

EPICRISIS DE ENFERMERIA EN PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIALISIS. UN AÑO DE EXPERIENCIA

Anna Martí í Monrós

Equipo Enfermería del Servicio Nefrología. Hospital General. Valencia

INTRODUCCION

Dentro del equipo multidisciplinario de salud, seguramente somos los profesionales de enfermería, los que menos tradición tenemos de transmitirnos mensajes escritos.

El análisis histórico de por qué ha ocurrido esto y las graves consecuencias que sobre el desarrollo de nuestra profesión ha tenido este hecho, han sido estudiados por numerosos autores y en la actualidad todas las voces autorizadas señalan que es absolutamente imprescindible que para que la enfermería se desarrolle como profesión y asimile correctamente sus experiencias los profesionales de la misma deben incorporar a sus métodos de trabajo el lenguaje escrito, no sólo en la transmisión de órdenes médicas sino en la descripción cuantitativa y cualitativa de todas y cada una de sus actividades.

En los últimos años la utilización del método científico en la planificación de cuidados y en las funciones administrativa e investigadora, así como el asumir la responsabilidad profesional de la docencia pre y post graduado ha supuesto uno de los avances profesionales más espectaculares de los últimos tiempos.

Si bien esto es cierto, por desgracia y debido a múltiples factores entre los cuales en algunos casos se encuentra la actividad y/o desconocimiento de los profesionales y en otros la incompetencia de los directivos de los centros de trabajo, aún siguen existiendo muchos profesionales de enfermería con métodos de trabajo como los referenciados en el primer apartado de esta introducción y a los que nosotros nos referiremos como «tradicionales».

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es demostrar que en las Unidades de Hemodiálisis, aun en el caso de que tengan unos métodos de trabajo «tradicionales» la realización de una epicrisis de enfermería en los pacientes que van a ser trasladados definitiva o temporalmente de centro de tratamiento, es posible y conlleva grandes beneficios para pacientes y profesionales.

MATERIAL Y METODOS

Los pacientes en tratamiento sustitutivo de la función renal, por medio de hemodiálisis, frecuentemente cambian de centro de tratamiento. Estos cambios pueden ser definitivos, como cuando se inicia el tratamiento en un Hospital y se traslada posteriormente a un centro de Hemodiálisis o temporales, como cuando un paciente se traslada de un centro a otro por motivo de vacaciones... o cuando un paciente por un proceso patológico asociado o por complicaciones de la propia IRCT necesita dializarse en otro centro, casi siempre un Hospital.

Las características de nuestro Servicio son:

- Método de trabajo tradicional.
- 90 % de los ATS del Servicio con el curso de convalidación, a pesar de lo cual escasa formación en metodología y falta de hábito de elaboración de diagnósticos y planificación de cuidados.
- Servicio de Nefrología en el ámbito de un Hospital de referencia para otros centros de hemodiálisis, por lo cual es frecuente que se den las siguientes situaciones:
 - o Pacientes en seguimiento en consulta externa de nuestro servicio que al entrar en situación

de IRCT reciben las primeras sesiones de hemodiálisis en nuestro centro y después se trasladan a un centro específico en razón de disponibilidades y cercanía al domicilio.

- Pacientes de nuestro programa de crónicos que por vacaciones, negocios o enfermedad de familiares se trasladan temporalmente a otros centros de tratamiento fuera de nuestra provincia.
- Pacientes de otros centros de hemodiálisis que por necesitar hospitalización o por problemas de acceso vascular se tratan temporalmente en nuestro centro.

En el informe clínico de los pacientes que nos son remitidos de otros centros, a menudo faltan datos referentes al acceso vascular, actitud del paciente y familiares durante la hemodiálisis, aceptación del paciente de su propia enfermedad, complicaciones y sintomatología intra hemodiálisis...

Los pacientes que nosotros trasladamos a otros centros con frecuencia son portadores de un acceso vascular definitivo FAV en proceso de maduración y de uno temporal (subclavia de doble luz) o bien las sesiones de hemodiálisis se les han practicado con protocolos específicos de nuestro servicio o se trata de pacientes de reciente entrada en programa de sustitución renal que aún no han asimilado su situación.

Estas situaciones hicieron que nos planteáramos la necesidad de mantener un intercambio de información con los profesionales de enfermería de los otros centros y es por lo que decidimos que a todos los pacientes que fueran trasladados definitiva o temporalmente de nuestro centro en su última sesión de hemodiálisis les confeccionáramos una epicrisis de enfermería, para lo cual seguimos los siguientes pasos:

- Discusión por parte de todo el personal de enfermería del servicio.
- Diseño de un impreso de epicrisis.
- Información al personal médico del servicio.
- Protocolización de la mecánica de cumplimentación y contenido del citado impreso.

Todo el personal de enfermería estuvo de acuerdo en la necesidad y conveniencia de la realización de la citada epicrisis.

El diseño del impreso fue como puede verse a continuación el clásico de encabezamiento de datos personales y espacio en blanco para comentarios. En el manual de procedimientos del Servicio se detalla qué apartados debe contener el informe y éstos, con los siguientes:

- Número, fechas y características de las sesiones de hemodiálisis realizadas en el centro.
- Acceso vascular utilizado especificando técnica de abordaje y material utilizado.
- Sintomatología intradiálisis.
- Actitud del paciente en hemodiálisis.
- Análisis subjetivo sobre la aceptación de la enfermedad.
- Información suministrada en relación a: dieta, medicación, higiene, autonomía...
- Apoyo familiar del paciente y si éste acude solo o acompañado a las sesiones.
- Movivo del traslado.
- Copia de los protocolos específicos utilizados, como: hemodiálisis sin anticoagulación, cuidados del catéter de subclavia de doble luz, cuidados específicos de algún injerto...

Una vez diseñado el impreso y el protocolo, fueron presentados al equipo médico, con el que mantenemos excelentes relaciones, y que inmediatamente aceptó colaborar, notificándonos lo antes posible la posibilidad de traslado de un paciente y admitiendo que al alta del centro al paciente se le comunicaría la entrega de dos informes, uno médico y uno de enfermería, ambos en el mismo sobre.

Al confeccionar la epicrisis se hacen un original y dos copias, el original se entrega al paciente, una copia queda en la historia clínica y la otra en el archivo de informes de enfermería del servicio.

La epicrisis la realiza el ATS/DUE responsable de la última sesión de hemodiálisis del paciente en nuestro centro.

SERVICIO NEFROLOGIA

EPICRISIS ENFERMERIA

Datos paciente:

Apellidos
N.º H.ª C L

Nombre
N.º S.S.

Edad

EPICRISIS / Valoración de enfermería

Fecha:
Fdo: ATS/DUE responsable

RESULTADOS

Durante 1987 en nuestro Servicio de Nefrología se han trasladado definitiva o temporalmente un total de 30 pacientes.

La epicrisis de enfermería se ha confeccionado en un total de 22.

A pesar de que todo el personal de enfermería es consciente de la importancia de la citada epicrisis, en 15 ocasiones ésta se ha realizado por la insistencia de la supervisión.

El equipo médico ha cumplido con su compromiso.

En el contenido de las epicrisis se ha detectado una tendencia a dar más importancia a los aspectos mecánicos de la hemodiálisis que a la actitud del paciente.

La información solicitada por nosotros en el informe a la enfermería de los otros centros nos ha sido facilitada en un 80 % de los casos y siempre cuando los pacientes eran trasladados a centros de hemodiálisis, nunca cuando eran trasladados a «grandes hospitales».

Los pacientes han entendido la importancia de la epicrisis de enfermería pues en los reingresos al alta solicitaban «la carta de la enfermera y la del médico».

Ejemplo de una epicrisis.

SERVICIO NEFROLOGIA

EPICRISIS ENFERMERIA

Datos paciente:

Apellidos

Nombre

Edad

N.º H.ª CL

N.º S.S.

EPICRISIS / Valoración de enfermería

Enferma a la que se realiza su primera diálisis en este Centro el día 21-3-88, realizándose hasta un total de 5 sesiones, siendo la última el 29-3-88. Todas las sesiones han tenido una duración de tres horas.

Dializador capilar de cuprophan de 1,1 m de superficie y 11 micras de espesor y concentrado de diálisis F₂.

Heparinización: Las dos primeras sesiones se realizaron sin heparina por haberse canalizado vena central (subclavia/femoral) el mismo día. Las tres últimas sesiones con la heparinización discontinua de 30-0-0.

Acceso vascular: Las dos primeras por vena femoral derecha. Las tres restantes por vena subclavía derecha, con catéter «Mahurkar» de doble luz, que a una velocidad de 200 ml/min. no presenta ningún problema. El acceso vascular definitivo FAVI localizado en antebrazo derecho, se realizó el día 7-3-88.

Tolerancia: En la primera sesión, presentó una hipotensión severa, en la segunda hora, remontó con 400 c.c. de suero Hemoce. En las posteriores diálisis no presentó ningún problema.

Diferencias de balance: Debido al estado de la paciente no ha sido posible pesarla más que en las dos últimas diálisis, siendo el sobrepeso interdiálisis de 1.400 gr. aproximadamente, quedando el peso seco provisionalmente con 64 kg.

Subjetivamente la paciente parece haber aceptado bien su actual situación, ha sido acompañada por su marido a todas las sesiones.

Valencia 29-III-1988

Fdo: ATS/DUE responsable

SERVICIO NEFROLOGIA

EPICRISIS ENFERMERIA

Datos paciente:

Apellidos	Nombre	Edad
N.º H.ª C. L	N.º S.S.	

EPICRISIS / Valoración de enfermería

Paciente al que se le realizan 17 sesiones de hemodiálisis, 6 de ellas por subclavía de doble luz, 9 por femoral derecha y 2 por injerto de Goretex.

11 diálisis han sido con dializador cuprofan de 11 micras y 1,1 m² de superficie y el resto con dializador de cuprofan de 0,8 micras y 1,3 m².

El concentrado ha sido en todas las diálisis al F-2 (Na 134 mEq/l. K 1 mEq/l. Ca 4 mEq/l. Glucosa 2,5 gr/ l.).

La duración de las diálisis ha variado de 4 a 6 horas por sesión y de 2 a 3 sesiones por semana.

El sobrepeso ha oscilado entre 1 y 3 kg.

Heparinización 40-0-20 para 4 horas de duración. Peso seco actual 83 kg.

Tolerancia en casi todas las diálisis ha precisado O₂ 2 l/min sobre todo en las últimas horas. Hipotensión, dolor torácico tipo Angor (que no repercute en ECG) junto con ansiedad y dolor abdominal en algunas ocasiones.

Las 2 últimas sesiones se realizan por acceso vascular Goretex y By-pass de arteria femoral izquierda hacia vena subclavía izquierda.

La punción se realiza con cánula de plástico n.º 15 con tapón posterior y segmento colapsable. Se consigue flujo de 250 ml/min. y presión de retorno de 150 mm/Hg.

Creemos conveniente puncionar con dichas cánulas por la profundidad del injerto y por evitar pérdidas hemáticas debido a la fuerza del Goretex.

Asimismo, la comprensión una vez terminada la diálisis debe ser prolongada.

Adjuntamos cánulas de las que utilizamos nosotros por si os sirve de referencia en caso de que no las utilizéis.

Valencia 26-XI-1987
Fdo: ATS/DUE responsable

SERVICIO NEFROLOGIA

EPICRISIS ENFERMERIA

Datos paciente:

Apellidos	Nombre	Edad
N.º HªCL	N.º S. S	

EPICRISIS / Valoración de enfermería

Paciente que se le realiza siete hemodiálisis, las tres primeras de tres horas de duración y las cuatro últimas de cuatro.

El acceso vascular utilizado ha sido en las dos primeras sesiones la vena femoral derecha y las cuatro siguientes la vena subclavia derecha. Esta enferma aún no tiene acceso vascular definitivo.

La primera diálisis se realizó el 27-11-87 y la última el 13-11-87. El flujo sanguíneo ha sido de 250 ml/min. aunque hemos tenido que invertir la toma por el retorno por problemas de flujo. El monitor utilizado ha sido una RSP y una Personal.

En todas las sesiones ha presentado hipotensiones, que han remontado rápidamente con la administración de HEMOCE. Las constantes postdiálisis obtenidas en la última sesión han sido: T.A. 150/90. FC 90 p/min. T° 37, 7°C y un peso final de 44,8 kg. El estado de ánimo y orientación de la paciente durante las hemodiálisis ha sido bueno, lo único que le ha preocupado ha sido su acceso vascular actual.

Adjuntamos protocolo de utilización de acceso vascular actual.

Si fuese posible os agradeceríamos que nos enviéis todos los datos referentes al n.º de diálisis, cultivos, heparinización, complicaciones, etc., cuando retiréis el catéter, pues son de interés estadístico para nosotros.

Valencia 13-11-1987

Fdo: ATS/DUE responsable

CONCLUSIONES

- En los Centros de trabajo con métodos de trabajo tradicionales es posible la realización de epicrisis de enfermería.

- La realización de epicrisis de enfermería ayuda a mejorar las relaciones entre los profesionales de distintos centros que a menudo comparten los mismos pacientes.
- Los pacientes son conscientes de la gran importancia de la transmisión de información entre los profesionales de enfermería para planificar adecuadamente las hemodiálisis.
- A los profesionales de los centros pequeños les llega más fácilmente la información.
- La epicrisis de enfermería al igual que todas las técnicas y actividades debe de estar completamente protocolizada.
- El impreso utilizado debe adaptarse a la sistemática de trabajo del personal que lo vaya a utilizar.

BIBLIOGRAFIA

- N. Roper, W. Wlogana, A. Tierney: Proceso Atención Enfermería. Modelos de Aplicación, Ed. Interamericana, México, 1983,
- H. Yura, M. B. Walsín: El Proceso de Enfermería, Ed. Alhambra, Madrid, 1982.
- R. Poletti- Cuidados de Enfermería. Tendencias y conceptos actuales, Ed. Rol, Barcelona, 1980.
- D.E. Crem: Normas prácticas de Enfermería, Ed. Pirámide, 1983.
- J. H. Carison, C, A. Craft y A. D. Meguire: Diagnóstico de Enfermería, Ed. Pirámide, Madrid, 1985.
- Madelaine Neiminger: Cuidados Culturales. Un objetivo esencial para los cuidados sanitarios, AANNT Journal, agosto, 1983.
- H. Peplau: Interpersonal Relations in Nursing, Ed. Putnam/Song, Nueva York, 1952.