

# Trabajos de Nefrología

## PROPOSITO Y ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE APRENDIZAJE



*M.ª del Sagrario Guerra Díaz, natural de Toledo, realiza sus estudios de A.T.S. en la clínica de Nta. Sra. de la Concepción (F.J.D.). Inicia su vida profesional en el Departamento de Riñón Artificial de dicha clínica en donde se encuentra actualmente.*



*Sor Pilar García García, natural de Alba de Tormes (Salamanca), realiza sus estudios de A.T.S. en Salamanca, Hospital Clínico. Inicia su vida profesional en la Clínica de la Concepción (F.J.D.) en el departamento de Urgencias, pasando posteriormente a Medicina Interna y Quirófano. Actualmente en el Departamento de Riñón Artificial desde hace tres años.*



*M.ª José Reyero López, natural de Santander, cursa su carrera de Ayudante Técnico Sanitario en la Fundación Jiménez Díaz en el año 1969 terminando en 1972.*

*Comienza su actividad profesional en agosto de 1972 en la sección de Prematuros durante tres meses, pasando luego a ginecología hasta junio de 1976 que entra en el Departamento de Riñón Artificial continuando en la actividad.*

## HISTORIA

En los últimos 30 años las técnicas sustitutivas de la función renal, han experimentado un tremendo progreso que las ha transformado, de

un proceso experimental lleno de riesgos, en un medio terapéutico de evidente eficacia y suficiente seguridad.

En 1961 con el descubrimiento y fabricación de las cánulas de Quinton-Scribner, se hizo posible establecer las diálisis a largo plazo en los pacientes con un fracaso renal crónico.

Con la puesta en práctica de los cortocircuitos internos el número de enfermos que podían beneficiarse de la terapéutica dialítica aumentó rápidamente, llenando todos los servicios. A los grandes centros de diálisis se sumaron otros centros satélites dependientes de los primeros.

Sin embargo, a pesar de todo el esfuerzo realizado, los gastos seguían siendo enormes y el número de plazas insuficientes. De todo este contexto nació como producto natural la idea de la diálisis en casa.

En 1963 un paciente de Boston hace la primera diálisis en su propio domicilio. El procedimiento cobra auge cuando Shaldon, en Inglaterra, pone los cortocircuitos en las piernas para mayor autosuficiencia del paciente.

La aparición, en 1966, de los cortocircuitos internos (fístula arteriovenosa de Cimino-Brescia) constituye un aporte más al tremendo desarrollo que adquiere, por sí misma, la diálisis en casa. Contribuyen a ello de un modo importante la creación y mejoría progresiva de los centros de entrenamiento y de los manuales de diálisis con detallada información para los pacientes y sus familiares.

## **OBJETIVOS**

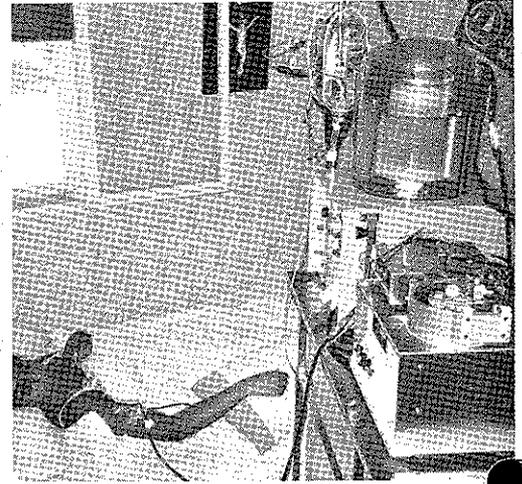
El programa de aprendizaje constituye una de las partes más importantes de nuestra unidad. La experiencia nos ha demostrado que del resultado de él depende la mayor supervivencia y mayor calidad de vida de los pacientes.

Los objetivos que perseguimos son, fundamentalmente, dos:

1. Fomentar la autonomía del paciente a través de:
  - a) Una mayor adaptabilidad del programa de diálisis a su vida familiar y laboral.
  - b) Un menor contacto con el ambiente hospitalario.
  - c) Una mayor toma de conciencia y responsabilidad del problema por parte del paciente al participar de una forma más activa y comprometida en su tratamiento.
2. Disminuir el riesgo de infecciones, fundamentalmente de hepatitis sérica.

Estos objetivos están, a su vez, directamente relacionados con:

- un coste más reducido de cada diálisis.
- una mayor disponibilidad de plazas en el hospital.



## **ORGANIZACION DEL SERVICIO**

Nuestra experiencia en la labor de aprendizaje comenzó en 1969. Desde entonces hasta el momento actual, con la experiencia obtenida, hemos ido evolucionando hacia un aprendizaje más perfeccionado.

En un principio, el número de pacientes era muy reducido. También el de enfermeras. Como consecuencia, la enseñanza impartida era más monolítica y uniforme, y no estaba sujeta a duración alguna.

En una sala con dos aparatos, se dializaban principalmente los pacientes que estaba previsto aprendieran, junto con un familiar el manejo del aparato y la técnica de diálisis. Se ocupaban de esta enseñanza las enfermeras que según los turnos establecidos tuvieran asignada dicha sala. Más tarde, el número de pacientes en programa de aprendizaje fue aumentando debido, fundamentalmente, a:

- que la política del departamento varió progresivamente en el sentido de hacer la selección cada vez menos rigurosa;
- que se consiguió que la Seguridad Social se hiciera cargo del coste de la diálisis.

Esto fue lo que más incrementó el número de pacientes en este programa, ya que eran muy escasos los que podían costársela ellos mismos.

Esta mayor afluencia de pacientes, nos obligó a destinar una sala de mayor capacidad exclusivamente para el programa de aprendizaje. También nos vimos en la necesidad de delimitar el período de enseñanza a un tiempo determinado, más reducido, que se estableció sería de tres meses, con cierta flexibilidad para determinados pacientes y circunstancias. En el aspecto pedagógico, y para conseguir una mayor uniformidad y continuidad en la enseñanza, se consideró ne-

cesario que las enfermeras no cambiaran tan a menudo, sino que dos de ellas se ocuparan exclusivamente de la misma en turnos de mañana y tarde durante el período de tres meses establecido. Como contrapartida a esta dedicación exclusiva, dichas enfermeras se vieron libres de otros turnos como noches, o diálisis fuera de la unidad. La única excepción a lo anteriormente dicho, lo constituyen los meses de verano debido a las vacaciones.

Como resultado de ello, conseguimos realizar el aprendizaje en menos tiempo y con un nivel de calidad más alto.

Lógicamente, el número de pacientes que se trasladaron a su domicilio, fue aumentando progresivamente. Ello acarrió un mayor número de llamadas para consultas técnicas, reclamación de material, etc. Como por otra parte se vio la necesidad de que una sola persona coordinase todo lo referente al aprendizaje, se creó el puesto de Supervisora para que se hiciera cargo y se responsabilizara de todo ello. Aparte de esto, se estableció como otra función de dicha supervisora una serie de visitas periódicas a los domicilios de los pacientes para comprobar por una parte la adecuada aplicación de las técnicas aprendidas, y por otra, para darles la seguridad de que seguían atendidos y en contacto con la unidad.

Para una mayor coordinación entre las enfermeras encargadas y la supervisora correspondiente, se empezó a llevar un libro de partes en el que se anotaba diariamente la progresión en el aprendizaje.

## SISTEMA DE ENSEÑANZAS

En cuanto a la manera de llevarlo a cabo, lo que intentamos es impartir una enseñanza teórico-práctica de las técnicas de diálisis y sus problemas y complicaciones. Para ello se ha confeccionado un programa - libro en el que de una manera sencilla se explican estas técnicas y la forma de solucionar los problemas que puedan surgir. Este libro, junto con las clases teóricas y las prácticas realizadas bajo la dirección de las A.T.S., constituye el conjunto de la metodología empleada.

Esta acción formativa debe incidir específicamente sobre los puntos siguientes:

1. Práctica del funcionamiento del equipo y posibles complicaciones que pudieran surgir en su utilización.
2. Cuidados de la fístula o del cortocircuito externo.
3. Problemas que deben consultar sin tomar decisiones por sí mismos.

4. Dieta y medicación.

5. Limpieza y conservación del aparato.

Más difícil de establecer es lo que se debe aprender en cada sesión de diálisis y cómo debe ser la progresión de conocimientos. En la práctica, consideramos necesario seguir una pauta fija, que tenemos ya programada, en función del número de sesiones comprendidas en los tres meses que dura el aprendizaje. Este programa se aplica, no obstante, de una manera flexible y en función de la capacidad de comprensión o de la habilidad manual de cada persona.

Añadiremos a esto que últimamente intentamos comprometer a los pacientes en su propio proceso de aprendizaje para que consigan una mayor autonomía y disminuya su grado de dependencia.

## CONCLUSIONES

La estadística nos ha demostrado que la supervivencia acumulativa de los pacientes sometidos a esta técnica terapéutica, es prácticamente similar a la de los sometidos a trasplante de vivo y, desde luego, superior a la de las diálisis hospitalarias.

Esto nos demuestra la gran importancia de la labor de aprendizaje de la cual dependerá su calidad de vida futura.

De acuerdo con nuestra experiencia, consideramos que los puntos básicos y primordiales para conseguir unos resultados satisfactorios son:

1. La concienciación por parte de los A.T.S. de lo que supone el aprendizaje para la vida futura del paciente.
2. La unificación de criterios en cuanto a sistemas y actitudes a seguir.
3. La coordinación entre todo el personal responsable del mismo.
4. Inculcar al paciente y familiares el convencimiento de que estarán perfectamente capacitados para hacer frente a cualquier situación que se les plantee.
5. Conseguir de ellos la aceptación de la diálisis como un camino para la vida.

Y ya para finalizar, pensamos que el resultado de la política y las pautas seguidas desde el año 1969, es francamente positivo, ya que desde ese año hasta 1977 se han trasladado a su domicilio 61 pacientes. De ellos continúan en programa de hemodiálisis domiciliaria 43, habiéndolo abandonado 10 por fallecimiento, 1 por vuelta a hemodiálisis en unidad satélite tras un trasplante fallido, y 3 por recuperación de función.