

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PACIENTES DIABETICOS EN UN CENTRO NO HOSPITALARIO: APLICACION DE PROTOCOLO Y REGISTRO ENFERMERO

*A. M. Cantoni, E. Casanovas, R. Cucala, S. Cucala,
F Mofina*

Centre de Dialisi Bonanova. Barcelona

INTRODUCCIÓN

En los últimos años hemos ido observando como la nefropatía diabética es causa muy frecuente de ingreso de nuevos pacientes en unidades de hemodiálisis. También podemos observar que cada vez estos pacientes tienen una edad más avanzada, presentan mayor patología asociada y las necesidades en cuanto a sus cuidados son mayores. Todo ello hace indispensable más y mejor atención, si cabe, por parte de todos los profesionales implicados en el cuidado de dichos pacientes. En esta labor creemos que el personal de enfermería tiene una importante responsabilidad en la planificación y ejecución de unos cuidados que permitirán identificar las necesidades del paciente, prever complicaciones y adecuar las unidades de tratamiento. No podemos obviar que a medida que las complicaciones vasculares sean severas irremediablemente aumentará el número de amputaciones, lo que disminuirá la movilidad y la calidad de vida de los pacientes,

En nuestro centro la población diabética se sitúa sobre el 20% de los pacientes, dato que consideramos importante y por ello se diseña y se pone en práctica de forma experimental este protocolo.

OBJETIVO

Se establece como objetivo la capacidad de planificar y establecer los cuidados de enfermería de modo preciso, adecuado y eficaz que permita evitar y/o detectar lo antes posible las complicaciones que se puedan presentar, manteniendo lo más elevada posible la calidad de vida de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudian 24 pacientes, 15 hombres y 9 mujeres cuya edad media es de 65 años con un punto máximo de 80 años y un punto mínimo de 48 años. El tiempo en HD se sitúa en una media de 2,14 años, con un punto máximo de 7 años y un punto mínimo de 1 mes. El tiempo de estudio se fija de septiembre de 1993 hasta enero de 1996.

Durante el estudio se pierden seis pacientes, dos por traslado a otro centro y cuatro por defunción. Las causas de las defunciones fueron:

- Un accidente de tráfico.
- Una hiperpotasemia en domicilio.
- Un tromboembolismo pulmonar.
- Un infarto mesentérico.

Las complicaciones asociadas que presentan los pacientes se clasifican en

1. Complicaciones vasculares.

2. Cardiopatías.
3. Otras

1. Complicaciones vasculares

En todos ellos se aprecia retinopatía diabética, que en seis pacientes fue fotocoagulada una o más veces.

Arteriopatías de EEII en seis pacientes, de los cuales tres son claudicaciones intermitentes, arteriopatía ocluyente dos y una insuficiencia venosa. AVC en tres pacientes, dos fueron transitorios y se solucionaron sin secuelas aparentes, y el tercero dejó una hemiplejía derecha.

Las isquemias y trombosis en las FAVIS son las causas de los fracasos en los accesos, tienen una media de 1,2 accesos por paciente (26 FAVIS y tres goretex).

Amputaciones en seis pacientes: tres supracondíleas, una de ellas bilateral en una misma paciente. En dos pacientes un tercio del pie. En otros pacientes dedos del pie,

2. Cardiopatías

Aparecen en los 24 pacientes estudiados y frecuentemente varias de ellas en un mismo paciente son: cardiopatía isquémica, IAM y/o angor hemodinámico, ICC, ACxFA, pericarditis y un taponamiento cardíaco post-1AM.

3. Otras

En esta generalidad agrupamos un carcinoma laríngeo, un mal perforante plantar, un síndrome depresivo, una hepatitis aguda isquémica, un carcinoma pulmonar que quedó pendiente de estudio por exitus (infarto mesentérico).

Infecciones que aparecen en todos los pacientes en algún momento de estudio: tres urinarias, cinco de herida quirúrgica, seis en catéter, dos respiratorias, ocho múltiples.

MÉTODO

Se elabora un protocolo de atención y seguimiento específico para los pacientes diabéticos, así como una hoja de registro que permitirá anotar los cambios en su tratamiento así como la evolución de lesiones si las hubiera.

Tanto el protocolo como los registros se ponen en marcha de forma experimental, durante el estudio se modificó la hoja de registros buscando una mayor adecuación y agilidad en las anotaciones.

RESULTADOS

Valoramos los resultados desde los aspectos:

- A) Aceptación e implicación del paciente.
- B) Eficacia del registro.

A) Aceptación e implicación del paciente

Antes de iniciar el estudio se informó a los pacientes del objetivo del protocolo así como de la periodicidad de las observaciones y pautas de consulta con otros servicios. Sólo un paciente no permitió la observación alegando que su vendaje era complejo y que su esposa se responsabilizaba de las curas, además se controlaba en el ambulatorio. Aunque solicitó la lloja de registro y permiso para que la esposa la elaborara. Dado el tipo de lesión, mal perforante plantar, creemos que hay otras complicaciones de tipo psicológico, mal resueltas. Se aceptó su propuesta para que no se sintiera rechazado aunque la evaluación no se pudiera objetivar.

Quince de los 24 pacientes siguen de forma correcta las visitas programadas sin que se pierdan sin una justificación las programaciones.

Cinco de estos 15 conciertan consulta con un podólogo, consulta que antes no efectuaban pues eran atendidos por algún familiar o se cuidaba el mismo paciente,

Siete pacientes ya seguían antes del protocolo un cuidado adecuado y simplemente manifiestan sentirse mejor controlados aumentando su grado de seguridad y satisfacción.

Dos pacientes siguen de forma deficiente el protocolo, también era deficiente su control antes del protocolo, ambos presentan problemas socio-económicos importantes, aunque en uno de ellos nos consta que se hace consulta con asistencia social.

B) Eficacia del registro

Se realizan 28 registros en los 18 pacientes que inician y concluyen el estudio.

Del grupo de pacientes que fallecieron o se trasladaron antes de concluir el estudio, se realizan en cinco de ellos más de 21 registros, con un máximo de 27 y un mínimo de 2 registros.

En 13 registros se detectan alteraciones y/o lesiones, se observan: Cuatro úlceras en talón.

Dos escaras leves en piernas. Tres úlceras interdigitales. Cuatro cambios en color y/o temperatura.

DISCUSIÓN

Una de las preocupaciones que se plantearon al iniciar el estudio era no sobrecargar al personal de enfermería con más registros y anotaciones, pero también éramos conscientes de la importancia de un exhaustivo control en los pacientes diabéticos, para ello se elaboraron dos hojas de registro. La primera con más datos, que sólo se usa en el primer registro, y una segunda más ágil. Con este modelo se requieren sólo diez minutos en la elaboración, lo que no representa una sobrecarga y permite pautar adecuadamente los cuidados.

La población diabética de nuestro centro es el 20% del total de pacientes. A medida que se avanzaba en el estudio quedaba cada vez más claro que el objetivo planteado era absolutamente necesario también para adecuar arquitectónicamente la unidad, pues los pacientes que sufrieron amputaciones requerían una báscula especial que comprometía el espacio físico disponible. También las dificultades en la visión requieren eliminar ciertas barreras arquitectónicas.

En cuatro registros se han detectado cambios que permiten anticiparse a una lesión y en 13 registros se detectan lesiones incipientes, sin el registro estamos seguros que hubieran pasado inadvertidas. Si el paciente no está bien informado no siempre comunica al personal de enfermería o al médico del servicio cambios que no muestran una lesión aparente, y en otras ocasiones no se muestran las lesiones hasta que éstas son importantes o incluso invalidantes por dolor, infección, etc.

Indirectamente, al presentar el protocolo al paciente, se ha realizado una labor de educación higiénico-sanitaria. Aunque no era la primera información que recibía el paciente si que ha

servido como refuerzo educativo en la necesidad de mantener unos hábitos correctos.

CONCLUSIÓN

1. Observar es parte importante en la tarea de enfermería, toda observación debe ir acompañada de una transcripción para poder valorar los problemas reales o potenciales y a la vez definir objetivos claros de tratamiento que permitan prevenir o paliar posibles complicaciones.

2. El protocolo y registros puestos en marcha se encuentran en esta sintonía y nos han permitido alcanzar los objetivos planteados. Por tanto, constatamos su utilidad y la necesidad de un control más exhaustivo sobre los pacientes diabéticos.

3. El tiempo que se tarda en la elaboración del registro es de diez minutos como máximo, por lo que no creemos que represente una sobrecarga en las tareas del personal y en cualquier caso el beneficio obtenido desacredita cualquier valoración negativa posterior.

4. Registrar las variaciones clínicas y hacer una valoración conjunta entre profesionales, no sólo representa un beneficio para los pacientes, refuerza y confirma la importancia de la labor de enfermería.

PROTOCOLO: SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS

Objetivo: Prevención y tratamiento de complicaciones asociadas a largo plazo en pacientes diabéticos que requieran HD.

Precauciones:

- Averiguar si el paciente es independiente en sus cuidados o si existe alguna persona que se ocupa del control de la glicemia, administración de la insulina y curas de lesiones.
- Asegurar la información sobre hábitos higiénicos-sanitarios que precise.
- Asegurar las visitas de control en Oftalmología, Endocrinología, Vascular, Neurología, etc.
- Realizar adecuadamente el registro sobre la evolución de incidencias del paciente para una eficaz valoración y prevención de las complicaciones,
- Vigilar el buen funcionamiento de la FAVI y asegurar venoclisis adecuadas.
- Establecer el ratio pérdida horaria/tiempo HD adecuado a cada paciente para evitar complicaciones (hipotensiones, angor, etc.) y obtener una buena tolerancia a las sesiones.

Personal: Enfermera/o, no delegable.

Material:

- Historia clínica del paciente.
- Registro, evolución y seguimiento específico paciente diabético.

Preparación personal: Conocer el registro e importancia del mismo, así como de su valoración y evaluación.

Preparación paciente: Informar al paciente del objetivo del registro y frecuencia con la que se realizarán los controles.

Ejecución:

- Interesarse periódicamente sobre los hábitos higiénico-sanitarios del paciente y realización de los mismos.
- Controlar con la periodicidad establecida, Hto, E. C. G., fondo de ojo, balance pérdida horaria/tiempo HD, etc.
- Confeccionar y evaluar el registro.
- Según evolución aconsejar o concertar visita con servicios de Vascular, Oftalmología, Endocrinología, Neurología, etc.

Mantener al paciente y familia informados sobre las necesidades y/o progresos en el tratamiento.

Comentarios:

- Consideramos importante consensuar con todo el personal asistencial los criterios en la recogida de datos y en la evaluación de las observaciones para evitar sesgos en la información registrada.

Es importante reforzar psicológicamente al paciente y familia, especialmente si la evolución de las lesiones se prevé negativa (amputaciones).

BIBLIOGRAFIA

- 1 IV Seminario Español EDEJA/ERCA Lleida, 1994 "Cuidados del paciente diabetico"
- 2 Farreras, A - Rozman, C.: Endocrinología, vol, 11 Ed Duyma, feb 92
3. Harrison: Principios de Medicina Interna, vol li, Ed Interamericana McGraw-Hill Madrid 1991,
- 4 Llach, E, Valderrábano, F: Insuficiencia Renal Crónica Ediciones Norma, Madrid, 1990
5. Carall A , Aisina, J.: Libre de Text de Nefrologia, Ed JIMS, 1995