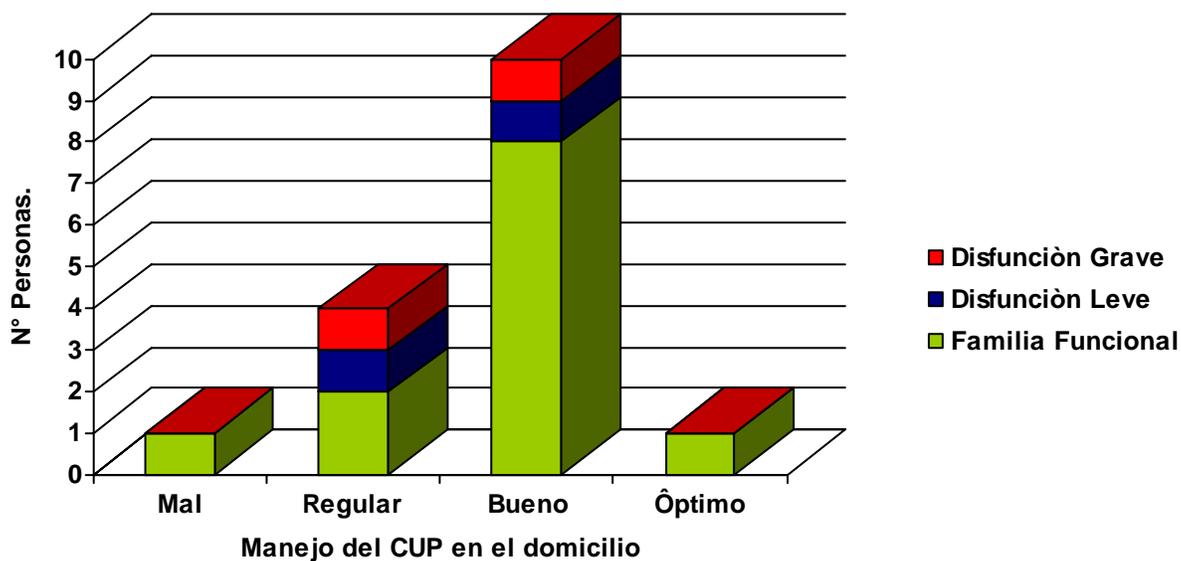
Distribución numérica de la población, según manejo del CUP en el domicilio y recepción de unidad educativa.



Sólo un paciente cuenta con un mal manejo y conocimiento del CUP domiciliario el cuál refiere nunca haber recibido educación sobre sus cuidados, 4 pacientes poseen un regular manejo y conocimiento del CUP domiciliario dividiéndose equitativamente entre los que si han recibido educación y los que no la han recibido. La mayoría de los pacientes (10) mantienen un buen manejo y conocimiento del CUP domiciliario los cuales también se dividen en un 50% según el haber y no recibido educación. Sólo un paciente mantiene un óptimo manejo y conocimiento, el cuál cuenta con ayuda de un cuidador, refiriendo no haber recepcionado ninguna educación y que el manejo lo realiza su cuidador con información recolectada por este, con el fin de asegurar su salud y evitar sus complicaciones. El 100% de los pacientes que si han recibido educación refieren de que estas han sido exclusivamente oral al momento de la instalación del CUP domiciliario. Este gráfico nos muestra que las unidades educativas recibidas por los pacientes no cumplen el objetivo de que éstos mantengan un correcto manejo del CUP en el domicilio.

Gráfico N° 20.

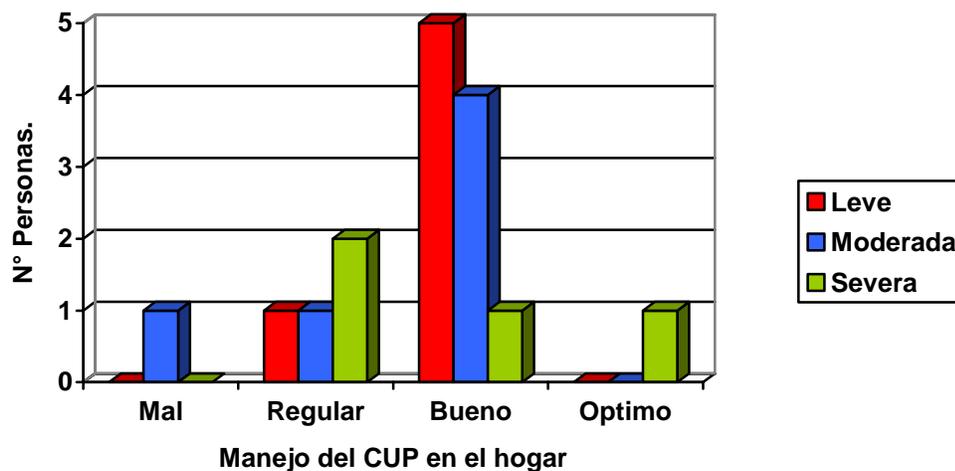
Distribución numérica de la población según el manejo del Cup en el domicilio y el funcionamiento familiar.



Este gráfico nos muestra que la mayoría de los pacientes del grupo estudio cuentan con una familia funcional y tienen un buen manejo del CUP en el domicilio, el único paciente que tiene un óptimo manejo posee una familia funcional, por lo que se debería trabajar con ésta para el logro de un mejor manejo del CUP en el domicilio. Cabe destacar que la existencia de disfunción familiar leve y grave no tiene mayor impacto en la realización de los cuidados del paciente usuario del CUP.

Gráfico N° 21.

Distribución numérica de la población en estudio, según grado de autovalencia y manejo del CUP en el hogar



Del universo de la población en estudio, los pacientes con dependencia leve y moderada se presentan en un 37.5% respectivamente y los pacientes con dependencia severa en un 25%. El 100% de los pacientes con un mal manejo del CUP domiciliario, presentan dependencia moderada en su autovalencia. De los pacientes que poseen un regular manejo del CUP en el domicilio, 25% presenta dependencia leve, 25% dependencia moderada y 50% dependencia severa. De los pacientes que cuentan con un buen manejo del CUP en el domicilio, El 50% presenta dependencia leve, 40% dependencia moderada y 10% dependencia severa. El 100% de los pacientes que presentan un óptimo manejo, se encuentran con un grado de autovalencia de dependencia severa. Este gráfico nos muestra que no existe directa relación entre el grado de autovalencia del paciente y el manejo del CUP en el domicilio.

Tabla N°1.

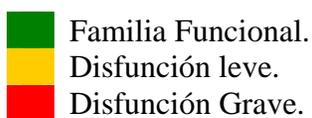
Distribución por paciente según unidad educativa, funcionamiento familiar, autovalencia y manejo del CUP del grupo estudio.

Paciente	Unidad educativa	Funcionamiento familiar	Autovalencia	Manejo del CUP en el domicilio
1	Red	Verde	Verde	Marrón
2	Verde	Red	Red	Amarillo
3	Verde	Verde	Amarillo	Marrón
4	Red	Verde	Red	Amarillo
5	Verde	Amarillo	Amarillo	Marrón
6	Verde	Red	Amarillo	Amarillo
7	Red	Verde	Verde	Marrón
8	Red	Verde	Red	Verde
9	Red	Verde	Amarillo	Marrón
10	Verde	Amarillo	Verde	Marrón
11	Verde	Red	Verde	Marrón
12	Verde	Verde	Amarillo	Marrón
13	Red	Amarillo	Verde	Amarillo
14	Red	Verde	Red	Marrón
15	Red	Verde	Amarillo	Red
16	Red	Verde	Amarillo	Marrón

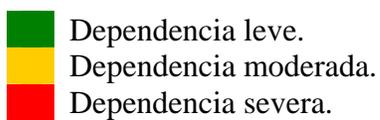
Unidad Educativa



Funcionamiento familiar



Autovalencia



Manejo del CUP en el domicilio



Esta tabla nos muestra que más del 50 % del grupo estudio no recibió unidades educativas, a pesar de esto más de la mitad de la población tiene un buen manejo del CUP en el domicilio, sólo un paciente tiene un óptimo manejo el cual no recepcionó unidades educativas.

Un sólo paciente alcanza el óptimo manejo del CUP en el domicilio, la mayoría de la población en estudio cuenta con una familia funcional, por lo que se puede visualizar como una herramienta de logro en el mejoramiento del manejo.

No existe relación entre el grado de autovalencia del grupo de estudio y el manejo del CUP que tienen éstos.

Se puede concluir que aunque la población en estudio es pequeña no se esta cumpliendo con el rol de educación por parte de enfermería, todo los pacientes que no recibieron educación cuentan con el apoyo de una familia con la que se debería trabajar para el mejor logro de los cuidados de los individuos, relacionándose con el grado de autovalencia de éstos, ya que a pesar de que algunos presentan cierta dependencia esto no se ve reflejado en el manejo del CUP en el domicilio, lo que a su vez se podría ver influenciado por la motivación de búsqueda de información por cada uno de ellos.

Por esta situación como propuesta dentro de las acciones de enfermería cabe mencionar la realización efectiva de las unidades educativas programadas a los pacientes, las que podrían llevarse a cabo en conjunto con los familiares y/o cuidador para que exista un refuerzo de la información entregada, a través de estrategias acorde a la realidad de cada uno de ellos.

6. DISCUSIÓN.

El uso de CUP domiciliario de los pacientes que se controlan en el policlínico de urología del HCRV de Chile corresponde a 16 pacientes, donde un 81% son hombres y un 19% son mujeres (Gráfico N°1), la población masculina, es mas elevada por la incidencia de afecciones como el adenoma prostático, ya que a los 60 años alrededor del 50% de los hombres presentan algún síntoma de esta afección y un 50% de ellos requieren algún tipo de tratamiento según estudios realizados por la Clínica Alemana de Santiago de Chile en el año 2002. En España la prevalencia de usuarios de CUP en el domicilio fue cifrada entre un 0,02 y 0,07% a través de un estudio realizado por Martinez y Mensa en el año 2005, lo que representa a un número considerable de esta población.

La edad promedio de la población en estudio es de 70 años, con un rango que fluctúa entre los 46 y 90 años, concentrándose mayoritariamente en los intervalos de 50-59 años y 70-79 años con un 31% respectivamente (Gráfico N°2), relacionándose con la edad de manifestaciones de alteraciones urológicas que corresponde a los 50 años según Asociación Española de Urología año 2003, lo que nos muestra que el uso del CUP en el domicilio no afecta solo a ancianos en los cuales podría un mal manejo influir aún más en su condición de salud, sino que también a personas de menor edad, que a la vez de existir un impacto en salud, también repercute en su ámbito laboral, de pareja y familiar, con lo cual el personal de enfermería debe a través de un enfoque holístico otorgar las herramientas necesarias para fomentar el autocuidado.

El 44% de la población en estudio presenta nivel de escolaridad de básica incompleta (Gráfico N°5). Lo que refleja la realidad nacional de estos grupos etarios según la encuesta CASEN 2007. El nivel educacional de los pacientes cumple un importante rol, ya que esta variable en diversas ocasiones condiciona al personal de salud en la entrega de indicaciones del cuidado domiciliario, ya que suelen considerar que los pacientes no serán capaces de comprender y llevarlas a cabo. Mediante la investigación realizada, acudimos a los hogares de los pacientes corroborando de que si bien solo un 6% alcanza un óptimo manejo y conocimiento de los cuidados del CUP, un 63% presenta un buen manejo y conocimiento del CUP domiciliario (Gráfico N°16), refiriendo los usuarios o sus respectivos cuidadores que cumplen con todas las indicaciones que han recibido sobre sus cuidados, aquellos que no han recibido educación (56% de los pacientes), algunos han buscado información a través de diferentes medios (Internet, en usuarios de CUP, libros) y otros lo hacen como ellos creen que deben hacerlo (Gráfico N°18).

El 88% de los pacientes cuentan con un ingreso económico inferior a \$100.000 (Gráfico N°7), destacando en un 50% los pacientes jubilados, no hay pacientes con trabajo en esta investigación (Gráfico N°6), un estudio realizado en España por Farmaindustria el año 2004 revela que el 22% de los pacientes crónicos reconoce que su condición de salud afecta a su estado laboral. El 94% de los pacientes presentan buena adherencia a controles, asistiendo a la totalidad de éstos (Gráfico N°15), al relacionarlo con un estudio de Tellez 2004 es un factor protector que se debe mantener dentro de los pacientes crónicos teniendo un impacto en su calidad de vida.

El sistema previsional en el que se encuentran es principalmente Fonasa tipo B con un 82% (Gráfico N°4), lo que se puede relacionar con el ingreso económico de los pacientes anteriormente mencionados y refleja la realidad de los usuarios del sistema de salud público del país, según encuesta CERC 2007 el 64% de la población se encuentra afiliada a FONASA.

De la población en estudio un 37% son casados o conviven (Gráfico N°3), un 63% reside en casa propia, no obstante un 25% vive en hogares de acogida (Gráfico N°8), la mayoría cuenta con familias funcionales (Gráfico N°11), donde reconocen a su grupo familiar como su mayor red de apoyo (Gráfico N°10), relacionándose a que un 69% vive con sus familias (Gráfico N°9), lo que nos evidencia de que la mayoría de los pacientes no se encuentran abandonados, factor importante de considerar cuando se planifican unidades educativas, con el fin de asegurar la continuidad de los cuidados en el hogar, ya que la familia funcional se transforma en un ente activo para dar satisfacción a las necesidades de sus miembros según Martínez, J & Mensa, J (2005).

Actualmente sólo un 44% de los pacientes o de sus cuidadores refiere haber recepcionado algún tipo de instrucción (Gráfico N°18) y nadie refirió haber recibido información escrita, ya que la información obtenida sólo fue de carácter oral, reconociendo el olvido de muchas de las indicaciones por el nerviosismo en el momento de la instalación del CUP, por lo cual todo el grupo estudio refiere la necesidad de contar con instrucciones por escrito. De la población que recepcionó educación un 57% fue por parte del personal que trabaja en el policlínico de urología del HCRV y el 43% restante del personal del servicio de urología del mismo hospital, durante el transcurso de alguna hospitalización (Gráfico N°19). Estos resultados se contraponen a la evidencia que nos muestra un estudio realizado en Brasil por Melo de Souza, Wegner y Pinto, 2007, donde se demuestra la importancia que tiene la educación en salud en la mantención y/o mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y de como enfermería debe asumir la responsabilidad de la entrega y de búsqueda de estrategias en este ámbito.

El 81% de la población en estudio reconoce saber el motivo por el cual usa CUP en el domicilio (Gráfico N°17), lo que genera que el paciente le otorgue un grado mayor de

importancia al identificar su utilización a favor de su salud, ocasionando un mayor interés en la práctica del autocuidado.

Un 38% de la población en estudio se encuentra con dependencia moderada en su autovalencia, seguido en un 37% por paciente con dependencia leve, medido a través del Índice de Katz (Katz y cols.1963) (Gráfico N°12), lo que refleja la tendencia de los pacientes ambulatorios según Sandoval y Varela 1998; teniendo directa relación con el grado de independencia de acciones y actividades cotidianas para la obtención de logros en sus cuidados que requiere su situación de salud. La mayoría (69%) cuenta con el apoyo de un cuidador, tanto para la realización parcial o total de sus cuidados (Gráfico N°13). La existencia de cuidador y el trabajo que enfermería puede realizar con ellos es fundamental obteniendo mejores resultados en el manejo y conocimiento del CUP domiciliario.

En el policlínico de urología del HCRV de Chile, la instalación del CUP es realizada por el personal auxiliar, por no existir un profesional de enfermería que cumpla con labores asistenciales, lo que según estudios realizados por el Ministerio de Salud de Chile en el año 2007 sobre la prevención de la infección asociada al uso de catéteres urinarios permanentes en adultos, la tasa de bacteriuria es de 38,8% menor cuando estos son instalados por enfermeras. Este estudio no reveló mayor incidencia en hospitalizaciones por presencia de infecciones urinarias, teniendo en consideración el uso de profilaxis antibiótica para su prevención en todo el grupo estudio.

Al momento de encuestar a los usuarios de CUP domiciliario, descubrimos que existe otra modalidad del uso del CUP, fuera del reconocido por el comité de infecciones intrahospitalarias del HCRV de Chile, (circuito cerrado del catéter urinario más bolsa recolectora), que consiste en la implementación de un tapón estéril entregado al momento de la instalación del catéter por parte del personal del policlínico de urología de este hospital, el cual es ofrecido como elección por parte del personal al momento de instalación del CUP, donde los pacientes desconectan el tapón al sentir deseo de orinar o según las veces recomendadas, evitando la utilización de la bolsa recolectora, la totalidad de estos pacientes menciona estar satisfechos con esta elección, debido que mantienen en privado la utilización del CUP domiciliario y lo consideran más fácil de manejar; estudios realizados por Shapiro (1984) constató que la tasa de bacteriuria aumenta de 20% a sobre un 40% si se desconecta el catéter del sistema de drenaje llegando sobre un 60% si las desconexiones son frecuentes.

7. CONCLUSIONES.

Esta investigación nos permitió un mayor conocimiento de los pacientes usuarios de CUP domiciliario que se controlan en el policlínico de urología del HCRV de Chile, pudiendo así determinar la relación existente entre la recepción de unidades educativas, funcionamiento familiar y el grado de autovalencia con el manejo de este circuito.

Si bien el uso de este tipo de catéter es una alternativa eficaz de tratamiento necesita un adecuado manejo para la prevención de complicaciones tanto en el ámbito de la salud como en el ámbito psicológico, ya que el uso del CUP domiciliario influye en las relaciones personales, de pareja, familiares y sociales, donde educación toma un rol importante, destacándose de los resultados que el 56 % de la población no ha recibido unidades educativas lo que pone de manifiesto la escasa intervención del rol educativo existente en enfermería, no obstante estos muestran un buen manejo del CUP en el domicilio debido a que los individuos manifiestan preocupación por su estado de salud e inquietud por ser gestores activos de su cuidado, no importando el grado de autovalencia que ellos presentan (25 % dependencia severa), lo que se reflejó en la buena adherencia a controles médicos (94%) y en el interés por la adquisición de conocimientos sobre su condición de salud, creándose así instancias propicias para la existencia de un acercamiento de los profesionales de la salud con la población.

El enfoque de la atención de enfermería debe ir más allá de lo exclusivamente hospitalario, dando un giro hacia el individuo y su entorno, permitiendo la continuidad de los cuidados en la comunidad, donde toma importancia la identificación de una red de apoyo y el grado de funcionalidad familiar existente, donde una de las características de la población de estudio fue el reconocimiento de la familia como pilar fundamental, 56 % la identificó como su mayor red de apoyo y el 62 % cuenta con una familia funcional, cuyos pacientes en su mayoría muestran un buen manejo del CUP en el domicilio. Esta condición permitiría crear un trabajo en conjunto familia –paciente- enfermera con la finalidad de la entrega de las herramientas necesarias para la mantención y/o mejoramiento de la calidad de vida.

Se vio reflejado en este estudio que la recepción de unidades educativas y el funcionamiento familiar tienen directa relación con el buen manejo del CUP en el domicilio, cabe mencionar que aunque los pacientes no hayan recibido unidades educativas por parte de los profesionales de la salud, estos buscan la información necesaria para llevar a cabo los cuidados que requiere; no así el grado de autovalencia dado que aquellos que presentan

dependencia severa no poseen un mal manejo del CUP en el domicilio, pudiendose destacar que el 94 % de la población cuenta con un cuidador.

Esta investigación aporta datos científicos y permite una mayor conocimiento de la población mostrando un gran desafío para los profesionales de enfermería con el cumplimiento del rol de educación dado que este estudio nos demostró que no se están utilizando las propias condiciones que tienen los individuos como lo son la presencia de una familia funcional, la identificación de una red de apoyo y a la vez las ganas e interés de aprendizaje independiente del grado de autovalencia para la generación de instancias y estrategias para la entrega de unidades educativas dirigidas a las necesidades que éstos presentan, se debería favorecer la creación de líneas de intervención, promoviendo en un futuro no muy lejano abrir una puerta para nuevas investigaciones que puedan impactar directamente sobre el mejoramiento del manejo del CUP en el domicilio para lo cual la difusión de los resultados cumple un rol importante, por lo que se le hará entrega de la información obtenida a la enfermera jefe del policlínico de urología HCRV, para que de esta forma el personal de salud tenga un mayor conocimiento de la realidad de la población con la que trabaja, a su vez, publicar los resultados favorecerá el acceso de la información a todos los interesados en este tema y a diversos centros de salud ligado a la atención de este tipo de pacientes. Para los estudiantes de enfermería será una base de datos objetiva con lo que podrá encontrar en este tipo de pacientes una población dispuesta a trabajar en conjunto en el mejoramiento de su condición de salud.

8. BIBLIOGRAFÍA.

LIBROS:

(26)Badia X; Salamero M y Alonso J (1999).*La Medida de la Salud, guía de escalas de medición en español* .Barcelona, España, 2ª ed, Pp 27, 78.

(10) Bruner y Suddarth. (2005). *Enfermería Medico Quirúrgico*. México, D.F. Ed. Mc Graw Hill, 10a ed, Pp22-23, 1409-1411.

(21)Gobierno de Chile.Ministerio de Salud. (2007). Prevención de la infección asociada al uso de catéteres urinarios permanentes en adultos. Santiago. (Inédito).

(25) Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw – Hill Interamericana. Pp 705.

(2) Marriner, A. (1999). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid, España: Trad. Por Diorki Servicios Integrales de Edición, 4ta ed, Pp 267 – 299.

(24)Pineda, E; Alvarado, E y De Canales, F (1994). *Metodología de la investigación*. OPS 2a ed, Cap 4 - 6.

(9) Potter, P; Perry, A.G.(1996) *Fundamentos de Enfermería: Teoría y Práctica*. Madrid, España: Ed. Mosby, Cap.14.

(7) Rosas,C. (2003). *Enfermería y Educación*. Valdivia, Chile. Instituto de Enfermería, Universidad Austral de Chile (Inédito).

(6) Serrano, M. (2002). *La educación para la salud del siglo XXI, Comunicación y salud*. Madrid, España: 2ª ed, Cap.2.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS:

(1) Araya, A & Piwonka, M.A (2000), *Manual de geriatría y gerontología*. Consultado el 13 de abril de 2007,

<http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/CuidadosEnfermería.pdf>

(15) Asociación de urología española (2003), *Problemas urológicos*. Consultado el 27 de octubre de 2007

http://www.asociaciondeurologos.com/pu_cancer.htm

(12) Bellón, JA & cols.(1996), *Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar. Apgar-familiar*. Consultado el 25 de octubre de 2007,

http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go_fulltext_o_resumen?esadmin=si&pid=14357

(16) Fundación Farmaindustria (2004), *El paciente en España*. Consultado el 27 de octubre de 2007

http://www.farmaindustria.es/Index_secundaria_pacientes.htm

(14) Hormazabal, J & cols. (2003), *Funcionamiento familiar de trabajadores-jefes de hogar en un sistema de turnos*. Consultado el 25 de octubre de 2007

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532004000100004&script=sci_arttext

(13) Instituto interamericano del niño, niña y adolescentes. (2005), *Concepto de Familia*. Consultado el 26 de octubre de 2007,

http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2012_UT_1.PDF

(3) Lange, I & cols. (2006), *Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria*. Consultado el 25 de octubre de 2007,

<http://pwr-chi.bvsalud.org/dol/docsonline/get.php?id=233>

(20) Leon, J (2004). *Norma N° 5: Normas de prevención de infección urinaria asociada al uso de catéteres urinarios*. Consultado el 14 de abril de 2007,

http://www.ssvdivia.cl/normas_iih/norma_05.doc

(22) Martínez, J & Mensa, J (2005), *Infección urinaria asociada a catéteres urinarios en la comunidad*. Consultado el 15 de abril de 2007, <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevistafulltext?pid=13091449>

(11) Megret, A & cols. (2002), *Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente*. Consultado el 25 de octubre de 2007, <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v18n1/enf08102.pdf>

(8) Melo de Souza, Wegner & Pinto.(2007), *Educación en Salud una estrategia de cuidado al cuidador lego*. Consultado el 25 de octubre de 2007. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/es_v15n2a22.pdf

(23) Neil, D & Sherman, M.D (2006), *Infección del tracto urinario asociada al uso de catéteres*. Consultado el 14 de abril de 2007, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000483.htm>

(18)Potenziani, J (2006), *Del mundo antiguo al siglo XIX, Historia de la Urología*. Consultado el 15 de abril de 2007, <http://vitae.ucv.ve/?module=articulo&rv=6&n=196>

(5) Reyes, A & cols.(2000), *Formación e investigación en enfermería gerontogeriatrica en Chile*. Consultado el 26 de octubre de 2007, <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Geriatria/FormacionInvest.html>

(17) Tellez, A.(2004), *Prevención y adherencia: Dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas*. Consultado el 25 de octubre de 2007, www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004001200001&script=sci_arttext-22k

(4) Uribe, T.(1999), *El autocuidado y su papel en la promoción de la salud*. Consultado el 25 de octubre de 2007, <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm>

(19) Walsh, N (2006). *¿Qué es un catéter permanente o sonda Foley?*. Consultado el 14 de abril de 2007, http://www.greenhosp.org/pe_pdf_espanol/genmed_foley.pdf

- Normas A.P.A para citar información bibliográfica (2006). Consultado el 30 de abril de 2007, <http://www.capitaleemocional.com/apa.htm>

ANEXO N° 1
Instrumento de recolección de datos.

Encuesta a usuario de cateterismo urinario permanente.

Nº de Ficha clínica: _____

Fecha: ___/___/___

1.-Sexo: a) Femenino___ b) Masculino___

2.-Edad: ___ años

3.- Escolaridad:

a) Básica completa	
b) Básica incompleta	
c) Media completa	
d) Media incompleta	
e) Superior completa	
f) Superior incompleta	
g) Sin educación	

4.-Estado Civil:)

a) Soltero(a)	
b) Casado(a) o Convive	
c) Separado(a)	
d) Viudo(a)	

5.-Previsión:

a) Fonasa A		e) Fonasa Prais	
b) Fonasa B		f) Isapre	
c) Fonasa C		g) Sin previsión	
d) Fonasa D		h)Otros especificar	

6.-Estado Laboral:

a) Trabaja	
b) Jubilado	
c) Pensionado	
d) Cesante	

7.-Ingreso económico:

a) Menor \$ 100.000	
b) Entre \$100.000 y 199.000	
c) Mayor a \$200.000	

8.-Residencia.

a) Casa propia	
b) Casa arrendada	
c) Pieza	
d) Hogar de acogida	
e) Campamentos	

9.-¿Con quién vive usted?

a) Solo	
b) Pareja	
c) Familiares especificar	
d) Amigos	
e) Otros especificar	

10.- ¿Cuenta usted con una persona que lo ayude a realizar los cuidados del catéter urinario permanente?

a) Si ___ especificar quién _____

b) No___

11.-¿Cuál es el motivo por lo que usted tiene un catéter urinario permanente?

12.-¿Ha recibido usted educación sobre el cuidado en el domicilio del catéter urinario permanente?

a)Si ___ ¿Dónde?_____

b)No___

13.-Grado de manejo del catéter urinario permanente en el domicilio.

Marque con una X la alternativa correcta.

Pregunta	Respuesta	Correcto	Incorrecto
1.-¿Usted en que momento se lava las manos?			
2.-¿Cuántos aseos genitales usted se realiza diariamente?			
3.-¿Qué utiliza usted para secarse después de realizarse los aseos genitales?			
4.-¿Dónde usted fija su catéter urinario?			
5.-¿Usted evita tirar la sonda?			
6.-¿A que nivel de su cuerpo usted mantiene su catéter urinario?			
7.-¿Usted que precauciones tiene al vaciar la bolsa recolectora?			
8.-¿Evita usted que la sonda y la manguera de la bolsa recolectora se doble?			
9.-¿Usted en que momentos desconecta el			

catéter urinario de la bolsa recolectora?			
10.-¿Cuántas veces Usted vacía la bolsa recolectora?			

Criterios de evaluación

Nº de pregunta	Si el paciente refiere:	Se considerará la respuesta:
1	Lavarse las manos antes de manipular el sistema.	Correcta
2	Realizarse a lo menos dos aseos genitales	Correcta
3	Utilizar un paño limpio y seco de uso exclusivo para este fin.	Correcta
4	Fijar su catéter urinario en el muslo.	Correcta
5	Evitar traccionar su sonda.	Correcta
6	Mantener el catéter urinario por debajo del nivel de la vejiga.	Correcta
7	Evitar que la manguera de la bolsa recolectora toque el recipiente que recibe la orina.	Correcta
8	Evitar que la sonda y la manguera de la bolsa recolectora se doble.	Correcta
9	Que no desconecta el catéter urinario de la bolsa recolectora.	Correcta
10	Vaciar la bolsa recolectora mínimo tres veces al día.	Correcta

Puntajes: 1 punto por cada alternativa correcta.

0 - 4 = Mal manejo.

5 - 7 = Regular manejo.

8 - 9 = Buen manejo.

10 = Óptimo manejo.

14.-Grado de cohesión familiar

Cuestionario de función familiar APGAR/ familiar (Smilkstein, 1978)

Marque con una X la alternativa que le parezca más correcta.

	Casi Nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tiene en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en Conjunto en casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			

Resultados: Puntos: 0 1 2

0-3 = disfunción grave

4-6 = disfunción leve

7-10= familia funcional

15.- Red de apoyo.

Del listado que se le presenta marque con una X la alternativa que corresponda a su mayor red de apoyo.

Familia	
Pareja (exclusivamente)	
Amigos	
Vecinos	
Cuidador	
Iglesia	

16.- Valoración de las actividades de la vida diaria.

Índice de Katz (Katz y cols, 1963).

Marque con una X la alternativa que lo represente de mejor manera.

<i>Actividades básicas de la vida diaria</i>	<i>DEPENDENCIA LEVE</i>	<i>DEPENDENCIA MODERADA</i>	<i>DEPENDENCIA SEVERA O POSTRADO</i>
<i>Bañarse</i>	Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para lavarse alguna parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda.	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, y/o recibe ayuda para entrar y salir de la bañera.	Totalmente incapacitado para darse un baño por él mismo.
<i>Vestirse</i>	Coge la ropa y se viste completamente, o recibe exclusivamente ayuda para atarse los zapatos.	Recibe ayuda para coger la ropa y/o vestirse completamente.	Totalmente incapacitado para vestirse por si mismo.
<i>Usar el inodoro</i>	Va al inodoro, se limpia y se ajusta la ropa.	Recibe ayuda para acceder al inodoro, limpiarse ajustarse la ropa y/o recibe ayuda en el uso del orinal.	Totalmente incapacitado para usar el inodoro.
<i>Trasladarse</i>	Se levanta y se acuesta, se incorpora y sienta de manera independiente.	Recibe ayuda personal o mecánica para realizar estas funciones.	Totalmente dependiente para levantarse o acostarse o para incorporarse o sentarse o ambas.
<i>Continencia</i>	Controla completamente la micción y defecación.	Incontinencia en la micción y/ defecación, parcial o total, o necesita control parcial o total por enema, sonda o uso reglado de orinales.	Depende totalmente de pañal, sonda o colostomía.
<i>Alimentarse</i>	Sin ayuda	Necesita ayuda para comer o necesita ayuda sólo para cortar carne o untar el pan.	Es alimentado por otra persona, por sonda o por vía parenteral.

Criterios de evaluación.

Dependencia Leve.	Se considera a una persona dependiente leve, aquel que no precisa ayuda o utiliza ayuda sólo para un componente de la actividad.
Dependencia Moderada.	Es aquella persona que requiere de asistencia para más de un componente, pero puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión.
Dependencia severa o postrado.	Es aquella persona que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la supervisión o guía para todos los componentes de la actividad.

ANEXO N° 2
Consentimiento Informado.



Universidad Austral de Chile

Escuela de Enfermería

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

ESTUDIO: “Cuidados del catéter urinario a permanencia en pacientes del Policlínico de Urología del Hospital Clínico Regional Valdivia.”

AUTORAS: *Paulina Fischer Denis.*
Paulina Toledo Droppelmann.

- He recibido la información y se me ha invitado a ser parte de un estudio sobre los cuidados del catéter urinario permanente en el domicilio de los usuarios que se controlan en el policlínico de urología del Hospital Clínico Regional Valdivia.
- Al cumplir con las características y requisitos de este estudio, se me ha solicitado mi consentimiento para la participación de éste.
- Se me ha explicado claramente en que consiste este estudio y se me ha dado toda la libertad de realizar las consultas en relación a este.
- Me comprometo voluntariamente a proporcionar toda la información requerida para la realización de este estudio, teniendo conocimiento de que esta es de carácter confidencial, anónimo y que será utilizada exclusivamente para este estudio.

YO _____, otorgo mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma

Firma de Tesistas

Fecha: _____