

UTILIZACIÓN DE UN REGISTRO GRÁFICO COMO FORMA DE AUTOEVALUACIÓN Y MOTIVACIÓN DEL PACIENTE EN EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

S. Alconchel, D. Bertrán, J. Places, E. López, R. Andreu, M. Diaz

Unidad de Diálisis. Fundación Puigvert. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La osteodistrofia renal (ODR) es una de las complicaciones de la insuficiencia renal crónica (IRC) que cursa con escasa o nula sintomatología al comienzo del tratamiento dialítico, pero que exige que sea detectada precozmente para controlar su evolución (1).

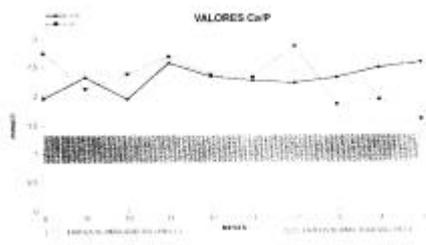
La prevención de las complicaciones severas de la ODR depende en gran medida del grado del cumplimiento de la terapéutica medicamentosa.

El tratamiento es prolongado antes de ser satisfactorio, por lo que es difícil para los pacientes mantener el correcto cumplimiento del mismo.

Es responsabilidad de enfermería el seguimiento de los tratamientos asociados, informando de la finalidad del tratamiento y verificando en cada sesión de hemodiálisis (HD) la toma correcta de la medicación prescrita (2). Como decía Virginia Henderson <para tener salud es necesario disponer de información>.

El uso de mecanismos nuevos que actúen como estímulos de refuerzo hacia el paciente, generan situaciones en las que una conducta positiva (cumplimiento terapéutico correcto) tiene grandes posibilidades de aparecer. La respuesta condicionada obtenida, actúa beneficiosamente, tanto para el paciente como para enfermería (3).

Objetivo del estudio: Comprobar que la visualización gráfica por parte del paciente de la evolución de su balance calcio-fósforo (Ca/P) sea un estímulo añadido para motivar y optimizar la adhesión del paciente a la medicación en el tratamiento de la ODR.



PACIENTES Y MÉTODO

Se seleccionan de forma aleatoria tres grupos de pacientes: A, B y C, afectos todos ellos de IRC en programa de HD. Las características clínicas de los mismos se muestran en la tabla 1.

PACIENTES

Grupo A o grupo control (sin gráfica y control de medicación mensual): diez pacientes, 6 hombres y 4 mujeres; con una edad media al estudio de 44,1 años (rango 22-73). Con un tiempo medio en HD de 78,8 meses (rango 24-160).

Grupo B (grupo sin gráfica y control de medicación en cada sesión de HD): diez pacientes, 6 hombres y 4 mujeres; con una edad media al estudio de 39,7 años (rango 21-65). Con un tiempo medio en HD de 35,1 meses (rango 19-58).

Grupo C (grupo con gráfica y control de medicación en cada sesión de HD): 10 pacientes, 7 hombres y 3 mujeres; con una edad media al estudio de 43,1 años (rango 29-71). Con un tiempo medio en HD de 38.8 meses (rango 20-64).

Grupo A (grupo control)
Valores Ca/P (pre-estudio/al mes/final estudio)

Pacientes	Ca/P Pre-estudio	Ca/P al mes	Ca/P final estudio
1	1,97/1,97	2,31 /1,80	2,25/1,57
2	2,22/2,13	2,42/1,96	2,39/2,16
3	2,44/1,54	2,25/ 1,98	2,49/ 1,82
4	2,24/ 1,47	2,04/ 1,42	2,26/ 1,47
5	2,48/2,06	2,47/2,24	2,50/2,17
6	2,05/2,13	2,05/2,23	2,09/2,44
7	2,42/2,07	2,42/2,65	2,37/3,45
8	2,45/ 1,87	2,37/ 1,63	2,53/2,12
9	2/2,12	2,06/2,60	2,01 /2,36
10	2,56/2,88	2,49/2,74	2,63/2,62
Media	2,28/2,02	2,28/2,12	2,35/2,21

Grupo B
Grupo control medicación, sin gráfica

Pacientes	Ca/P Pre-estudio	Ca/P al mes	Ca/P final estudio
1	2,15/2	2,31 /1,85	2,24/ 1,35
2		2,31 /2,81	2,41 / 1,75
3		2,39/2,22	2,48/2,16
4		2,26/2,54	2,34/2,33
5		2,25/3,45	2,22/2,03
6		2,41 /2,37	2,45/ 1,70
7		2,37/3,61	2,41 /3,08
8		2,42/2,68	2,31 /2,41
9		2,50/2,62	2,73/2,61
10		2,09/2,50	2,49/ 1,64
Media		2,31 /2,68	2,41 /2,15

Valores Ca/P (pre-estudio/al mes/final estudio)

Grupo C
Grupo control medicación, con gráfica

Pacientes	Ca/P Pre-estudio	Ca/P al mes	Ca/P final estudio
1	2,47/2,62	2,45/2,25	2,52/2,33
2	2,29/2,37	2,17/ 1,63	2,38/ 1,84
3	1,96/2,74	2,31 / 1,84	2,48/ 1,93
4	2,24/2,30	2,43/ 1,75	2,42/ 1,85
5	2,39/2,75	2,26/ 1,92	2,52/2,67
6	2,36/2,98	2,37/2,15	2,41 /2,38
7	2,17/2,69	2,30/ 1,29	2,241 1,69
8	2,26/2,97	2,33/ 1,99	2,36/2,17
9	2,32/3,30	2,50/ 1,93	2,67/ 1,71
10	2,41 /2,54	2,40/ 1,92	2,61 /2,31
Media	2,28/2,71	2,35/ 1,86	2,46/2,01

Valores Ca/P (pre-estudio/al mes/final estudio)

MÉTODO

Para los tres grupos de pacientes y al inicio del estudio realizamos una planificación de los cuidados dirigida a mejorar el cumplimiento terapéutico, ajustando la información a los fines que perseguíamos, apoyándonos en las técnicas de aprendizaje y teniendo en cuenta que la información es uno de los factores que mejora el cumplimiento y que su eficacia depende de la capacidad de transmisión y de escucha. El paciente debe participar activamente con quienes le atienden y éstos deben hacerle comprender sus responsabilidades.

El plan educativo lo basamos en: 1) recordar la patología metabólica ósea, 2) informar sobre la dieta (necesidad de limitar los alimentos ricos en Ca/P); 3) remarcar la función de los agentes quelantes del P, momento en que deben tomarse y aspectos concretos de los beneficios esperados.

En nuestra Unidad recomendamos: el carbonato cálcico y el hidróxido de aluminio o acetato cálcico, no deben tomarse juntos. Para aumentar el calcio sérico debe tomarse el carbonato cálcico fuera de las comidas. Para disminuir el fósforo sérico debe tomarse el carbonato cálcico entre el primer y el segundo plato o bien al inicio de las comidas y el hidróxido de aluminio al final de las mismas. Al mismo tiempo es aconsejable tomar la dosis de quelante en la comida principal y más copiosa del día.

A los tres grupos se les determinó mensualmente Ca y P sérico.

A los pacientes del grupo A (grupo control) sólo se les preguntó la medicación tomada una vez al mes, coincidiendo con los resultados analíticos. Recordándoles la dosis correcta.

A los pacientes de los grupos B y C, en cada sesión se les preguntó y registró la medicación tomada, asegurándonos de que entendían exactamente el momento de la toma del medicamento y recordándoles la dosis correcta en caso de mal cumplimiento.

La diferencia entre los grupos B y C consistió en la utilización en el grupo C de un registro gráfico de la evolución Ca/P (Fig. 1)1 dicho registro se les mostró una vez al mes

coincidiendo con la recepción de los resultados analíticos, La enfermera mostraba la gráfica, evaluando con el paciente el cumplimiento del objetivo, comentando las variaciones apreciadas en la misma y reforzándolo positivamente si el resultado era el esperado.

Contenidos Clínicos de los Pacientes

P/Grupo A	Sexo	Edad al estudio	Tiempo en HD	Etiología IRC
1	V	36	24	Goodpasture
2	V	41	72	GNC
3	H	73	72	No filiada
4	V	62	156	Poliquistosis renal
5	V	56	24	Poliquistosis renal
6	V	45	160	Nefroangioesclerosis
7	V	36	24	GNC
8	H	36	60	GNC
9	H	34	148	GNC
10	H	22	48	Reflujo bilateral

Contenidos Clínicos de los Pacientes (Cont.)

P/Grupo B	Sexo	Edad al estudio	Tiempo en HD	Etiología IRC
1	V	32	20	Reflujo bilateral
2	H	35	58	GNC
3	V	29	36	No filiada
4	H	65	19	No filiada
5	V	41	37	GNC
6	H	47	37	Poliquistosis renal
7	V	21	34	Sd. Alport
8	H	31	42	GNC
9	V	37	54	GNC
10	V	59	14	Poliquistosis renal

P/Grupo C	Sexo	Edad al estudio	Tiempo en HD	Etiología IRC
1	H	29	41	GNC
2	H	39	30	GNC
3	V	34	30	Diabetes
4	V	52	33	Nefroangioesclerosis
5	V	34	64	Poliquistosis renal
6	H	30	31	Nefropatía intersticial
7	V	48	20	No filiada
8	V	71	48	No filiada
9	V	42	43	Berger
10	V	52	48	Poliquistosis renal

P: pacientes. Edad. Estudio en años.

Tiempo en HD en meses. GNC: glomerulonefritis crónica

En la gráfica se marcan las franjas de normalidad para el Ca y P, de este modo el registro de los valores patológicos se muestra más evidente para el paciente.

Para evitar interferencias subjetivas los pacientes de los grupos A y B no conocían la existencia de la gráfica.

Ningún paciente tomó caicitriol durante el estudio y todos finalizaron el mismo.

Los resultados se expresan como media aritmética y rango y <t> de Student.

RESULTADOS

En el grupo A (grupo sin gráfica y control de medicación mensual): se observa un aumento progresivo de las cifras de P desde el período pre-estudio hasta el final (2,02-2,21 mmol/l). Las cifras de calcio sérico permanecen prácticamente invariables, observando un leve aumento al final del estudio (2,28-2,35 mmol/l).

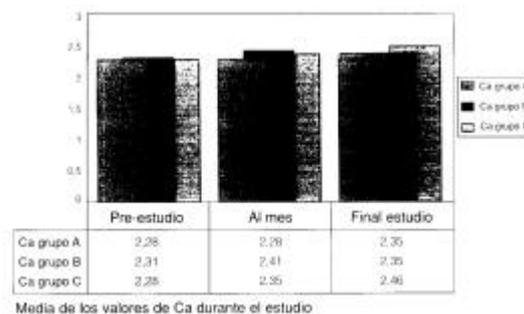
En el grupo B (grupo sin gráfica y control de medicación en cada sesión): se observa una disminución progresiva de los valores de P sérico (2,68-2,01 mmol/l). Los valores de Ca aumentan ligeramente en el primer control, disminuyen al final, aunque quedan por encima del valor pre-estudio.

En el grupo C (grupo con gráfica y control de medicación en cada sesión): se observa una disminución mucho más acentuada de los valores de P sérico, fundamentalmente al primer control, estabilizándose al final del estudio (2,71-1,86-2,08 mmol/l). Los valores de Ca sérico aumentan progresivamente de forma lineal.

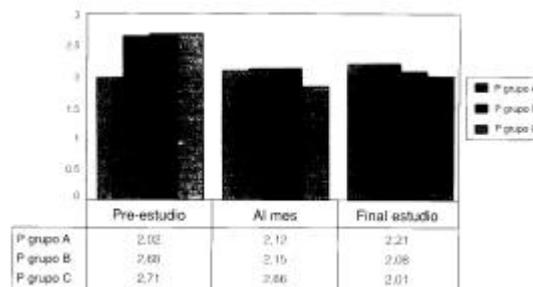
Hay que destacar que los valores de P más bajos del período pre-estudio corresponden al grupo B.

La diferencia entre los niveles de P, al inicio y al final del estudio en el grupo C, son estadísticamente significativos: $p < 0,00026467$. En el grupo A, estas diferencias no son significativas: $P < 0.32$.

Niveles de calcio plasmático Comparativa grupos A, B y C

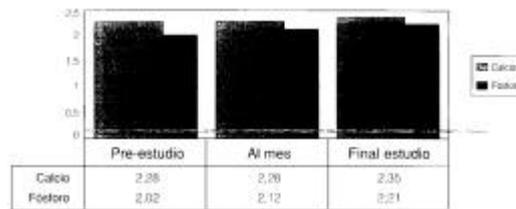


Niveles de fósforo plasmático Comparativa grupos A B y C



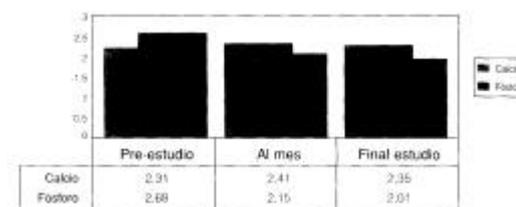
Media de los valores de fósforo durante el estudio

Grupo A
Grupo control



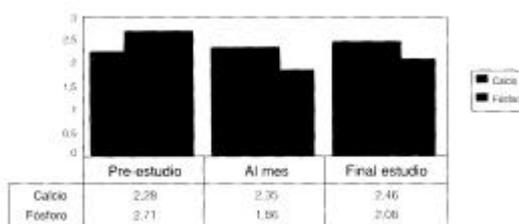
Media de los valores Ca/P

Grupo B
Grupo con control medicación, sin gráfica



Media de los valores Ca/P

Grupo C
Grupo con control medicación, y con gráfica



Media de los valores Ca/P

DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios sobre este tema demuestran que no puede confiarse en la total adhesión del paciente a su tratamiento cuando éste es prolongado. Para un buen cumplimiento terapéutico, el paciente ha de valorar los beneficios potenciales del mismo. Resulta más fácil un tratamiento que dé resultados positivo a corto plazo que no a largo plazo y no vividos previamente por el paciente como positivos (4).

El personal de enfermería, debe asegurarse siempre de que el paciente reciba las instrucciones terapéuticas correctamente escritas, revisarlas y verificarlas con él para poder realizar un ajuste de los niveles de comprensión, aunque la enseñanza del paciente debe ir más allá de una información correcta. Un reto mayor es el de motivarlo y corresponsabilizarlo para lograr la adquisición de conductas implicadas en sus autocuidados; en este sentido la aplicación de nuestro estudio de un registro gráfico de la evolución del balance Ca/P ha sido una herramienta eficaz para el mayor cumplimiento terapéutico, así como para lograr un mayor entendimiento y aceptación de la problemática de la osteodistrofia renal por parte del paciente.

Conseguir de un paciente crónico un buen cumplimiento terapéutico requiere un gran esfuerzo del equipo sanitario y no se consigue sin dedicación y perseverancia.

En concordancia con otros autores (5), hemos observado en algún caso que los pacientes desconfían de la medicación, se resisten al tratamiento más por razones de creencias sobre la salud y no por la capacidad de comprensión, las diferencias culturales o de formación. En este sentido la aplicación de mecanismos de motivación, como el descrito logra no sólo estimular al paciente sino al mismo equipo a su cargo. Este *feed-back* bidireccional es otro de los objetivos perseguidos.

Todo este planteamiento nos aporta perspectivas y habilidades profesionales añadidas que ayudan a asegurar unos cuidados individualizados y racionales.

CONCLUSIONES

- Es responsabilidad de enfermería informar, motivar y hacer partícipe al paciente en el cumplimiento terapéutico.
- La representación gráfica del balance del producto Ca/P puede ser un mecanismo eficaz como elemento motivante y de *feed-back* positivo entre el paciente y el personal sanitario.
- Es importante establecer una relación empática para conseguir una buena comunicación con el paciente.
- La necesidad de elaborar planes educacionales deberían ser una dinámica de trabajo en las Unidades de Hemodiálisis.
- A pesar de las medidas utilizadas, no se logra conseguir en algunos pacientes un buen cumplimiento; en estos casos es importante la reeducación, remotivación y renegociación (6).
- No obstante, debe tenerse en cuenta, que la última decisión la tiene el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Llach, F.: Osteodistrofia renal y diálisis de mantenimiento, En F. Llach y F. Valderrábano, ed. Insuficiencia renal crónica, diálisis y trasplante renal. Cap II, pp 20-245, Editorial Norma. Madrid 1990.
2. Balhorn, J.: Problemas de enfermería con el cuidado de los pacientes en diálisis que sufren osteodistrofia renal. En P.M. Monkhouse ed. Aspectos del cuidado renal 2, pp, 36-42, 1988, Baillière Tindall.
3. Pérez Balseito, A.: Aspectos psicológicos del paciente con insuficiencia renal crónica. Biseden 3:9-16, 1994.
4. Yanez, F.: Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. III Seminario Español EDTNA/ERCA, pp 109-119. 1994.
5. Greminger, P.: Programa educativo a pacientes para mejorar el cumplimiento de la medicación, evaluación de la proyección de diapositivas sobre hipertensión y obesidad, Sandorama 4:23-28. 1987.
6. Anderson, R.J.; Kirk, L.M.: Methods of improving patient compliance in chronic diseases states. Arch Intern Med 142:1673-1675. 1982.