

M.C. Madico Cerezo
C. Simón Simón
M. Pamias Muñoz¹
M.T. Alcántara Romanillos
I. Terrado Agustí
P. Biada Canales

DUE asistencial.

¹Supervisora. Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Cirugía General.
Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge.
L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Correspondencia:

M.C. Madico Cerezo.
Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Cirugía General.
Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge.
Feixa Llarga, s/n.
08907 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Estudio del proceso educativo en el paciente con trasplante hepático

Study of the health education process in liver transplant recipients

RESUMEN

Se presentan los resultados de un estudio realizado en la Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge (Barcelona) en pacientes sometidos a trasplante hepático ortotópico (THO) y que son objeto de un programa de educación sanitaria. El programa ha sufrido diferentes cambios en su estructura a lo largo de los años. Inicialmente el método sólo contemplaba la información verbal suministrada por la enfermera en relación con los conocimientos necesarios para el autocuidado del paciente. Mediante evaluaciones continuadas se introdujeron diferentes sistemas de soporte escrito y audiovisual sobre los cuidados. El objetivo del estudio es evaluar los conocimientos que tiene el paciente sobre su autocuidado comparando el cumplimiento de las recomendaciones al alta entre los pacientes que sólo recibieron información verbal y los que disponían de información con soporte escrito y/o audiovisual.

La población estuvo formada por 434 pacientes trasplantados desde febrero de 1984 hasta el 31 de diciembre de 1998. Se diseñó un estudio de cohortes con carácter retrospectivo y con dos grupos de pacientes. El primer grupo corresponde a 117 pacientes que recibieron información verbal, escrita y audiovisual. El segundo grupo a 107, que recibieron sólo información verbal. El método utilizado para la recolección de datos fue una encuesta telefónica. Sólo se pudieron entrevistar a 98 pacientes del primer grupo y a 60 del segundo. En la valoración global del nivel educativo, el primer grupo obtuvo una puntuación de 8,3 (DE = 2,2) y el segundo 6,8 (DE = 1,8) con un rango posible de puntuación de 0-11, apreciándose diferencias significativas entre los pacientes de ambos grupos ($p < 0,001$). En los pacientes que sólo tenían información verbal se observa en general un menor cumplimiento de las recomendaciones al alta con referencia a los pacientes que además recibieron información con soporte escrito y/o audiovisual.

PALABRAS CLAVE

Educación sanitaria. Trasplante hepático. Cuidados de enfermería. Proceso educativo. Autocuidado. Calidad de vida.

ABSTRACT

We present the results of a study carried out in Bellvitge University Hospital in Barcelona (Spain) in patients who underwent orthotopic liver transplantation and who are the subject of a health education program. Throughout the years, the structure of this program has undergone several changes. Initially, only verbal information supplied by a nurse on the knowledge required for patient self-care was envisaged. Through continuous evaluation, different forms of written and audiovisual information on patient self-care were introduced.

The aim of this study was to evaluate patient knowledge on self-care by comparing compliance with recommendations at discharge among the patients who received verbal information only with that among patients who received verbal as well as written and/or audiovisual information.

The study population comprised 434 patients who underwent liver transplantation from February 1984 to December 31, 1998. A retrospective cohort study was designed with two groups of patients. The first group was composed by 117 patients who received verbal, written and audiovisual information. The second group comprised 107 patients who received verbal information only. Data collection was through a telephone survey. Telephone interview was possible with only 98 patients in the first group and 60 in the second. In the overall evaluation of health education level, the score obtained by the first group was 8.3 (SD=2.2) and that obtained by the second group was 6.8 (SD=1.8). The possible score was between 0 and 11. The differences between groups were statistically significant ($p < 0.001$). In general, patients who received verbal information only showed lower compliance with recommendations at

discharge than those also received written and/or audiovisual information.

KEY WORDS

Health education. Liver transplantation. Nursing care. Health education process. Self-care. Quality of life.

INTRODUCCIÓN

En la Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge (Barcelona), desde febrero de 1984 hasta el 31 de diciembre de 2000, se realizaron 621 trasplantes hepáticos a 549 pacientes.

En los últimos años, el procedimiento ha incrementado su eficacia con la introducción de diferentes técnicas quirúrgicas, la utilización de nuevas terapias inmunosupresoras⁽¹⁻³⁾ y la rigurosa protocolización de los cuidados por parte de los diferentes miembros del equipo multidisciplinario. La planificación de los cuidados de enfermería en la Unidad de Trasplante Hepático (UTH) de nuestro Centro integra no sólo el proceso patológico, sino también las medidas de prevención, intentando cubrir las necesidades del paciente y la familia en todas sus áreas, utilizando la educación sanitaria como herramienta para facilitar los conocimientos necesarios que garanticen la independencia del paciente en su domicilio y permitan la detección precoz de las complicaciones.

Fuentes bibliográficas señalan que la educación sanitaria del paciente con trasplante hepático durante su estancia hospitalaria, es decisiva para el control y correcta evolución del trasplante⁽⁴⁾. Henderson y otros autores indican que la educación del paciente constituye un rol importantísimo para enfermería, pero sólo se podrá conseguir si la metodología utilizada está en consonancia con las necesidades del cliente^(5,6).

Proporcionar educación sanitaria adecuada ha sido para el equipo de enfermería de nuestra unidad, una meta fundamental. El proceso educativo ha sufrido diferentes modificaciones a lo largo de estos años, utilizando diferentes métodos de educación en función de nuestras experiencias y de las inquietudes manifestadas

0 por el propio paciente y la familia⁽⁷⁾. Desde el inicio del programa en el año 1984, las enfermeras de la unidad proporcionaron información verbal individualizada al paciente y a la familia sobre el autocuidado en su domicilio, incluyendo las medidas de prevención durante el tiempo de hospitalización, aumentando de esta manera la base de sus conocimientos. La relación interpersonal establecida entre el paciente, la familia y la enfermera, permitió conocer que esta información era insuficiente, ya que la ansiedad durante la hospitalización dificultaba el aprendizaje y el grado de inseguridad del paciente aumentaba. Por esta causa consideramos necesario suministrar información escrita como complemento del proceso de enseñanza-aprendizaje.

En el año 1991 se diseñó un folleto que contenía aquellos aspectos de la información verbal que podían ser generales para este grupo de pacientes, y que les serviría como soporte y guía en su domicilio. Este proceso se evaluaba sistemáticamente mediante encuestas realizadas varios días antes del alta hospitalaria, lo que permitió introducir diferentes cambios y sistemas de soporte de la información específica.

En el año 1993 se diseñó una guía escrita de cuidados con mayor contenido, que se entrega a los pacientes cuando ingresan en la Unidad de Hospitalización superado el período de estancia en la UCI. Esta guía se empezó a entregar a finales de 1994.

Finalmente y tras las evaluaciones sistemáticas, en 1997, se diseñó un método audiovisual en formato de vídeo que utiliza un lenguaje llano y que es visualizado por el paciente antes del alta. Este sistema se puso en marcha a finales de 1997 y la cinta comenzó a entregarse en enero de 1998.

En la actualidad, nuestro método de educación sanitaria consiste en establecer una relación interpersonal eficiente entre el paciente, la familia y la enfermera, que permita mediante el diálogo, la comprensión de toda la información que le es necesaria y que utiliza como método indirecto de soporte, en el domicilio, la guía de cuidados y la cinta de vídeo sobre los mismos.

Considerando la importancia de las medidas educativas y su influencia sobre la calidad de vida de estos pacientes, se decidió llevar a cabo un estudio que evaluara los conocimientos adquiridos por el paciente y la familia.

OBJETIVO

Valorar la eficacia de un plan educacional en los pacientes con un seguimiento prolongado, comparando el cumplimiento de las recomendaciones al alta entre los pacientes que sólo recibieron información verbal con los que dispusieron de información con soporte escrito y/o audiovisual.

MUESTRA Y MÉTODO

El estudio se llevó a cabo en la UTH del Servicio de Cirugía de la Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge, durante el período comprendido entre el 1 de julio de 1999 y el 30 de junio de 2000.

La población a la que se le realizó el estudio estuvo constituida por 434 pacientes trasplantados en nuestro centro desde febrero de 1984 hasta el 31 de diciembre de 1998. Se diseñó un estudio de cohortes con carácter retrospectivo en el que se eligieron dos grupos de pacientes:

1. El primer grupo corresponde a los pacientes trasplantados, desde el 1 de enero de 1997 hasta el 31 de diciembre de 1998, y que habían recibido información verbal, escrita y audiovisual. Se incluyeron en este grupo 117 pacientes, en los que se habían realizado 126 trasplantes hepáticos ortotópicos (THO), ya que 7 pacientes recibieron dos injertos y un paciente tres.

De los 117 pacientes que componen este grupo estudiado, 19 fallecieron en diferentes fases del postoperatorio, por lo que se excluyeron del estudio quedando una muestra de 98 pacientes, de los cuales 61 eran hombres y 37 mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y 71 años. La edad media es de 57 años (DE = 11).

2. El segundo grupo corresponde a pacientes trasplantados desde febrero de 1984 hasta diciembre de 1994 y que habían recibido información verbal solamente. De ese período quedaron 107 pacientes vivos a los que se les habían realizado 117 trasplantes hepáticos, ya que 10 de ellos habían sido retrasplantados.

De estos 107 pacientes que componen el segundo grupo estudiado, sólo se pudieron entrevistar 60, de los cuales 34 eran hombres y 26 mujeres, con edades com-

prendidas entre 33 y 74 años. La edad media fue de 57 años (DE = 10).

Como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario que ya había sido utilizado en anteriores evaluaciones, con preguntas referidas a la información proporcionada (anexo 1). Para la determi-

nación de las variables que contenía se tuvieron en cuenta aquellos aspectos referidos a: **61**

1. *Hábitos de la vida diaria*: higiene general y bucal.
2. *Hábitos tóxicos*: ingesta habitual u ocasional de bebidas alcohólicas.

ANEXO 1. Cuestionario realizado a los pacientes

1. Hábitos de vida diaria

1.1. *Higiene general*: ¿Cuántas veces se ducha?

Diariamente

1 vez por semana

1 vez cada 3 días

1.2. *Higiene bucal*: ¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día?

Después de cada comida

Antes de acostarse

2 veces al día

No me los cepillo

2. Hábitos tóxicos. *Alcohol*: de las siguientes bebidas, ¿cuáles toma?

Agua

Café

Cerveza sin alcohol

Cava

Leche

Zumos

Cerveza

Sangría

3. Tratamiento farmacológico

3.1. ¿Qué medicamentos toma usted para el rechazo?

¿Cuándo los toma?

	Desayuno	Comida	Cena
Prednisona	_____	_____	_____
Ciclosporina (Sandimun®)	_____	_____	_____
Azatioprina (Imurel®)	_____	_____	_____
Cell-cept	_____	_____	_____
Prograf	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____

3.2. ¿En cuáles de estos medicamentos tiene que esperar media hora para poder comer?

Prednisona

Ciclosporina

Azatioprina

Cell-cept

Prograf

Otros

3.3. ¿Sabe usted qué efectos secundarios pueden producir estos medicamentos?

Subida de tensión

Aumento de peso

Dolor de oídos

Crece más el vello

4. Medidas de Prevención

4.1. *Vacunas*: ¿Sabe usted qué vacunas están recomendadas tras el trasplante?

Gripe

Tétanos

Sarampión

Hepatitis

4.2. *Protección solar*: ¿utiliza cremas solares cuando toma el sol?

No utilizo

Sólo cuando voy a la playa

Siempre que me expongo al sol

5. Recomendaciones generales

5.1. *Exploraciones*: el día que viene a hacerse un análisis de sangre en ayunas, ¿cuándo toma la medicación?

Antes del análisis

Después del análisis

Al llegar a casa

5.2. *Deporte*: ¿Practica usted algún deporte?: Sí/NO

En caso afirmativo, ¿cuál de ellos?

Paseo

Bicicleta

Natación

Otros

6. *Situaciones de alarma*: ¿sabe en qué situaciones tiene que ponerse en contacto con el hospital?

Fiebre superior a 38 °C

Estreñimiento

Coloración amarilla en la piel

7. *Información*. ¿cómo le dieron la información sobre los cuidados a seguir en casa?

De forma oral por las enfermeras

Folleto informativo (libro azul)

Cinta de vídeo

No recibió ningún tipo de información

Datos del paciente _____

Edad _____ Sexo _____ Profesión _____

Fecha del THO _____ Fecha de la entrevista _____

2 3. *Tratamiento farmacológico*: identificación de los fármacos inmunosupresores, normas para su correcta administración y efectos adversos.

4. *Medidas de prevención*: identificación de vacunas recomendadas y utilización de cremas solares.

5. *Ejercicio físico*: suave o moderado.

6. *Situaciones de alarma*: identificación y comunicación con el centro de referencia en situaciones de riesgo.

Los datos referidos al paciente, como nombre, edad, sexo, fecha del THO, etc., fueron recopilados de la historia clínica e introducidos en el cuestionario por la persona que efectuó la encuesta.

Para llevar a cabo la encuesta debían haber transcurrido al menos 6 meses desde el trasplante hepático. Estas se llevaron a cabo telefónicamente, para lo cual se designó a 5 enfermeras de la UTH que se distribuyeron el trabajo por orden riguroso de listado de trasplante. Para realizar la encuesta, la enfermera explicaba al paciente el proyecto de estudio y rellenaba el cuestionario acorde a las contestaciones del paciente.

En la tabulación de las variables estudiadas, se otorgó el valor cero (0) para las medidas educacionales incorrectas y uno (1) para las correctas, calculándose un valor numérico para cada paciente, que se obtenía mediante la suma de las puntuaciones de los 11 ítems que recogían los aspectos contenidos en el cuestionario ya mencionado.

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS (versión 7.5). Para la comparación de los valores medios de la puntuación

del nivel educativo, se utilizó la t de Student y para la comparación entre grupos de las variables cualitativas se utilizó el test de chi cuadrado. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS

La valoración de los aspectos definidos como hábitos de la vida diaria, evidenció que se duchaban diariamente el 76,6 % de los pacientes del primer grupo y el 67,8 % del segundo y cada 3 días el 21,3 % del primer grupo y el 27,1 % del segundo. En cuanto a la higiene bucal, el 48,4 % del primer grupo y el 36,7 % del segundo efectuaba el cepillado de dientes después de cada comida, el 31,2 % del primer grupo y el 35 % del segundo, dos veces al día y el 16,1 % del primer grupo y el 25 % del segundo, antes de acostarse. No se apreciaron diferencias significativas entre los dos grupos (tabla 1).

En relación con los hábitos tóxicos, el 93,9 % de los pacientes del primer grupo y el 78,3 % del segundo no ingería nunca bebidas alcohólicas, frente al 6,1 % del primer grupo y el 21,7 % del segundo que referían una ingesta ocasional o habitual, apreciándose una diferencia significativa ($p = 0,005$), lo que evidencia una ingesta ocasional o habitual mayor en los pacientes que llevaban más tiempo trasplantados.

De los tres criterios establecidos en cuanto al tratamiento específico antirrechazo, el 76,5 % de los pacientes del primer grupo y el 95 % del segundo identificaban correctamente los fármacos inmunosupresores, apreciándose diferencias significativas ($p = 0,002$). El 80,6 % del primer grupo y el 81,7 % del segundo los relaciona adecuadamente con la ingesta y sólo el 54,1 % del primer grupo y el 45 % del segundo reconocen los efectos secundarios de los mismos (tabla 2).

En el apartado de las medidas de prevención, el 53,1 % de los pacientes del primer grupo y el 46,7 % del segundo conocen las vacunas recomendadas tras el trasplante y el 86,6 % del primer grupo y el 11,9 % del segundo utilizaban cremas de protección solar en caso de exposición al sol, apreciándose diferencias significativas en este último punto ($p < 0,001$).

La actividad física suave o moderada era mantenida por los pacientes en un 72,4 % del primer grupo y un 58,3 % en el segundo.

Tabla 1. Hábitos higiénicos de la vida diaria

	G-I (n = 98)		G-II (n = 60)	
	Nº de pacientes	%	Nº de pacientes	%
Ducha diaria	75	76,6	41	67,8
Ducha cada 3 días	21	21,3	16	27,1
Ducha semanal	2	2,1	3	5,1
Higiene bucal, cepillado de dientes				
Después de las comidas	47	48,4	22	36,7
Dos veces al día	31	31,2	21	35
Antes de acostarse	16	16,1	15	25
Nunca	4	4,3	2	3,3

El 95,8 % de los pacientes del primer grupo y el 100 % del segundo conocía los requisitos necesarios para efectuarse las analíticas de control y el 92,9 % del primer grupo y el 61,7 % del segundo identificaba las situaciones de riesgo poniéndose en contacto con el centro de referencia, apreciándose diferencias significativas en este último parámetro ($p < 0,001$).

En la valoración global del nivel educativo, el primer grupo obtuvo una puntuación de 8,3 (DE = 2,2) y el segundo 6,8 (DE = 1,8) apreciándose diferencias significativas entre los pacientes de ambos grupos ($p < 0,001$).

DISCUSIÓN

Las normas de higiene general y bucal son seguidas por ambos grupos de pacientes en porcentajes similares, sin embargo, se aprecia una mayor diversidad de criterio en la aplicación de la frecuencia de la higiene bucal.

Nuestro programa de educación propone que el paciente debe efectuar un cepillado bucal después de cada comida. Las fuentes bibliográficas revisadas confirman que el cepillado habitual y meticuloso con pasta fluorada es una medida profiláctica básica en la prevención de las infecciones y enfermedades bucodentales, pero existe controversia en cuanto a la frecuencia del cepillado diario. Algunos de estos autores admiten la efectividad del mismo con una frecuencia de 12 a 24 h/día⁽⁸⁾.

Las investigaciones epidemiológicas a las que hemos tenido acceso, confirman que sólo el 40 % de la población española está concienciada con aspectos relacionados con la salud bucodental⁽⁹⁾. Otros autores dicen que el 85 % de la población española sólo efectúa el cepillado de dientes una vez al día⁽¹⁰⁾. En análisis realizado sobre higiene bucal en pacientes críticos, se destaca la relación existente entre la frecuencia del cepillado y su eficacia⁽¹¹⁾. El riesgo añadido en los pacientes trasplantados por la utilización de fármacos inmunosupresores, nos lleva a considerar que debemos conseguir que todos los pacientes realicen el cepillado dental tres veces al día⁽¹²⁾.

En cuanto al conocimiento del tratamiento farmacológico (76,5 % en el primer grupo y 95 % del segundo) y sus normas de aplicación (el 80,6 % del primer grupo y el 81,7 % del segundo), era elevado en ambos grupos de pacientes, pero sólo la mitad de ambos grupos (el

Tratamiento farmacológico	G-I (n = 98)		G-II (n = 60)		p
	Nº de pacientes	%	Nº de pacientes	%	
Correcta identificación de los fármacos inmunosupresores	75	76,5	57	95	0,002
Relación adecuada con la ingesta	79	80,6	49	81,7	NS
Conocen los efectos secundarios	53	54,1	27	54,1	NS

54,1 y el 45 %, respectivamente) reconocían los efectos adversos como tales. En estudios similares al nuestro, con una muestra de pacientes más pequeña, el conocimiento de los fármacos inmunosupresores era más bajo (75,9 %) y el conocimiento de los efectos secundarios era sólo del 24 %⁽¹³⁾. En algún caso observamos que sólo les daban importancia a los efectos colaterales de los fármacos si alguno de ellos les había ocurrido en alguna ocasión.

Los pacientes que sólo tenían información verbal observan, en general, un menor cumplimiento de las recomendaciones al alta con referencia a los pacientes con soporte escrito y/o audiovisual, evidenciándose diferencias significativas en los apartados de hábitos tóxicos, medidas de prevención y situaciones de alarma. Las diferencias existentes podrían deberse a varias causas, tales como un déficit de información oral, la ausencia de soporte escrito y/o audiovisual o la relajación de los hábitos por parte del paciente por el tiempo transcurrido desde el trasplante.

El 6,1 % de los pacientes que tenían soporte escrito y/o audiovisual, y el 21,7 % de los pacientes que sólo tenían información verbal, refieren una ingesta ocasional o habitual de alcohol. No hemos determinado la proporción de estos pacientes que tenían antecedentes de hábitos enólicos. Pero otras investigaciones ponen de manifiesto que el 10 % de los pacientes trasplantados por cirrosis hepática enólica vuelven a beber⁽¹⁴⁾. En nuestro centro, como en la mayoría, se efectúa una valoración neurológica y psiquiátrica previa al trasplante y se exige una abstinencia alcohólica pretrasplante de 6

- 4 meses, pero hoy en día, no existe un programa de seguimiento y rehabilitación enérgica postrasplante específico para estos pacientes, que evite la recaída y la recidiva de la enfermedad de base^(15,16).

En el apartado de las medidas de prevención se observa que los pacientes que llevan más tiempo trasplantados utilizan menos las cremas de protección solar cuando se exponen al sol. En los últimos años se ha incrementado la incidencia de los cánceres de piel en pacientes trasplantados. Existen evidencias de que el uso de cremas solares y la reducción del tiempo de exposición a las radiaciones ultravioletas disminuye la incidencia de aparición del melanoma^(17,18). Entre los pacientes que se han trasplantado en nuestro centro, no se ha detectado hasta ahora ningún melanoma, aunque sí otros tipos de cánceres de piel⁽³⁾. Nuestras medidas educacionales consisten en enseñar al paciente que debe utilizar cremas de protección solar siempre que se exponga al sol, dada la fotosensibilidad que éste presenta debido al tratamiento inmunosupresor.

La identificación que el paciente hace de aquellas situaciones de riesgo en las que debe ponerse en contacto con el centro de referencia es del 92,9 % del primer grupo y el 61,7 % del segundo. En este apartado se observa que los pacientes que llevan más tiempo trasplantados identifican peor los signos y síntomas de alerta.

Con esta evaluación se ha evidenciado la necesidad de actualizar la información y los conocimientos de los pacientes que sólo tuvieron acceso a la información oral. En un futuro debería considerarse la reeducación de estos pacientes, mediante reuniones periódicas entre el paciente, la familia y el educador, que refuerzan los conocimientos adquiridos.

La educación sanitaria es una tarea ardua porque supone la intervención directa sobre la forma de vida del paciente en la que interfieren sus valores y creencias personales, por lo que la utilización de sistemas de soporte como la guía de cuidados o el vídeo de información, constituye una buena estrategia para motivar la aceptación de los cambios de hábitos.

AGRADECIMIENTOS

Queremos manifestar nuestro agradecimiento al Dr. Emilio Ramos, médico adjunto de la UTH del Servicio

de Cirugía de la Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge, por la colaboración prestada en el análisis estadístico y el tratamiento de los datos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuervas Mons V, Barrios C, Garrido A. Medicamentos inmunosupresores. En: Cuervas Mons V, editor. Trasplante hepático. Barcelona: Sandoz Pharma SAE; 1993. p. 85-106.
2. Bilbao Aguirre I, Pou L, Margarit Creixell C. Tracolimus en el trasplante hepático. En: Brunet M, Campistol JM, Rimola A, editores. Madrid: Tracolimus; 2000. p. 133-147.
3. Jaurrieta E, Casais L, Figueras J, Ramos E, Lama C, Rafecas A et al. Análisis de 500 trasplantes hepáticos en el Hospital de Bellvitge. *Med Clín Barc* 2000; 115 (14): 521-529.
4. Menarguez MC, Adán P, Pérez MJ, Pilas MI. Trasplante hepático. Control de la infección. *Rev ROL Enferm* 1996; 212: 71-78.
5. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: CIE; 1971.
6. Valls R, Isla P, López C. Educación del usuario. La pedagogía del caballo que no tiene sed. *Rev ROL Enferm* 1995; 202: 71-74.
7. Velasco Yagüe L, Madico Cerezo MC, Terrado Agustí I, Pamias Muñoz M, Matud Calvo C. La infección en el enfermo con trasplante hepático: Evaluación de los cuidados de prevención y educación. *Enfermería Clínica* 1998; 8 (2): 64-70.
8. Manau Navarro C, Guasch Serra S. Métodos de control de la placa bacteriana. En: Cuenca E, Manau C, Serra L, editores. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Barcelona: Masson; 1999. p. 69-88.
9. Tendencias de salud e higiene bucodental en Europa. Encuesta Colgate-Palmolive [Editorial]. *Gaceta Dental*. Madrid 1993 (Mayo n.º 38): 16-24.
10. Echeverría García JJ. Enfermedades periodontales. En: Cuenca E, Manau C, Serra L, editores. Manual de Odontología preventiva y comunitaria. Barcelona: Masson; 1991. p. 143-152.
11. Bretón M, García MP, Galdiano M, Martínez A, Margall MA, Asiain MC. Higiene de la boca en pacientes intubados o con dieta oral absoluta en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* 1995; 6 (4): 141-148.
12. Clemente G, Bañares R, Santos L, Calleja J, Ferreiroa J. Control ambulatorio del paciente trasplantado. Complicaciones secundarias del tratamiento inmunosupresor. En: Cuervas-Mons V, editor. Trasplante hepático. Barcelona: Sandoz Pharma SAE; 1993. p. 141-164.
13. Ramírez de Diego I, Amorós Miró G. Conocimiento del paciente con trasplante cardíaco tras el alta hospitalaria. *Enfermería Clínica* 1996; 6 (2): 63-71.

M.C. Madico Cerezo
C. Simón Simón
M. Pamiás Muñoz
M.T. Alcántara Romanillos
I. Terrado Agustí
P. Biada Canales

Estudio del proceso educativo en el paciente
con trasplante hepático

14. Casanovas T, Ramos E, Menchón JM, Menéndez S, Calahorra B, Deloo M, et al. Alcohol recidivism after liver trasplant. Gender and age differences. *Hepatology* 2000; 32A: 339.
15. Pereira SP, Howard LM, Muesan P, Rela M, Heaton N, Williams R. Quality of life after liver trasplantation for alcoholic liver disease. *Liver Trasplantation* 2000; 6: 762-768.
16. Weinreb R, Van Horh DHA, McLellan AT, Lucey MR. Interpreting the significance of drinking by alcohol-dependent liver trasplant patients: Fostering candor is the key to recovery. *Liver Trasplantation* 2000; 6: 769-776.
17. Espinosa Arranz J, Sánchez Hernández JJ, Bravo Fernández P, González Barón M, Zamora Aunon P, Espinosa Arranz E et al. Cutaneous malignant melanoma and exposure in Spain. *Melanoma Res* 1999; 9 (2): 199-205.
18. Suárez Varela MM, Llopis González A, Ferrer Caraco E. Non-Melanoma skin cancer: a case-control study on risk factors and protective measures. *J Environ Pathol Toxicol-Oncol* 1996; 15 (2-4): 255-261.

65