

NO ADAPTES TU VIDA A LA DIÁLISIS, QUE LA DIÁLISIS SE ADAPTE A TU VIDA

Montserrat Perera Díaz, Montserrat Biosca Freixanet, J. Jordi Ferré Rubies, Nuria Batle Remacha, Soraya Expósito Sang, Vanesa Torres Gilart

Clinica Renal Tecnof. Barcelona

Desde nuestra experiencia profesional, nos hemos dado cuenta de que al paciente afectado de IRC y en tratamiento con hemodiálisis, le asaltan una serie de dudas sobre su enfermedad. Por ello, en este póster hemos querido reflejar, de una manera visual, todos los posibles cambios y complicaciones que puedan surgir desde el momento de su diagnóstico. Así pues, el objetivo de nuestro proyecto, es resolver los interrogantes del paciente con IRC, consiguiendo así, una empatía entre él y el equipo de profesionales; para ello, hemos dividido las dudas en cinco apartados, que englobarían una visión integral de su nueva y cambiante situación.

INTRODUCCIÓN

A partir del diagnóstico de IRC, el paciente se pregunta qué le ha pasado, qué es la hemodiálisis, dónde se llevará a cabo y si se curará. Necesitará diálisis cuando sus riñones son insuficientes para eliminar desechos/líquido de la sangre en una cantidad necesaria para mantenerse sano (aproximadamente entre un 10/15% de la función renal).

La HD eliminará estos desechos/sal/agua para prevenir su acumulación en sangre, ayudará a controlar la presión sanguínea, y mantendrá un nivel adecuado de las sustancias químicas en sangre que el riñón no puede controlar.

La HD se realizará en centros especializados hasta su curación (en casos agudos) u el trasplante renal.

DIETA

La dieta en la IRC debe ser personalizada y contemplar la variedad de los alimentos para contribuir a aumentar el apetito del paciente. Su objetivo principal se basa en disminuir los efectos tóxicos que provoca la urea en el organismo; para ello, debe ser una dieta con ciertas restricciones en relación a varios grupos de alimentos (P, K y Na) y del líquido. Es de gran importancia conseguir el aporte energético adecuado según las necesidades de cada persona. Se estima que son entre 35/40 kcal/día. La ingesta de proteínas, hasta ahora restringida, deberá aumentarse por encima de los valores normales. El Na y el P serán ingeridos de forma limitada evitando así la sobrehidratación y los problemas con el Ca del cual se requerirán suplementos medicamentosos.

Una de las restricciones más importantes a tener en cuenta es la del K, ya que, la hiperpotasemia entre sesiones de HD puede ocasionar graves consecuencias. Para conseguirlo deberá limitar el consumo de frutas y verduras ricas en K. Por último, la cantidad de líquidos a ingerir deberá ser proporcional a las pérdidas por diuresis o las pérdidas insensibles de cada persona evitando llevar un aumento de peso entre sesiones superior a 1/1,5 kg.

ACCESOS VASCULARES

Para llevar a cabo la HD, su médico establecerá un acceso o entrada a los vasos sanguíneos, requiriendo una intervención de cirugía menor. Al paciente se le explicará los diferentes accesos vasculares, como son:

Las **fístulas arteriovenosas externas** (muy en desuso), las **fístulas arteriovenosas internas** (que son la comunicación entre una arteria y una vena para formar un vaso sanguíneo más grande, siendo el más perdurable en el tiempo y con menos complicaciones), las **prótesis vasculares** (que se utilizarán en casos de vasos sanguíneos no adecuados para hacer una fístula, dando más complicaciones y menor duración), y **otros accesos vasculares** (como los catéteres perm-cath y de doble luz femoral o subclavia).

SITUACIONES INTRADIÁLISIS

Las complicaciones más frecuentes durante la sesión de HD son las hipotensiones secundarias a una inadecuada respuesta hemodinámica, con disminución de las respuestas periféricas, que no es compensado por las modificaciones del gasto cardíaco. Ésta, se manifiesta con náuseas, vómitos, palidez piel y mucosas, taquicardia, calambres musculares y dolores localizados.

En segundo lugar, encontramos las pérdidas hemáticas en HD que requieren una intervención inmediata debido a la desconexión de las líneas, rotura de la membrana del dializador, hemólisis o coagulación parcial/total del circuito.

Tercero, existe el síndrome de anemia aguda cuando hay pérdidas hemáticas bruscas y se manifiesta por hipotensión, taquicardia, palidez y sequedad de la piel, taquipnea y sed intensa hasta llegar a lipotimia, colapso o shock.

En cuarto lugar, puede aparecer el prurito relacionado con la osteodistrofia renal y los niveles altos de P en sangre que se disminuirán con modificaciones de la dieta y fármacos.

Como quinto lugar, existe el embolismo gaseoso por un poro/fisura en el circuito, desconexión de la línea arterial o en la devolución de la sangre cuando hay mayor riesgo (si se detecta se pinzará la línea venosa, posición TDL sobre lado izquierdo y O2 al 100%). Por último, aparecen complicaciones asociadas a la inadecuada composición del dializado (hipo/hipernatremia, hipercalcemia, hiperfosforemia, hipokaliemia, síndrome de desequilibrio dialfítico y calambres).

SITUACIONES EXTRADIÁLISIS

En casa también podemos tener molestias. Hay que conocerlas para saber qué hacer en cada caso y, sobre todo, explicar a tu enfermera/o lo que ha sucedido en el domicilio para intentar evitar que se repita. Pueden ser:

Mareos: acostarse en la cama con los pies en alto, tomar un vaso de agua/ zumo/ caldo, y refrescarse la cara con agua fresca.

Rampas: presionar con los pies en el suelo o sobre un cajón o la pared, hacer masajes con alcohol en la zona, y tomar un poco de caldo o zumo.

Sangrado de punciones: limpiar bien la zona para ver por dónde sangra exactamente, con gasa/pañuelo limpio doblarlo varias veces y apoyar con los dedos sobre el orificio de sangrado al menos 10', comprobar si ha cesado el sangrado (en caso contrario repetir la operación), si el sangrado no cesa acudir a un centro médico, no ir a dormir nunca si el sangrado no ha cesado, no envolver todo el brazo solo comprimir la zona de punción con los dedos o pinzas de hemostasia. Hay otros aspectos que deben tenerse en cuenta como las vacaciones, el trabajo, o las relaciones de pareja. Hay que informar al centro de diálisis y con su ayuda y la de los profesionales se intentará solucionar.

SIEMPRE PEDIR AYUDA AL EQUIPO DE PROFESIONALES...ES NUESTRO TRABAJO Y ESTAMOS A TU DISPOSICIÓN.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo Renal Transatlántico (TARC): las fístulas arteriovenosas.
2. Sociedad Española de Nefrología: Guías de acceso vascular en hemodiálisis
3. Accesos vasculares para hemodiálisis: preparación del paciente con IRC (Juan A. Rodríguez/ Emilio González Parra).
4. Saludalia.com: dieta en la insuficiencia renal.
5. Guías para pacientes con IRC del Hospital Universitario reina Sofía, Córdoba.
6. <http://cariari.ucr.ac.cr/^patologi/hema.html> (página Web sobre donación y transplante de órganos)
7. National Kidney Fundation
8. http://www.seden.org/files/art401_1.pdf (sobre tratamiento eficaz de algunas complicaciones intradiálisis).
9. Revista Sociedad Española Nefrología (vol.7 nº 4 Madrid oct.-dic. 2004)
10. Fisterrasalud (información para pacientes sobre la hemodiálisis)