

COORDINADORA EDUCACIONAL EN LAS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS

Núria Boixader Dumanjó, Carme Fuentes Bolasell, M^a Àngels Pérez García

Unidad de hemodiálisis. Hospital de Figueres. Girona

INTRODUCCIÓN

Han sido tantos los adelantos técnicos en la medicina actual que nos ha hecho olvidar o al menos minimizar la importancia de las relaciones interpersonales en la asistencia sanitaria.

Para recuperar el valor de las interrelaciones paciente-personal sanitario, el componente fundamental es la enfermera y su herramienta la educación sanitaria.

Decimos que la enfermera es el componente primordial en la educación sanitaria, pero el protagonista de todo el proceso educacional es el paciente.

Dado que las actitudes de cada persona no son innatas sino modificables y, en definitiva, educables, nos valdremos de la educación sanitaria para proporcionar al paciente la enseñanza y aprendizaje de procedimientos, actitudes, conceptos y datos indispensables para asumir su enfermedad y procurar valerse por si mismo adquiriendo su correcto autocuidado.

Los enfermos con IRC en programa de hemodiálisis no solo necesitan depurar su sangre y volver a su peso seco, necesitan de una de las funciones más importantes de la enfermería, la educación, para iniciar un proceso comunicativo entre enfermera y paciente encaminado a aumentar sus conocimientos y ayudarle a adquirir una mayor autonomía.

Son pocas las citas bibliográficas que hacen referencia a la educación del paciente renal en hemodiálisis, en contraposición de las más frecuentes reseñas que hallamos en: planes de educación para pacientes pre-diálisis, en DPCA, ante situaciones de transgresiones farmaco-dietéticas, ...

La enfermera educadora dentro de una unidad de hemodiálisis, ¿es necesaria? ¿cual será su función?

Ante esta pregunta, parece que la respuesta inmediata sea afirmativa. Será objeto de este estudio, justificar la presencia de un profesional de enfermería coordinador para la educación sanitaria de los enfermos renales.

OBJETIVOS

- Conseguir la máxima independencia de nuestros pacientes en hemodiálisis.
- Mejorar la calidad y perspectiva de vida (supervivencia) de nuestros pacientes mediante la intervención de una enfermera educadora.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un trabajo descriptivo que pretende:

1. Detectar e identificar en nuestros pacientes problemas, necesidades y factores de riesgo relacionados con su enfermedad.

2. Jerarquizar los problemas según factor de riesgo que conllevan y población afectada. Para ello hacemos un estudio retrospectivo del último semestre del año 2000.

La población a estudiar son los 52 pacientes que en estos momentos tenemos en la

unidad de HD. Para ello nos servimos de los cuadernos de diálisis, historias de enfermería, historias médicas y los valores analíticos de determinados parámetros que afectan en más o menos grado a nuestra población.

Los parámetros que valoraremos son: hipertensión arterial, dislipemias, sobrepeso interdiálisis, diabetes, tabaquismo, hiperpotasemia, hiperfosforemia y estado nutricional.

Para recoger estos datos nos hemos marcado unos valores límite a partir de los cuales lo consideraremos factor de riesgo:

- HTA a partir de 140/90 mmHg.
- Dislipemias cuando LDL>150mg/dl y triglicéridos>200mg/dl.
- Sobrepeso, cuando el peso interdialítico del día largo (fin de semana) sobrepasa los 3,500 Kg.
- Diabetes, cuando más de dos glicemias basales nos dan valores superiores a 126mg/dl, o bien post-prandiales por encima de 200mg/dl.
- Tabaquismo, son datos que teníamos recogidos que, a pesar de ser recientes, pueden haber variado debido a la insistencia que hacemos sobretodo en pacientes con patologías respiratorias.
- Hiperpotasemia, cuando el potasio se sitúa por encima de 6,5mmol/l.
- Hiperfosforemia, cuando el valor del fósforo es superior a 6mg/dl.
- Estado nutricional, queda pendiente la recogida de datos para poder establecer un estandard que nos marque los estados desnutricionales.

RESULTADOS

Una vez identificados los problemas, valoramos los resultados y los priorizamos dependiendo de la incidencia que tengan en nuestra población y sobretodo del factor de riesgo que conlleven por poder derivar en serias complicaciones.

Hipertensión arterial

Del total de nuestra población un 50% sufre HTA (fig. 1). De este 50%, un 88.5% sigue tratamiento farmacológico pero solamente un 17,4% están bien controlados (fig. 2 y 3).

Un dato a destacar es que de la población de hipertensos, un 27% acuden habitualmente a HD con sobrepeso y tienen menos de 55 años.

¿Qué se puede deducir de estos datos?.

1. El porcentaje de población afectada es justo la mitad de la población.
2. A pesar de seguir un tratamiento farmacológico, un alto porcentaje no está controlado.
3. Las complicaciones derivadas de este problema, básicamente cardiovasculares, pueden comprometer mucho el estado de salud del paciente.
4. Más de una cuarta parte de los afectados acuden con sobrepeso a las sesiones de HD, factor que normalmente favorece el aumento de la TA, y tienen menos de 55 años siendo su perspectiva de vida larga si pueden evitarse las complicaciones derivadas de la HTA.

Ante estos hechos es evidente que le debemos a la HTA una *atención prioritaria*.

Dislipemias

Un 21,2% de nuestra población sufre una afectación dislipémica (fig. 4) pero de ésta un 81,8% está controlada con el tratamiento farmacológico (fig. 5). Destacaremos que de este 21,%, un 36,45% es además hipertenso y un 54,5% tiene

menos de 55 años.

Sobrepeso

Más de una cuarta parte de nuestra población, un 27%, suele ir con sobrepeso. Coincide que de estos pacientes un 71,5% son más jóvenes de 55 años, con más actividad física y consecuentemente con más necesidades nutricionales (fig 7). A pesar de ello, es necesario hacer énfasis en el control de la ingesta líquida.

Diabetes

Cada vez hay más enfermos en tratamiento sustitutivo por nefropatías diabéticas. De nuestra población es un 13,4% y de estos el 57% son insulín dependientes.

Tabaquismo

Al final del 2000, un 25% de nuestros pacientes eran fumadores. Pero, como ya se ha dicho, este dato puede haber disminuido un poco por la insistencia del personal sanitario sobretodo ante patologías respiratorias.

Hiperpotasemia

Un 25% ha presentado, en algún momento del tiempo de estudio, cifras de potasio elevadas, por encima de los valores permitidos (fig 10). De estos, un 53,8% corresponde a población de menos de 55 años y un 46% acostumbra a llevar sobrepeso. De nuevo está relacionado con la ingesta dietética.

Hiperfosforemia

Un 54% ha sobrepasado el límite alto de fósforo permitido (fig 11). De estos un 46,4% son de menos de 55 años y un 35,7% con sobrepeso habitual.

CONCLUSIONES

Ante los resultados obtenidos podemos observar cuales son las necesidades educativas más importantes, sobre las que debemos actuar más prioritariamente para prevenir problemas de salud secundarios y conseguir que nuestros pacientes sean capaces de ofrecerse un correcto autocuidado y mejorar así su calidad de vida.

Es por ello, que la actuación que se propone paralela a la atención médica, sea la figura de enfermera educadora coordinadora con el objeto de realizar planes de educación para la salud partiendo del análisis de las necesidades individuales de cada paciente, intentando conseguir por parte de ellos la cumplimentación medicamentosa, dietética e higiénica. En definitiva, que el paciente adquiera un autocuidado adecuado y mejore así su calidad de vida logrando prevenir y evitar numerosas complicaciones.

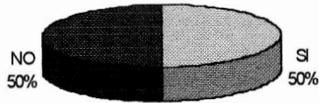
Constatar así mismo el beneficio de la educación en las relaciones interpersonales; el feed-back que se establece entre enfermera/paciente/coordinadora educacional nos hace participe de los avances de nuestros pacientes en su camino a la autonomía de cuidados.

Consideración final

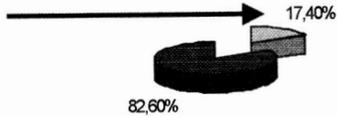
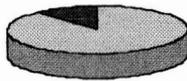
La necesidad de la figura de una enfermera educadora en nuestro servicio, no exime al resto de enfermería de su propia responsabilidad frente a la educación del paciente.

HTA

FIG.1



CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



■ BIEN CONTROLADOS
■ PERSISTE HTA

FIG.2

FIG.3

DISLIPEMIAS

FIG.4



CONTROLADOS CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

FIG.5



SOBREPESO

FIG.6

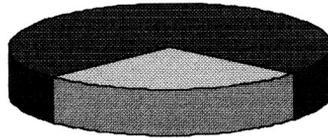
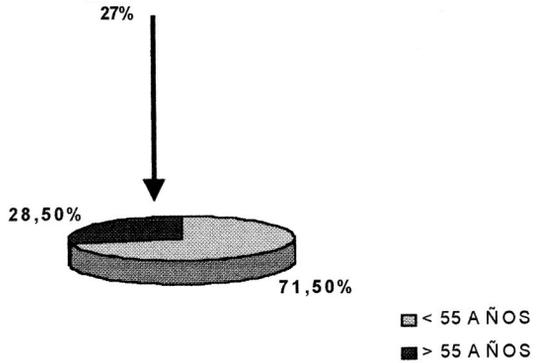


FIG.7



DIABETES

FIG.8

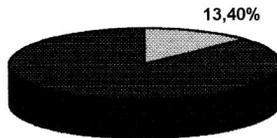
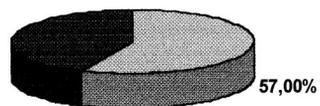


FIG.9

**PACIENTES
INSULINODEPENDIENTES**



HIPERPOTASEMIA

PACIENTES CON EL POTASIO ALTO



FIG.10

HIPERFOSFOREMIA

PACIENTES CON EL FOSFORO ALTO

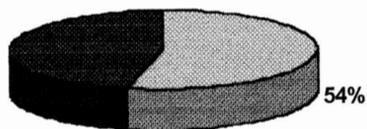


FIG.11

BIBLIOGRAFÍA

1. Porcuna Ribas, Inmaculada. Análisis de las necesidades educativas para el autocuidado de los pacientes en hemodiálisis. XXIII Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Sevilla 1998.
2. Celadilla Diez, O. Importancia de la información a los pacientes con IRC para la elección de tratamiento sustitutivo. Revista de Enfermería Nefrológica. Vol. 5. Nº 2-2000.
3. Dasi M. José, Rojo Elías. Continuidad de los cuidados de enfermería: necesidad de coordinación entre niveles. XXIV Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Valencia 1999.
4. Torrego Egido, Luis. Metodología educativa en el proceso de aprendizaje. III Seminario Español EDTNA/ERCA. Segovia 1994.
5. Serrano González, M. Isabel. La educación del hombre y de la mujer que sufren. La educación para la salud en las enfermedades crónicas. III Seminario Español EDTNA/ERCA. Segovia 1994.
6. Alvarez Pérez R., Calle García C., Llorente Gozalo C., Heras Martín M. Estudio retrospectivo sobre la realización de planes de cuidados educacionales en hemodiálisis. III seminario Español EDTNA/ERCA. Segovia 1994.
7. Thomson T. Una enfermera de adecuación mejora la eficacia de la diálisis. Edtna/ Erca Journal. Journal XXVI, nr. 4. Octubre-Diciembre 2000.
8. Saraiva, M. Perfil de la enfermera nefrológica. Edtna/Erca Journal. Journal XXVI, nr. 4. Octubre-Diciembre 2000.