

2º Premio

Relaciones entre la Enfermería Nefrológica y el Paciente en Diálisis desde el punto de vista Asistencial y Humano.

Trinidad Martínez López
S.S. ZARAGOZA

¿QUIEN ES EL PACIENTE RENAL?

El paciente renal, ya sea hombre o mujer, es ante todo un ser humano y por lo tanto, prescindiendo de los niños que también son afectados por la I.R.C., se les puede considerar entre los siguientes datos:

Edad: Entre los catorce y setenta años.

Estado: Solteros-as, casados-as, viudos-as, religiosos-as, Sacerdotes.

Profesiones: Directores de bancos, de empresas, médicos, abogados, ingenieros, profesores, estudiantes, trabajadores autónomos, peritos, oficinistas, sus labores, empleados, ATS, maestros, bailarines, jardineros, escaparatistas, peleteros, zapateros, titoreros, chóferes, pastores, trabajadores del campo y un larguísimo etc.

Posición económica y social: De todas clases, desde muy buena, sin ningún problema económico hasta pacientes en situaciones de verdaderas crisis y angustias económicas.

Grado cultural: Variadísimo a juzgar por estudios, situación económica y otros datos.

Religión: Católicos, protestantes, ateos, indiferente.

Lugar de residencia: Grandes ciudades, ciudades más pequeñas, pueblos, aldeas, barrios, etc.

Tiempo de enfermedad: Desde días hasta once años. El paciente renal que llega a la I.R.C. o T., es

para toda la vida, pues aún teniendo la suerte de un buen trasplante renal, deberá someterse de por vida, a continuas revisiones y controles médicos.

El paciente renal por su enfermedad en sí y por el tratamiento que debe llevar, presenta unas características peculiares y específicas. En los casos de F.R.A. todos los esfuerzos y sacrificios que realicen el equipo médico y demás personal sanitario para aplicar el debido tratamiento, serán bien empleados si se consigue devolver al paciente a una vida normal.

CAUSAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL

Entre las causas que pueden ocasionar una I.R. están: Las quirúrgicas, las traumatológicas, obstétricas, agentes nefrotóxicos, etc.

Médicas: Glomerulonefritis, pielonefritis, hipertensión, nefropatías intersticiales, poliquistosis renal, diabetes mellitus, gota, tuberculosis renal, amiloidosis renal etc.

Presentación de la Insuficiencia Renal Crónica

En algunos casos de forma brusca, por haber estado latente. Son por muchos más los que después de meses o años de llevar un tratamiento médico conservador acaban en I.R.C.

Métodos o Tipos de Diálisis

Una vez que al paciente se le diagnostica la I.R.C., el médico, de acuerdo a su lesión renal, situación familiar, edad, distancia de su domicilio al Centro Hospitalario y un sin fin de valoraciones más, informa al paciente de los Tipos de Diálisis y, de acuerdo a las condiciones mencionadas le da a escoger entre algún tipo de diálisis o le indica cual es el más idóneo para su I.R.C.

Diálisis Peritoneal

Para realizarla hay que colocar un cateter rígido un cateter de Tenckhoff en la pared abdominal del paciente, en una zona carente de vasos, suele hacerse en la línea media o en una u otra de las fosas ilíacas.

Se efectúa esta operación en un Centro Hospitalario y mediante técnica estéril, e inmediatamente se comienza la D.P.

CAPD o Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua

Para llevarla a cabo hay que insertar al paciente un cateter de Tenckhoff. La CAPD permite al paciente una mayor independencia al no tener que desplazarse a un Centro Hospitalario, ya que

puede realizarla en su domicilio, previo aprendizaje de él y un familiar en el servicio de nefrología, impartido por una A.T.S. de dicho servicio.

Hemodiálisis Hospitalaria

Para que un paciente con I.R. comience un tratamiento en H.D. debe contar previamente con un acceso vascular, como una fístula arterio-venosa interna que consiste en una anastomosis de una arteria y una vena carcanas, operación de cirugía menor que realiza un cirujano cardiovascular. Esta operación tiene por objeto el desarrollo de una vena mediante el mayor flujo sanguíneo que le proporciona la arteria a fin de que sea el necesario para el buen funcionamiento del R.A. Asimismo facilitará las punciones que en número mínimo de seis por semana habrán de realizarse en dicha vena.

Si el paciente tiene que pasar a R.A. antes del tiempo señalado para el perfecto desarrollo de su F.A.V. interna -de dos o más semanas, según los casos- se le puede colocar:

Un SHUNT o F.A.V. externa que se puede utilizar inmediatamente de ser colocada por el cirujano.

Un CATETER DE SUBCLAVIA para H.D. que consta de doble conexión externa para conectarlas a las líneas arterial y venosas y realizar la hemodiálisis con unipuntura.

SHALDON, colocando dos catéteres de Shaldon en la vena femoral para efectuar la H.D.

Tanto los catéteres de Shaldon como el de subclavia son colocados en el Servicio de Diálisis por un nefrólogo, este último se comprueba su localización mediante radiografía -antes de comenzar la sesión de H.D.-

A estos pacientes se les programa, por lo general cuatro horas de H.D. tres veces por semana en días alternos.

Hay pacientes que son programados para cinco horas de H.D. tres veces por semana y otros cuatro horas todos los días. Esta valoración la realizan los nefrólogos de acuerdo a las necesidades del paciente y por el tiempo que les sea necesario.

Estos tres últimos métodos son empleados también cuando fracasa una F.A.V. interna ya que el paciente renal crónico no puede dejar de dializarse o hemodializarse hasta que se le efectúe una nueva operación para una F.A.V.I. y esperar a que ésta llegue a su pleno desarrollo.

Ante pacientes con malos accesos vasculares se han empleado los injertos o autoinjertos de vena femoral, safena, carótida de vaca, cordón umbilical, gore-tex y derivados.

Cuando se coloca un gore-tex hay que esperar que se forme el epitelio que permitirá se efectúe el taponamiento o hemostasia tras las punciones, por lo tanto no es conveniente pinchar este injerto antes de veintidós días a partir de su colocación.

Hemodiálisis Domiciliaria

El paciente seleccionado o que elige este tipo de H.D. debe contar con una buena F.A.V. interna.

Deberá acudir al Servicio de Nefrología en compañía del familiar que le ayudará en su domicilio cuando se efectúe la H.D., para ambos, realizar el aprendizaje, de montaje del R.A. prácticas, técnicas, punciones, etc. a cargo de una A.T.S. del Servicio de Nefrología, durante el tiempo señalado o que se crea oportuno y necesario para cada paciente.

Normalmente estos pacientes se dializan cuatro horas, tres veces por semana, en días alternos.

Trasplante Renal

Por último y como tratamiento excepcional, tan esperado y deseado por todos los pacientes renales, está, el Trasplante Renal, que no está indicado en todos los casos y que, por multitud de factores y dificultades no tendrán la alegría de acceder a él.

Comienzo del Tratamiento de la I.R. Crónica

En general si el paciente recibe una buena y detallada información sobre su enfermedad, tratamiento y complicaciones que puedan surgir, se le predispone a una mejor aceptación del tratamiento.

El paciente que comienza su Diálisis o H.D. puede ser agudo o crónico. Llegará a la unidad de diálisis o bien de su casa o de su habitación de hospitalización donde ha estado acompañado de alguno de sus familiares o seres queridos.

Entra solo a un lugar desconocido, donde hay unos pacientes conectados a unos «aparatos» mediante unos tubos llenos de sangre. En la mayoría de los casos no se enseña un R.A. a los pacientes con I.R.C. previamente a su primera H.D.

Si el paciente ha recibido una buena información, sabe que su sangre se purificará y perderá los líquidos que contenga en exceso mediante D.P. o fuera de él en Riñón Artificial, y esto, llegado el momento, le impresionará.

El grupo de A.T.S. y de A.C. de la Unidad de diálisis es desconocido para él, normalmente solo conoce a los nefrólogos.

INFORMACION DE LA A.T.S. AL PACIENTE RENAL

No es lo mismo la teoría que la práctica y cuando el paciente llega a la unidad de diálisis de Consultas Externas, de su domicilio u Hospitalización con una buena información médica, encuentra tan distinta la realidad a la teoría, que en general, y de momento, olvida prácticamente todo cuanto se le ha enseñado. El paciente puede llegar a la unidad de diálisis consciente o inconsciente.

Primera Diálisis Peritoneal

Una vez que el paciente ha sido instalado en la U. de D., si está consciente, la A.T.S. que va a atenderle deberá recordarle e informarle que:

- Es A.T.S. de diálisis
- Que tiene que tomarle las constantes y explicarle brevemente la importancia de estos continuos controles, que quizás le resulten molestos.
- Que para llevar a cabo la D.P. es preciso colocarle un cateter en el abdomen y para ello necesitamos rasurar, limpiar y desinfectar la zona de inserción del cateter señalada por el nefrólogo.
- Indicar al paciente la posición decúbito dorsal que debe adoptar y mantener, mientras no haya contraindicación.
- Que el nefrólogo le colocará unos paños sobre dicha zona para mantenerla estéril a fin de evitar posibles infecciones y que por lo tanto no debe tocarlos y estar atento a las indicaciones del médico.
- Que todo el «aparato» que utilizamos de batas, paños, mascarillas, guantes, etc., no debe asustarle que lo utilizamos a fin de protegerle contra posibles infecciones.

- Durante la colocación del cateter al paciente la A.T.S. debe mantener dividida su atención y competencia entre :

- Instrumentar al cirujano y
- Observar al paciente para detectar a tiempo, dolor, náuseas, mareos, hipotensión, etc.
- Una vez colocado el cateter se comienza la D.P. haciendo pasar al peritoneo, la peritofundina o líquido de diálisis que necesita el paciente de acuerdo a su analítica a fin de realizar un balance hidrico-negativo y corregir los trastornos hidro-electrolíticos frecuentemente asociados. Explicaremos al paciente el porqué le introducimos al peritoneo el líquido de diálisis y el interés que tenemos en su drenaje.

Comenzada la D.P., comprobado que el líquido fluye libremente, tanto a la entrada como a la salida, su color, claro, turbio, hemático, etc, que la ampolla del tubo de drenaje no esté llena de líquidos para evitar infecciones peritoneales por retroceso del líquido, la perfecta oclusión de entrada del cateter, etc.

Informar al paciente de: la dieta, medicación, ingesta de líquidos durante la D.P., la duración de la misma indicada por el nefrólogo y que al final se le extraerá el cateter que se le ha colocado.

Recaltar al paciente que los líquidos y medicación que vamos a administrarle durante la D.P. pueden parecerle a él excesivos o insuficientes, pero que debe estar tranquilo ya que nos ajustamos a las indicaciones del nefrólogo, que es quien valora el equilibrio hidro-electrolítico adecuado para él.

Lo imprescindible del reposo absoluto en cama durante la D.P. si lleva insertado un cateter rígido por el peligro de lesiones intestinales.

El paciente en D.P. está controlado por un A.T.S., pero no está demás en advertirle, que ante cualquier anomalía o malestar que sienta, lo manifieste, ya que son múltiples las complicaciones que pueden surgir en D.P.

Hay pacientes a los que se les programa diálisis peritoneal continua, en el Servicio de Diálisis tres veces por semana durante más o menos doce horas por sesión. En estos casos en vez de colocar un cateter rígido de D.P. se inserta un cateter de Tenckhoff en el mismo Servicio o bien en quirófano.

Información al paciente en CAPD o Diálisis Peritoneal Ambulante Continua

A los pacientes seleccionados para CAPD se les inserta un cateter de Tenckhoff y se comienza con D.P. en el Centro Hospitalario.

La información que el A.T.S. debe dar al paciente de CAPD es la misma que ha dado al paciente en D.P. hasta que la herida y puntos efectuados en la colocación del Tenckhoff hayan cicatrizado y cuando el nefrólogo considere oportuno incluir a un paciente en CAPD, se comienza el aprendizaje con él y algún familiar.

Es posible que el paciente sea completamente capaz para llevar a cabo cuanto implica este tratamiento, pero puede suceder que, por alguna indisposición o en determinadas circunstancias necesite ayuda.

Se han dado casos de pacientes seleccionados para CAPD que tienen incapacidad visual, manual etc., por lo que deben ser atendidos por algún familiar.

Comienzo de la CAPD

El paciente y familiar serán conducidos a la habitación para aprendizaje de CAPD.

El A.T.S. al comenzar a impartir el aprendizaje, debe ante todo quitar el temor que pueda existir en el paciente y familiar, dar tranquilidad y a la vez, suave, pero firmemente, dejar bien claros los procedimientos básicos para realizar con seguridad y eficacia la capacitación del paciente y familiar.

Indicaremos al paciente y familiar que la CAPD no es difícil de aprender, lo difícil es ser fiel a la perfecta higiene, observación diaria de la inserción del cateter, de la línea, color del líquido etc., ya que pasado un tiempo se puede dejar llevar por la rutina y quitar importancia a detalles que son esenciales para el buen éxito del tratamiento. La CAPD es una terapia médica y es muy importante llevar a cabo cada procedimiento cuidadosa y exactamente de acuerdo con los métodos indicados.

Una técnica deficiente o mala puede ocasionar una infección grave, ya sea en la inserción del cateter o en el peritoneo, llegando a tener que hospitalizar al paciente y posiblemente haya que extraer el cateter, programar un nuevo tipo de diálisis hasta que desaparezca por completo el problema.

Estos riesgos pueden amenazar la vida del paciente, por ello es importantísimo recordar que estas complicaciones pueden evitarse practicando una buena técnica.

Los procedimientos que debe aprender bien el paciente y familiar son:

- 1.- Buena higiene personal y extrema de las manos, al realizar los cambios.
- 2.- Observación y cuidados diarios del cateter de Tenckhoff y sus conexiones a la línea y bolsa de la solución.
- 3.- Comprobar que jamás haya la menor abertura, ni siquiera un «poro», ni en el cateter, ni en la línea, ni en la bolsa del líquido de diálisis.
- 4.- Recordar siempre que la introducción del líquido de diálisis al peritoneo, a través de la línea y del cateter, y la salida de éste a la misma bolsa, constituyen un sistema cerrado para proteger de la contaminación al paciente.
- 5.- Observar bien, en la bolsa del líquido de diálisis que va a ponerse:

a) Si el concentrado que corresponde al recambio que se va a efectuar, ya que a mayor concentración de dextrosa habrá mayor ultrafiltración.

b) Su color claro y transparencia perfectas.

En la bolsa de drenaje observar:

- Su color y transparencia
- Si hay turbidez, fibrina, color hemático.
- El tiempo de drenaje y la cantidad drenada.

6.- Seleccionar un medio ambiente adecuado y para ello tener en cuenta :

a) Que no haya corrientes de aire ni tráfico de personas, mucho menos animales, perros, gatos, pájaros etc., alejarse de aparatos de aire acondicionado, ventiladores, unidades de calefacción, para protegerse de posibles contagios e infecciones.

b) Buena iluminación

c) Silla cómoda, tanto de altura como de respaldo

d) Una mesa suficientemente grande para contener los suministros necesarios y que su superficie pueda limpiarse fácilmente.

Informaremos al paciente de que, tanto la mesa, el soporte para colgar la bolsa con la solución a su ingreso y salida, el armario para guardar bolsas y demás suministros, le serán proporcionados y llevados a su domicilio, así como las bolsas de solución de líquido de diálisis con las diferentes concentraciones que necesite de dextrosa en recipientes de plástico. La bolsa de tela y cinturón para introducir la de plástico cuando el líquido está en el abdomen. El calentador del líquido de diálisis, la povidona yodada, antiséptica y para uso tópico. Pinzas oclusivas para los orificios de las bolsas, que se usarán al efectuar los recambios, gasas estériles, agua oxigenada, báscula para pesarse el paciente y báscula para pesar la bolsa con el líquido de drenaje. Juegos de CAPD que contienen cada uno:

- Una pinza de protección con esponja impregnada en povidona yodada.
- Una mascarilla
- Un paño seca-manos
- Dos tiras adhesivas
- Todo ello estéril y por lo tanto no debe usarse si la bolsa está abierta, rota, o la esponja de la pinza está seca.
- Tensiómetro y estetoscopio.
- Bolsas de basura
- Jeringuillas, agujas y medicamentos, cuando al paciente le sean necesarios. Gráficas en las que el paciente deberá anotar: Su nombre, fecha, peso, TA, peso del líquido drenado, hora y concentrado que va a ponerse, nombre y cantidad de la medicación que se pone -si lo tiene indicado-, y cuantos datos le indique el nefrólogo que debe tener en cuenta.

Para comenzar el CAPD es necesario colocar al cateter del paciente una conexión de titanio consistente en un adaptador que termina en un extremo por un cono, que deberá ajustarse al cateter sin holguras ni deslizamientos, con un ajuste lo más perfecto posible, y por el otro lado termina en forma de rosca externa.

A esta conexión adaptaremos una línea que está formada por un tubo de plástico hueco, de aproximadamente 1,20 m. de longitud, con una pinza de rueda a fin de permitir o cortar el paso del líquido de diálisis. En un extremo termina en una conexión de plástico rígido con rosca interna para adaptarla a la conexión de titanio mediante giro o rotación y en el otro extremo una aguja o pincho para introducirlo en la bolsa del líquido de diálisis y permitir el paso de éste al abdomen.

Colocación de la primera bolsa de Solución para CAPD

Sobre el calentador eléctrico colocamos la bolsa de solución para diálisis que corresponda, tal

como la recibimos o sea sin quitar nunca su doble envoltura y calentamos a 37°C.

Una vez iniciada la orientación básica al paciente y familiar, la A.T.S. encargada de su aprendizaje, explicará que va a proceder a colocar la primera bolsa del líquido de diálisis, la línea y el titanio.

La A.T.S. se lavará bien las manos, abrirá totalmente el juego de CAPD para el cambio, de forma que no salga nada fuera de él, ya que todo el contenido está estéril y se pondrá la mascarilla.

Quitará la bolsa protectora externa del líquido de diálisis rasgándola de arriba a bajo desde el corte señalado, comprobará que no haya bordes de la bolsa pegados y mediante regulares presiones se asegurará de que no hay fugas ni poros. Si existen, no se usará esa bolsa bajo ningún concepto. Si la bolsa está bien para usarse se coloca plana sobre la mesa, con las indicaciones hacia arriba y las conexiones para medicación y diálisis fuera del borde de la mesa, delante de ella.

Comprobará nuevamente si es la concentración de dextrosa que le corresponde por indicación médica.

La envoltura exterior o protectora de la bolsa de diálisis suele tener polvo, casi siempre, por eso la A.T.S. se lavará nuevamente las manos con povidona yodada tópica y un cepillo de manos, que debe ser usado exclusivamente para este fin, durante cuatro o cinco minutos.

La A.T.S. irá explicando cuanto hace al paciente y familiar e insistirá en la limpieza extremada de las manos para evitar infecciones.

El paciente y familiar se pondrán las mascarillas.

Una vez lavadas nuevamente las manos, que secará con el paño estéril, tiene que introducir medicación en el líquido de diálisis, lo hará previa desinfección con gasa estéril humedecida en povi-

dona yodada- de los tapones de goma de frascos y conexión para introducción de medicamentos en la bolsa de diálisis. Puesta la medicación se mezclará bien mediante presiones o inversiones de la bolsa, se coloca nuevamente en su sitio y doblando hacia arriba el saliente o conexión para la introducción de medicamentos, se sujeta a la bolsa con una tira adhesiva.

En la conexión para la línea colocamos una pinza oclusiva. Se abre el sobre donde viene la línea estéril, se quita el protector de la conexión para evitar infecciones. Es la acción más importante y la que ofrece mayor peligro de contaminación. Con la mano derecha se toma la aguja o pincho -si la persona es diestra- de la línea y con la izquierda quitamos el protector de ésta y lo más rápidamente posible lo introducimos con seguridad hasta su tope en la conexión de la bolsa que sujetaremos con el pulgar y el índice sobre la pinza de oclusión de forma que el resto de la mano haga fuerza sobre la bolsa. Es muy importante esta posición de la mano izquierda, ya que así es imposible que rozcamos con ningún dedo la conexión de la bolsa o la aguja de la línea. Recalcar que tanto el pincho de la línea como la conexión de la bolsa y la introducción de aquel a ésta, es la acción que ofrece más riesgos de contaminación y por lo tanto se debe efectuar con la mayor perfección en todos sus detalles.

Se quita la pinza oclusiva, que hemos puesto para facilitar la conexión, y se coloca en ella la pinza con esponja impregnada en povidona yodada a fin de proteger dicha conexión y evitar infecciones.

Se cuelga la bolsa en el soporte con la línea hacia abajo y abrimos la pinza de la línea aflojando la rueda a fin de quitar el aire de ésta y llenarla del líquido de diálisis. Cerrará la línea y sujetará el extremo de la línea con su protector al soporte mediante una tira adhesiva.

Seguidamente la A.T.S. procederá a colocar en el cateter de Teckhoff del paciente la conexión de titanio, procedimiento que realizará con ayuda de una A. de C. ya que debe efectuarlo en condiciones totalmente estériles.

Se explicará al paciente y familiar, que la línea se le cambiará en las fechas que señale el nefrólogo en la unidad de diálisis por una A.T.S. y lo mismo -pero a más largo plazo- la conexión de titanio, o ambas cuando fuere necesario.

Colocada la conexión de titanio en el Tenckhoff, se conecta el extremo libre de la línea al titanio mediante rotación y una vez asegurada de su perfecta conexión, se abre la pinza de la línea, haciendo girar la rueda, a fin de dar paso al líquido de diálisis, de la bolsa a la cavidad abdominal.

En este momento se pueden deshechar las mascarillas.

Cuando en la bolsa del líquido de diálisis queden por pasar unos diez o quince centímetros cúbicos, cerramos la llave, dejamos esa cantidad de líquido para evitar que la bolsa de plástico se pegue entre sí durante el tiempo que permanezca doblada. Descolgamos la bolsa del soporte y enrollamos la línea sobre la bolsa que doblamos, bien a lo largo o a lo ancho, según le sea más cómodo al paciente y la metemos en la bolsa de tela, previa colocación del cinturón a fin de que se la ponga el paciente en la cintura y permanezca con ella así, hasta que sea la hora del siguiente recambio.

Llegada la hora de efectuar el siguiente recambio, el paciente y familiar volverán al lugar y ambiente donde debe ejecutarlo.

Se coloca sobre el calentador eléctrico la bolsa de líquido de diálisis que corresponde poner al paciente y a continuación el paciente abrirá la bolsa de tela con cuidado para evitar tirones del cateter, sacará de ella la bolsa de plástico y la línea, desdoblará aquella y desenrollará ésta col-

gando la bolsa en la parte baja del soporte con la línea hacia arriba. La bolsa para drenar, siempre tiene que estar más baja que el abdomen. Comprobado ésto se abre la pinza de la línea y se espera de 15 a 20 minutos a que el líquido contenido en el abdomen salga a la bolsa.

El recipiente o bolsa contiene - para adultos- 2.000 ml de glucosa pero la bolsa tiene una capacidad de 3.000 ml, margen necesario para contener el negativo que cada paciente realice.

Mientras concluye el drenaje, la A.T.S. se prepara y actúa como en la colaboración de la primera bolsa de líquido de diálisis. A.T.S., paciente y familiar, se ponen las mascarillas. Cuando tiene la nueva bolsa con la medicación -si procede- coloca la pinza de oclusión.

Comprueba que el drenaje ha terminado y cierra la llave. Sube la bolsa con el drenaje sobre la mesa de forma que ésta quede a su izquierda y la bolsa con el líquido de diálisis a su derecha.

Retira la pinza protectora que colocó sobre la unión de la conexión de la bolsa y el pincho, la tira y coloca sobre ésta conexión una pinza de oclusión.

Hecho ésto, con la mano derecha, retira el protector de la conexión de la nueva bolsa, sujetando ésta, como hemos indicado, con el índice y el pulgar manteniendo el resto de la mano izquierda sobre la bolsa. Seguidamente, sujetando de la misma forma la pinza de oclusión de la bolsa que contiene el drenaje, sacará el pincho o aguja y lo introduce en la nueva bolsa hasta el tope. Retira la pinza de oclusión de ésta y coloca la pinza protectora.

Se cuelga la bolsa en la parte alta del soporte, con la línea hacia abajo, se abre la pinza de la línea, y comienza el paso del líquido de diálisis al peritoneo del siguiente recambio. Se concluye como en el primer recambio.

Sobre la mesa tenemos la bolsa con el drenaje, que no se sale al

haber quitado la línea, gracias a la pinza de oclusión. La pesamos y apuntamos en la gráfica el peso que contiene.

Si tiene indicación de análisis del líquido de drenaje, tomaremos la muestra por la conexión que introducimos los medicamentos, con jeringa y aguja, después quitando la pinza de oclusión la vaciaremos por el retrete y el plástico se introduce en una bolsa de basura, donde incluiremos el resto del material de deshecho.

Las pinzas de oclusión se lavan bien y se guardan sumergidas en un líquido antiséptico indicado por el médico, a fin de poderlas usar con plena garantía al siguiente recambio.

Método Fresenius para CAPD

Actualmente existe un nuevo sistema o método para CAPD llamado Fresenius, que ofrece una mayor facilidad, asepsia y seguridad al realizar el recambio de bolsas y con él es más difícil el peligro de infección.

- La conexión entre el cateter y la línea de características similares a las del titanio, pero al ser de plástico, resulta mucho más económico.

- El material de la línea es de tal flexibilidad que recupera su ser, después de cualquier presión o acodamiento, sin que sufra agresiones o roturas. Tiene una pinza de rueda para permitir o cerrar el paso de líquido de diálisis. Las conexiones de sus extremos son ambas a rosca interna, lo que hace imposible rozar o tocar la conexión, ya que para poner nuestros dedos en contacto con ella tendríamos que introducir un dedo de exprofeso en el interior de la conexión. Estas conexiones se desinfectan mediante pulverizaciones en su interior con el antiséptico indicado.

- La bolsa, de idéntico contenido, cavidad y conexión para intro-

ducción de medicamentos o toma de muestras del líquido de drenaje, se diferencia del método anterior, en que, en el lugar de salida del líquido de diálisis, posee una válvula, de forma que, al colocar la línea y hacer la conexión a rosca, la pone en funcionamiento y crea una cavidad hermética.

- Por lo tanto no se necesita pinzas de oclusión al hacer el cambio de bolsa, ni pinza de protección después de hacerlo.

- La conexión de la bolsa se desinfecta como la de la línea.

- Al desconectar la línea de una bolsa para desecharla, la válvula actúa interrumpiendo la comunicación, la bolsa se pesa y para vaciarla se corta el plástico. Si se hace con tijeras, lavar y desinfectarlas bien. Si se emplea bisturí u hoja de afeitar antes de tirarlas, introducirlas en sus respectivas envolturas protectoras, a fin de evitar accidentes a trabajadores de recogida de basuras.

- Como puede apreciarse este método simplifica los cambios de bolsas y asegura más al paciente contra infecciones ya que el método de introducción del pincho o aguja en la bolsa es más fácil de contaminar.

Consejos al Paciente

Aconsejaremos al paciente que se duche todos los días, para ello, retire la bolsa de plástico de la de tela y colgándola, -bien sobre la barra de la cortina o en el lugar que a cada uno le resulte más cómodo- se enjabone y duche bien. Después de aclarado, en toda la zona del cateter deberá enjabonarse con povidona yodada para uso tópico y volverse a aclarar.

Entonces deberá observar y palpar la inserción y zona del cateter y comprobar si hay dolor, calor o rubor, ya que son signos de infección. O si se han formado costras alrededor del cateter, de ser así las quitará humedeciéndolas con

una gasa estéril impregnada en agua oxigenada, para evitar que debajo de ellas se formen bacterias. Dejar bien seca la zona. Comprobar también todo el cateter y la línea, conservarlo sin doblar en ninguna zona en todo su largo para evitar roturas o poros en dobles continuos en los mismos sitios.

Al término del aprendizaje, el Paciente debe saber:

- Que debe observar perfecta higiene personal y de ropa y escrupulosa de las manos, sobre todo al realizar los cambios.
- Observar la bolsa del líquido de diálisis, color, transparencia, si hay poros, cateter, titanio, línea y equipos.
- Color y tiempo del líquido de drenaje, cantidad drenada.
- Evitar rascarse, rozaduras y abrasiones la piel alrededor del cateter. No ponerse pomadas, lociones o talco. Ante cualquier problema acudir lo antes posible al nefrólogo.
- Evitar dar tirones al cateter. Colocar bien la línea sin dobleces y guardar correctamente la bolsa de plástico durante el tiempo que permanezca vacía.
- Tomar o aplicarse los medicamentos y ser fiel a la dieta que le haya indicado el nefrólogo.
- Acudir al Centro Hospitalario para sus controles analíticos y cambios de línea y titanio en la fecha señalada por el nefrólogo.
- Recordar que repetidas peritonitis son motivo suficiente para suspender la CAPD y pasar a hemodiálisis.

Factores que pueden ocasionar una Peritonitis

- Una desconexión accidental, al vestirse, ducharse, por un tirón, etc.

- Cualquier incidencia que produzca pérdida del sistema cerrado, poro, rotura de la línea o de la bolsa, etc.

- Higiene defectuosa en cuanto a la persona y manos del paciente y familiar. Mala o nula desinfección de taponos y orificios en la introducción de medicamentos al líquido de diálisis.

Sospecha de Peritonitis

- Líquido del drenaje turbio.
- Lentitud en el drenaje y menor cantidad drenada de lo corriente.
- Dolor abdominal.
- Fiebre.

Ante cualquiera de estos problemas el paciente deberá llamar al nefrólogo, ya sea de día o de noche, quien le indicará lo que ha de hacer de inmediato, bien sea que comience un tratamiento con antibióticos o que se ponga en camino cuanto antes hacia la Unidad de Diálisis.

PRIMERA HEMODIALISIS HOSPITALARIA

Para poder efectuar la primera HD hospitalaria el paciente tiene que contar con un acceso vascular Arterio-Venoso de los ya expuestos.

El paciente puede pasar a su primera HD con una fístula Arterio-Venosa:

- a) De hospitalización, después de una o más DP.
 - b) De su domicilio después de varias DP.
 - c) De su domicilio, sin pasar por DP, ya que hay pacientes que, cuando se detecta en ellos, que el tratamiento médico, conservador de la función renal es ya insuficiente, pasan al tratamiento con HD previo acceso vascular AV.
- a y b) Si al paciente ya se le han efectuado una o más DP cuenta con unos conocimientos y expe-

riencias prácticos sobre lo serio y duro de su enfermedad, tratamiento médico, dietético, etc.

Información al Paciente:

Instalado el paciente y después de tomarle el peso y las constantes, le explicaremos lo que vamos haciendo.

Que colocamos un paño estéril debajo del miembro con la FAV, sobre el que dejamos gasas, guantes y agujas de fistula, todo ello estéril a fin de proteger su FAV de cualquier infección y aconsejaremos que no se toque ni rasque la zona por el mismo motivo.

Desinfectamos bien la zona donde vamos a introducir las agujas y explicamos al paciente que la aguja -normalmente más cercana a la fístula y en dirección a ella -que llamamos arterial-, servirá para extraer la sangre mediante la bomba del Riñón Artificial y hacerla pasar por la línea arterial al dializador donde se purificará y a su regreso la recibirá por la llamada línea venosa. Colocada la aguja arterial se fija bien al miembro con tiras adhesivas y se conecta a la línea arterial que también aseguramos a fin de evitar desconexiones que ocasionarían hemorragias.

La otra aguja se coloca en la vena de la fistula en dirección al torrente sanguíneo para facilitar su retorno y a ella, para recibir la sangre purificada conectamos la línea venosa, asegurando ambas con tira adhesiva como la anterior.

Comenzamos la HD de forma muy lenta dando un flujo de sangre pequeño que iremos aumentando muy poco a poco sin dejar de observar signos y síntomas que pueda presentar el paciente, a fin de evitar desequilibrios, bajadas bruscas de tensión arterial, etc. El líquido de cebado del circuito se pasa al paciente o se desecha, según sus necesidades.

Le diremos que inyectamos heparina para evitar que la sangre se coagule al pasar por el circuito, ya que va a permanecer en el RA,

cuatro horas o las indicadas por el nefrólogo.

Si el acceso vascular ofrece dificultades, haremos saber al paciente, que hasta que se desarrolle la vena, es posible que sea costoso canalizar las agujas y que al principio algunos pacientes sufren los desagradables hematomas.

Una vez que el paciente ya está conectado al RA y ha comenzado su HD deberemos recordar que algunos pacientes durante las primeras HD presentan reacciones de intolerancia al circuito externo y también pueden presentarse alteraciones bruscas del líquido intra-celular con sus consiguientes trastornos, por lo que informaremos al paciente que debe avisar a la ATS inmediatamente cuando sienta:

- Dolor de cabeza
- Dolor precordial
- Calor, mareo, náuseas, sudoración
- Calambres
- Sensación de angustia
- Dolor en el lugar de las punciones
- Hinchazón en la zona o miembro
- Sangrado por las punciones, y cuanto pueda resultarle doloroso, molesto o extraño, ya que preferimos acudir a una falsa alarma que llegar tarde a prestar la atención necesaria

Le haremos saber que cada hora controlaremos su peso, TA, paso de heparina continua y la máquina en general, pero que no debe esperar que nos acerquemos a hacerle este control. Por poco tiempo que falte, si detecta algunos de los síntomas indicados debe llamar sin espera a la ATS.

Al finalizar la HD quitamos presiones, anular alarmas -menos el detector de aire- bajar o parar la bomba de sangre, pinzar lavía arterial y sacamos la aguja llamada arterial, antes de hacerlo ponemos sobre ella una gasa estéril, doblada varias veces y enseñamos al paciente a hacerse una buena compresión para evitar he-

morragias y hematomas, o bien colocamos sobre la gasa una pinza de compresión. La mayoría de los pacientes prefieren hacerse la compresión ellos mismos.

Vamos explicando al paciente que realizamos el retorno de su sangre contenida en las vías y el dializador mediante la bomba de sangre y el paso de suero fisiológico, por la misma vía y trayecto que se ha venido haciendo durante toda la hemodiálisis. Concluido el retorno mediante el suero fisiológico y aires necesarios, parar totalmente la bomba de sangre que habremos bajado previamente para efectuar el retorno, pinzar la línea venosa, doblamos una gasa y extraemos la aguja que llamamos venosa, haciendo compresión como en el caso anterior.

Comprobar la perfecta coagulación de las punciones, limpiaremos bien el brazo, sin dejar restos de sangre y desinfectando las punciones hechas, con sumo cuidado a fin de evitar sangre de nuevo, colocaremos sobre cada una de ellas una tirita o bien una tira adhesiva que contenga un trocito doblado de anticoagulante como Espongostan que pondremos en contacto con el orificio dejado por la aguja.

Se toman el peso y la TA y se valora, de acuerdo a ella, si el paciente puede incorporarse y pasar a su planta o domicilio, explicándole que si después de la HD al incorporarse, vestirse, etc, se mareo, deberá sentarse o acostarse y permanecer así hasta que se le pase la sensación de mareo. Se controlará la TA cuantas veces sea necesario.

Ofrece más peligro el paciente que regresa a su domicilio ya que al hospitalizado se le envía a su planta en silla de ruedas, en su cama o andando en compañía de un celador.

Antes de salir del Servicio de HD, recordar o enseñar al paciente lo siguiente:

- Que por estar heparinizado no

deberá ponerse inyecciones intramusculares antes de cuatro horas de haber terminado la HD, tiempo mínimo necesario para metabolizar la heparina y evitar hematomas.

- Por lo mismo no deberá hacerse extracciones dentarias, antes de cuatro horas y hará saber su situación al dentista.

- Que después de cuatro horas puede quitarse las tiritas que se le han puesto y puede y debe ducharse y lavarse sin temor todos los días, recordando la importancia de la higiene.

- Si al quitarse las tiritas sangrase por alguna de las punciones, sin asustarse, con tranquilidad y serenidad debe colocarse sobre el punto de sangrado una gasa, algodón o paño limpio bien doblado y comprimirse sin mirar durante cinco o más minutos. Si al final se le hubiese pegado la gasa, el algodón, etc, debe desprenderlo mojándolo con agua fría y así evitar arrancar el coágulo formado que comience nuevamente la hemorragia o el sangrado. Si ya no sangra, desinfectar con alcohol y poner una tirita.

Puede suceder que el miembro con la FAV presente hematomas y en ese caso el paciente debe extender un poco de pomada antiinflamatoria y actúe sobre trombos, indicada por el nefrólogo y mediante muy suave masaje ayudar a su absorción, tres o cuatro veces al día, enseñando al paciente que será mayor su eficacia si antes de cada distribución y masaje de pomada, lava bien el miembro con agua templada y jabón a fin de eliminar restos de la anterior pomada y conseguir la dilatación de los poros de la piel ya que así favorecerá la absorción de la nueva capa de pomada que se extienda.

- Si el paciente tiene la FAV en un brazo le recomendamos:

- Que no debe comprimir el brazo con puños, goma, mangas ajustadas, etc.

- No coger ni sostener pesos con ese brazo.

- Observar diariamente el sonido de «Thrill», latido más fuerte o sonido especial de la FAV, ya que es señal de buen funcionamiento, y avisar al nefrólogo o a la ATS inmediatamente si no lo nota.

Similares cuidados deben observar los pacientes cuya localización de su FAV o Gore-Tex no es en el brazo.

- Mantener extrema higiene personal, de ropas y especialmente del miembro con la fístula.

- Si el paciente orina algo, recordarle que cada vez orinará menos y que tal vez deje de orinar, ya que el riñón artificial le extrae también líquidos.

- Aconsejar al paciente que debe ajustarse a la dieta y sobre todo a la ingesta de líquidos indicada por el nefrólogo, para que su peso no exceda de los dos kilogramos hasta la próxima hemodiálisis.

Hacer saber que a todos los pacientes HD, en términos generales, se les hace estudio analítico mensual y revisión completa de oftalmología, radiología, etc, cada seis meses. Estas revisiones y análisis se les hace a los pacientes, siempre que sea necesario, fuera de las fechas señaladas.

c) Estos pacientes, por lo general, han pasado meses o años tratándose su insuficiencia renal, por lo que, en sus continuas visitas y controles analíticos el nefrólogo les ha ido informando del progresivo deterioro de su función renal y han estado con tratamiento médico y dietético. Por lo mismo han tenido más tiempo para informarse y hacerse a la idea de que más o menos tarde tendrían que comenzar su tratamiento con HD y cuando esto sucede siempre les llega de «sorpresa» ya que vivían con la esperanza de que esa situación no llegase, y mucho menos «tan pronto».

La información que deberá darles la ATS será la misma que en los casos a y b.

H.D. EXTRAHOSPITALARIA O DOMICILIARIA

El paciente seleccionado o que desea realizar la HD Domiciliaria generalmente pasa primero por HD Hospitalaria recibiendo la misma información dada a todo paciente en HD.

Valoradas las situaciones sociales, familiares, de vivienda, nivel cultural, responsabilidad, buena FAV interna, estado físico y cuantas crean necesarias el equipo médico, se cita al paciente y familiar que le ayudará en la HD en su domicilio para comenzar el aprendizaje.

La enseñanza de HD Domiciliaria está a cargo de una ATS del Servicio de Nefrología que comenzará con el paciente y familiar dando a conocer el nombre del riñón artificial que se le asignará para dializarse en su domicilio. Actualmente el RA denominado JBC suele ser el empleado en HDD.

Comenzaremos por enseñar:

- A comprobar la calidad del agua descalcificada antes de preparar el líquido de diálisis con la Renofundina.

- Enchufar el RA a la corriente que le corresponde.

- Comprobar que el paso del agua descalcificada está dado.

- Pulsar el botón verde de entrada de agua a la cuba.

- Vaciar el contenido de una garrafa de Renofundina 540 ó 542.

- Pulsar el botón de la cuba que hace recircular el agua, cuidando que nunca esté encendido si no hay agua en la cuba a fin de que no se quemé la bomba de recirculación.

- La entrada de agua a la cuba cesará automáticamente al haber llegado ésta con la Renofundina a los 120 litros.

- Enseñar a manejar el resostivímetro y a dejar el baño óptimo que conviene al líquido de HD y suele indicar el nefrólogo. Recordar que la preparación correcta del líquido de diálisis es uno de los factores más importantes en

la técnica de la HD, su buena preparación además de evitar accidentes, logrará una adecuada corrección de la bioquímica de la uremia favoreciendo la recuperación del paciente.

- Montar las vías arterial y venosa, pasar ésta por el detector de aire.

- Conectar al dializador ambas líneas, insistiendo en conectar correctamente la línea arterial a la conexión arterial del dializador y lo mismo la línea venosa.

- Colocar el dializador en su soporte de forma que la entrada arterial quede hacia arriba.

- Colocar el aislador de presión venosa en su lugar correspondiente y conectar a él la línea saliente de la cámara venosa.

- Conectar un equipo de perfusión a un Suero Fisiológico de 1.000 ml. y adaptarlo a su lugar correspondiente en la línea arterial. Heparinizar el suero antes de cebar el circuito.

- Preparar la heparina indicada para el paciente.

- Enseñar que las alarmas quedan anuladas cuando los botones metálicos blancos están hacia abajo y los botones negros de plástico en la misma posición.

- Para poner en marcha el monitor que está sobre la cuba de agua, pulsar el botón verde con la inscripción ON-OFF.

- Indicar donde está y que es el flumiter y como se maneja y subir el agua a 200 cc por minuto, comprobar que el agua pasa por las gomas que se han de conectar al dializador y enseñara separarlás de su conexión y que éstas se denominan HANSSEN. Cada una debe conectarse en su lugar correspondiente del dializador como está indicado.

- Demostrar como se pone la temperatura para calentar el agua y subir el mando para que se caliente a 37°C.

- Enseñar que al comenzar y terminar la HD la presión negativa debe estar en 0, y que se pone así accionando hacia la derecha o hacia la izquierda el botón grande negro situado a la izquierda del

flumiter. Si la aguja de la PN no está situada correctamente, se enciende la luz roja que está sobre el mando negro y el monitor se pone en BYPASS, se bloquea, no funciona, se dispara la alarma y se enciende la tecla o botón amarillo «RESET». Corregir el defecto en más o en menos, con el botón o mando negro, accionado hacia la derecha o izquierda según corresponda a fin de subir o bajar la aguja de la PN. Cuando la hayamos dejado en su sitio pulsar «Reset», se apaga la luz roja y silencia la alarma. El monitor se desbloquea, cesa el «Bypass». Hacer saber que pulsando la tecla o botón blanco «MUTE», colocado en tercer lugar a mano derecha del monitor, se silencian todas las alarmas durante unos segundos y si en ese tiempo no se ha corregido el defecto o error puede silenciarse de nuevo, así resulta menos desagradable trabajar que sonando la alarma.

- Cuando la temperatura está en 36,5 ó 37°C, conectar los Hanssen al dializador, cuidando de conectarlos cada uno en su lugar correspondiente venoso y arterial del dializador.

- Comprobar que el líquido de diálisis circula bien por las gomas y dializador.

- Dar la vuelta al dializador, procurando purgar bien el líquido de diálisis a fin de que no quede aire, ni en el dializador ni en las vías por las que está pasando el líquido de forma que la base del dializador y la línea venosa estén arriba.

- Enseñar a purgar la línea arterial, y el dializador. Para purgar mejor éste, hacer presiones a la entrada del suero fisiológico heparinizado por la línea arterial al dializador, pinzando ésta de forma intermitente y a la salida del SF del dializador hacer las presiones de igual forma en la línea venosa. Se ceba el circuito con el SF, que hemos heparinizado o más si es necesario y con la bomba de sangre a unos 125 cc por minuto, aproximadamente.

- Mantener en las cámaras arterial y venosa la altura ideal del SF, más o menos que contengan una tercera parte de su capacidad, esto nos permitirá que al subir la velocidad de la bomba de sangre que necesite el paciente éstas no se desborden.

- Se pasan 800 a 900 cc del SF a fin de purgar bien el aire y de lavar los capilares del dializador. Recalcar la importancia de sacar todo el aire que contenga el dializador mediante presiones y paso de SF. Si pasados los 900 cc de SF quedan burbujas de aire en el dializador, se toma otro litro de SF y se sigue purgando y haciendo presiones hasta sacar el aire en su totalidad. Si dejamos aire en el dializador al conectar al paciente y pasar la sangre por él arrastrará el aire que haya quedado en el dializador, se formará «espuma» en la cámara venosa y se disparará continuamente el detector de aire hasta que saquemos éste en su totalidad. Explicar que la embolia gaseosa es una complicación seria y puede ser fatal. Una buena técnica de montaje y purgado del RA más una frecuente revisión de cuanto se relacione a la HD durante ésta, será la mejor prevención de una embolia gaseosa.

- Pinzar la línea venosa y parar la bomba de sangre.

- Preparar los trocitos de cinta adhesiva necesarios para fijar las agujas al paciente y las líneas arterial y venosa a la cama o sillón a fin de evitar accidentes de salidas de agujas o desconexiones.

- Tomar y anotar el peso y la TA al paciente.

- Pincharle las agujas de la forma ya indicada y asegurarlas, poner la heparina.

- Conectar la línea arterial a su aguja correspondiente, poner en marcha la bomba de sangre a baja velocidad e ir tirando el suero de cebado si el paciente no lo necesita y cuando va llegando la sangre a la línea venosa pinzar ésta, parar la bomba de sangre, conectar la línea venosa a la aguja que recibe la sangre que llega del

RA. Asegurar ambas líneas. Despinzar la línea venosa, poner en marcha la B. de S. e ir subiendo poco a poco su velocidad hasta alcanzar la indicada o que necesite el paciente.

- Dar la vuelta al dializador, de forma que la toma arterial quede hacia arriba y la venosa abajo.

- Subir el agua del flumiter hasta 400 cc por minuto.

Presión Negativa

La PN que necesite o tenga indicada el paciente se pone con el botón negro ya indicado.

La ALARMA de esta PN se pone aumentando o sumando 50 a la PN que se le ha puesto al paciente, a fin de que si aumenta por cualquier causa se dispare la alarma y podamos corregir el problema sin que se perjudique al paciente por pérdida excesiva de peso. La Alarma se fija subiendo a tope el botón blanco metálico y se gradúa con el botón negro de plástico de su lado izquierdo. Al soltar ambos botones el negro queda en la graduación que hemos señalado y el blanco metálico vuelve a su posición original, siempre hacia abajo.

Presión Venosa

Es la que da espontánea el paciente. Para fijar la alarma se actúa con el botón blanco metálico y el de plástico negro de su izquierda, de igual forma que en la PN aumentando 25 ó 50 en la PV que nos da el paciente. Una vez fijada la alarma el botón blanco se deja en posición intermedia o sea, perpendicular al monitor formando ángulo recto con él. Cuando suena esta alarma se para la B. de sangre, se anula pulsando hacia abajo el botón blanco metálico hasta corregir el problema, una vez corregido volverlo a su posición de alarma.

Detector de Aire

Para conectar la alarma pulsar el botón de la parte superior que enciende la luz verde.

Cuando se dispara la alarma se «Clampa» o pinza la línea venosa y se apaga la luz roja y se para la bomba de sangre, hay que corregir la causa por la que se ha disparado, apagar la alarma -bombilla verde- juntar las varillas salientes de la parte inferior del detector de aire, que al separar se pinza la vena evitando el paso de aire al paciente y la B. de S. se pone en marcha. Si ya todo está bien se pone nuevamente la alarma quedando encendida la bombilla verde.

Detector de Hemoglobina

La muesca del botón grande metálico, que se puede girar hacia derecha e izquierda debe de estar entre los números 6 y 7 y el botón blanco metálico hacia arriba, así queda la alarma puesta. Se anula bajando el botón blanco metálico que sólo puede accionarse en estas dos direcciones. Si se dispara averiguar y corregir la causa.

Cuando la máquina entra en «BYPASS» estando puesto el paciente o también lavándose:

COMPROBAR: alarmas, presiones, flumiter, detector de aire, detector de hemoglobina, vías arterial y venosa, líneas de agua, drenajes, enchufes, etc, ya que cualquier alarma, presión, línea o vía aplastada o acodada incorrecta, puede ser la causa, corregir el defecto y poner las alarmas antes de continuar la HD.

Fin de la Hemodiálisis

Antes de desconectar al paciente anular las alarmas.

Bajar a 0 la presión negativa ac-

tuando en los mismos botones que al ponerla.

Quitar la alarma venosa, pero NO el detector de aire.

Seguir las mismas indicaciones ya mencionadas para la recuperación de la sangre del paciente, compresión de puntos de punción, desinfección, colocación de tiritas, etc.

Desmontar vías y dializador y dejar los Hanssen conectados entre sí como antes de comenzar la HD.

Lavado del R.A. Japone Bedside Canister -J.B.C.-

Poner en la cuba 50 litros de agua y añadir medio litro de lejía concentrada.

Presionar el botón ON-OFF, subir el agua del flumiter a más de 500 cc por minuto y asegurarnos de que esta agua recircule bien por las gomas y los Hanssen.

Esperar que esta agua de lejía recircule durante 10 ó 20 minutos, tiempo suficiente para su desinfección.

Después de este tiempo vaciar el agua de lejía que quede.

Aclarado

Llenar la cuba con agua hasta 120 litros.

Dejar que pase esta agua por el mismo recorrido que en la anterior y antes de que se termine en la cuba, vaciar el resto y apagar todos los contactos.

Aclarado por calor

Puede hacerse llenando la cuba hasta 150 litros de agua, dejando que recircule hasta bajar a 120 litros.

Se colocan los Hanssen en su soporte correspondiente para este aclarado, se presiona el botón o

tecla roja «CLEAN» se espera unas dos horas, se drena y se apaga.

Esta modalidad en general no es aceptada pues al pulsar «CLEAN» la máquina entra en Bypass y deja pasar agua por las gomas y Hanssen, por lo que no da tanta seguridad como el aclarado anterior, en cuanto a eliminar totalmente la lejía.

Todo esto se irá enseñando poco a poco en los tres o más meses que dure el aprendizaje, aprovechando las tres sesiones semanales de HD que el paciente y familiar realiza en el Servicio de Nefrología.

Hay que tener en cuenta que en algunos casos, las personas que se ofrecen para aprender, no han puesto nunca una inyección, por lo que es necesario aprender a manejar una jeringuilla, que sepa distinguir lo limpio de lo que está estéril, enseñar a tomar la tensión arterial, a dar la importancia que tiene sus bajadas en HD, ya que puede ocasionar pérdida de la FAVI por trombosis ocasionada por dicha hipotensión.

Para facilitar el aprendizaje del manejo del RA es muy útil dar por escrito y gráficamente con todo detalle, cuanto se refiera al RA que se está utilizando, a fin de que, tanto el paciente como el familiar, durante las HD vayan repasando y familiarizándose con cuantos botones, alarmas, etc, tiene el riñón, comprobar el gráfico con el RA e ir aprendiendo cada módulo y a resolver los problemas y dudas que se presenten. Cuando el o la ATS conecte al paciente, irá explicando cuanto hace y es ella o él quien valorará cuando puede dejar que el familiar colabore en alguna técnica activamente.

Conviene introducirle por partes y poco a poco. Es desalentador para el familiar tenerle varios días sin dejarle hacer nada, pretendiendo que primero aprenda viendo. Es mejor enseñar cada día una cosa, comenzando por lo más sencillo y si no lo aprende o

no lo hace bien, no pasar a otra técnica, montaje de línea, etc, hasta que lo primero lo realice perfectamente.

Cuando el familiar se sienta orientado y algo seguro en montaje y técnicas del RA, se le invitará a que preste más atención en el momento de introducir las agujas a fin de que vaya aprendiendo el lugar adecuado para hacerlo y posición de ellas. No hacer una ingurgitación excesiva para evitar el rasgado y sangrado de la vena al realizar las punciones y posibles hematomas.

Hay pacientes que se pinchan ellos solos, pero conviene que aprenda el familiar por cualquier eventualidad que pudiera presentarse en su domicilio.

Repetiremos la información dada al paciente en HD para que participe de ella el familiar. El ideal

es dar por escrito normas, dietas, alimentos permitidos, restringidos, prohibidos, con cantidades contenidas de proteínas, vitaminas, fósforo, potasio, sodio, etc, que ayuden al paciente a preparar una dieta equilibrada y buena para él, incluso la forma de preparar y guisar los alimentos a fin de aprovechar al máximo las propiedades contenidas en cada uno de ellos.

El paciente preparará en su domicilio la habitación donde le instalarán el RA y los suministros.

Una vez considerado el aprendizaje del paciente y familiar y juzgados aptos para realizar la HD extrahospitalaria, se determina día y hora en que se realizará la primera HD en su domicilio y a ella acuden un nefrólogo y ATS, generalmente suele estar presente también un técnico de RA. Todo esto para ayudar y evitar que surjan problemas en la 1ª HD que puedan desorientar al paciente y familiar y proporcionarles una mayor seguridad a ambos.

Al paciente y familiar se les proporciona los números de los teléfonos: Servicio de Nefrología, casa proveedora, técnico de RA y

cuanto se juzguen necesarios en caso de surgir una emergencia de cualquier clase.

El paciente en HD Extrahospitalaria, acudirá al Servicio de Nefrología para sus controles cuando se lo indique el médico. Para sus análisis de sangre, puede enviar ésta sin necesidad de hacerlo él personalmente.

TRASPLANTE RENAL

El trasplante renal es el tratamiento considerado ideal por casi todos los pacientes con insuficiencia crónica, máxime al comprobar los excelentes resultados obtenidos en casi todos los trasplantes realizados últimamente.

Hoy día, por lo general, tan pronto como un paciente entra en IRC y en un programa de DPI, CAPD o HD, se le realizan las pruebas concernientes al «Tipaje» y otros estudios a fin de que pasen a formar parte en la lista de «espera» que les de la posibilidad de ser trasplantados.

La ATS deberá informarse si todos los pacientes están «Tipados» e incluidos en lista de espera. Si hay pacientes que no lo están, averiguar causas, si no son por incompatibilidad, y sí por falta de información, proporcionar al paciente cuanta sea necesaria a fin de que no pierda la oportunidad de disfrutar de este excepcional tratamiento por descuido o falta de buena información.

EL ENFERMO DIFÍCIL

Antes de «colocar» a un paciente la etiqueta de «difícil» debemos estudiar bien su caso, sus problemas, las limitaciones que la enfermedad pone en su vida, etc.

Aquí nos conviene recordar que el paciente es una persona y como tal un individuo, y por lo tanto, no habrá nunca dos pacien-

tes con iguales o parecidos problemas; cada uno es diferente a todos los demás por el hecho de ser un individuo. A esto hay que sumar grado cultural, creencias religiosas, renuncias que impone la enfermedad que en unos casos supone la frustración de toda una vida y en otros se hace más llevadera por su situación socioeconómica y cultural.

Tendremos que saber si un paciente es difícil:

- Porque él es y ha sido toda la vida de carácter difícil y por lo tanto no esté nunca satisfecho de la atención que se le brinde, aunque sea inmejorable y observe al personal para, al menor fallo, desfogar su amargura, mal carácter o poca educación.
- Si el paciente es difícil porque está al comienzo de su tratamiento con D o HD, se encuentra mal, sabe que el tratamiento de Diálisis será de tres veces por semana, lo ve incompatible con su trabajo, o estudios, se le hace insufrible el pensar que este tratamiento -de no tener la suerte de un trasplante- es para toda la vida. Piensa en el trabajo que le va a dar a su mujer, hijos, padres, etc, en las renuncias a formar un hogar «normal», a fiestas, banquetes, viajes con familiares o amigos, etc, e incluso piensa que es mejor morir, que seguir viviendo así. Ha cambiado su vida totalmente en, quizás, muy poco tiempo el problema le desborda y cambia su carácter.
- Que el paciente al comienzo del tratamiento con DPI -Diálisis Peritoneal Intermitente-, no le funcionen bien los catéteres, o padezca alguna o algunas peritonitis y que pasado a HD tenga malos accesos venosos y pierda más de una FAVI. Estos fallos de accesos AV y otras complicaciones pueden volver al paciente difícil.
- Que el paciente, por circunstancias especialmente difíciles, económicas, sociales, laborales, de continuas bajas, etc, más que las corrientes y por complicaciones, estén pasando una crisis que

afecte a su caracter y manera de ser.

El paciente renal en general, al conocer su IRC o terminal, pasa por unos cambios psicológicos que le hacen rechazar el tratamiento de diálisis, medicación, etc, sin que a nivel médico o familiar se le pueda llegar a convencer que acepte el tratamiento. Al rechazar el único tratamiento adecuado para él, se va deteriorando, el cansancio es mayor, aparecen las náuseas, vómitos, etc, y ante este aumento de malestar el paciente accede, aunque de mala gana al tratamiento con diálisis.

El paciente al sentirse mejor tras las primeras diálisis, desaparecerle las náuseas, tener una dieta más amplia, etc, parece que «acepta» el tratamiento, pero cuando esa mejoría se ha hecho mas o menos estable, el paciente se deja llevar del desaliento al pensar que no puede prescindir ni de una sesión de diálisis, que día sin otro y por toda su vida debe acudir al Centro Hospitalario para estar en DP más o menos doce horas, o en HD cuatro o cinco horas. Sufrir los pinchazos, calambres, hipotensiones y tantos otros problemas que de vez en cuando todos suelen padecer. Cuando llega a esta situación comprende, más o menos según los pacientes, que su único medio de supervivencia es la diálisis y quizá, algún día, como a otros muchos les ha sucedido, el trasplante, que por todos es esperado como su medio de liberación de la máquina, pinchazos y esclavitud a esa total dependencia haga el tiempo que haga y se tenga bueno o mal ánimo. Esperan con ello volver a la «VIDA», a esa vida que nos permite a la mayoría, trabajar, entrar y salir, viajar o estar en casa, sin la preocupación interdiaria de unas horas de hospitalización. Ante esta esperanza el paciente va aceptando todos los problemas e inconvenientes de la diálisis más o menos bien, esperando siempre que algún día le llamen a él para un trasplante.

Por las causas expuestas al principio, casi todos los pacientes son difíciles, pero como ya hemos dicho, entre ellos existen grandes diferencias y mientras la mayoría llegan a aceptar la enfermedad y cuanto conlleva, conscientemente de forma admirable, otros intentan aceptarla sin poder superarlo de esa misma forma, mientras que de dos minorías podríamos decir que: una, acepta la enfermedad pasivamente y la otra minoría podemos considerarla como enfermos difíciles.

Atención del A.T.S. al Enfermo Difícil

El enfermo difícil, por el hecho de serlo, merece una especialísima atención de la ATS.

Por lo general el paciente difícil suele ser desconfiado y no interpreda bien según que formas de dar ánimo ni mucho menos bromas. Por lo tanto la atención que le brinde la ATS debe ser: seria, respetuosa y competente.

- Seria, dando a su enfermedad toda la importancia que tiene, hablar sinceramente con él de ello, de lo duro que es el tratamiento con diálisis o HD, por lo que tiene de permanencia y complicaciones, siendo lo suficientemente prudente para no aumentar el desaliento del paciente. Siempre hay algún paciente más joven, con peor diagnóstico, situación económica más crítica que la suya, etc, de los que podemos hablarle, no comparándole y haciéndole ver que su caso no es el peor, si no, exponerles casos peores que el suyo a título de información, a fin de que él, si se encuentra en condiciones suficientes de lucidez, pueda reflexionar a título de personal.

- Nunca quitar importancia a su enfermedad, a sus problemas, para un paciente y mucho más si es difícil, lo más importante es su enfermedad, sus propios problemas. En una ocasión oí que de-

cían a un paciente renal «ya se acostumbrará como todos», su reacción fue de una tremenda irritación que trató de contener, pues es una persona educada, pero le ocasionó una gran depresión de la que costó mucho sacarle.

Por lo expuesto hasta aquí, podemos comprender los grandes sufrimientos físicos, psíquicos, económicos, familiares, etc, de los pacientes renales. Cuántas veces a pacientes en DPI los catéteres de Tenckoff les juegan la mala pasada de acodarse o volverse hacia arriba, les entra el líquido de diálisis pero para salir hay que hacer que se muevan de un lado a otro, flexionen las piernas, se sienten en la cama, etc, a fin de conseguir un adecuado drenaje y esto deben hacerlo ya sea de día o de noche, hasta solucionar el problema, que unas veces se consigue con evacuación de gases y heces y otras con cambio de cateter.

Nuestros pacientes sufren todas estas incomodidades, se sienten cansados por su bajo hematocrito, por su enfermedad en sí, y por sus muchas preocupaciones. Cuando se está enfermo se tiene mucho tiempo para pensar, para observar. Son muchas las horas que pasan en el Servicio de Nefrología y son los mismos pacientes los que hacen esto día tras día y año tras año, por lo tanto llegan a conocernos, a veces mejor que nos conocemos nosotros mismos.

Suele decirse que «respeto guarda respeto». Creo con toda certeza que cuanto más recordemos el respeto que les debemos y lo pongamos en práctica mejor serán nuestras relaciones con los pacientes difíciles y mayor nuestra satisfacción profesional.

- Competente. El paciente difícil, más que ningún otro es el más exigente en cuanto a competencia profesional se refiere. Ha sufrido pérdida de fistulas o mal funcionamiento de catéteres, pero en la mayoría de los casos

no piensa que sus malos accesos venosos, hiper o hipotensiones y otros, son la causa y sí la falta de profesionalidad de ciertas ATS, desconfía de ellas, -que suelen ser casi todas las del Servicio de Nefrología- y si se le permitiera le pincharía sólo la ATS o médico que el creyera los más competentes.

Psicológicamente está tan afectado que la ATS no debe olvidar que además de darle una atención seria, respetuosa y competente debe ser con él, tremendamente humana y paciente. Si además es una gran profesional dará seguridad al más exigente de los pacientes y a la vez se ganará su confianza y respeto.

No podemos olvidar aquí a los pacientes con IRC que tienen el antígeno de Australia positivo y que vulgarmente conocemos como «Positivos». A algunos de ellos les afecta esa situación y las medidas de seguridad y aislamiento a que son sometidos por el bien, no sólo del personal sanitario, si no máxime para defender de contagio a los otros pacientes renales, y esto les hace ser un tanto pacientes difíciles.

ACTITUD DEL A.T.S. ANTE LAS INICIATIVAS DEL ENFERMO RENAL

En general, y exceptuando al Paciente difícil, el paciente renal se fía de los Nefrólogos y ATS.

Se fía de ellos, les consulta sobre alimentos, líquidos, ejercicio, etc, que pueden tomar o hacer. Saben el interés que se pone en realizarles unas inmejorables HD o Diálisis a fin de mejorarles su bioquímica, hematocrito, edemas, etc, y el esfuerzo que se realiza para quitar el exceso de peso que ganan interdiálisis.

Algunos pacientes más intelectuales se interesan en mejorar su condición de pacientes renales y leen, estudian, e informan y po-

nen sumo interés en aprender cuanto a su enfermedad, tratamiento médico y de HD se refiere, así como complicaciones que pueden surgirle tanto por un tratamiento dietético mal llevado como por una HD deficiente.

Estos pacientes, por esta mayor información que han adquirido, pueden dialogar con la ATS sobre: dietas, presiones, peso que desea perder, etc, según sea el criterio, madurez y la interrelación que acostumbre a tener la ATS con sus pacientes, aceptará las iniciativas del paciente o le hará ver sus inconvenientes si está en un error. Si la ATS es auto-suficiente, no aceptará las iniciativas de estos pacientes, por buena preparación que posea.

Hay otros pacientes, suelen ser pocos, que haciendo caso omiso del tratamiento y dieta que deben seguir, acuden a la HD con tres o cuatro kilos de más ganados en cada interdiálisis y pretenden perderlos durante las cuatro horas de la sesión. Suelen ser pacientes con años en HD a los que se ha tenido que forzar a perder su exceso de peso, bien prolongando su sesión de HD o programando una hora de diálisis seca, tratamiento especial del que no debe abusarse. Pero el paciente en su irresponsabilidad quiere «dirigir» su HD y ante esta actitud, que tanto le perjudica a él mismo la ATS no puede aceptar esas iniciativas de programar o dirigir el paciente su HD, ya que ello conduciría a una creciente irresponsabilidad del paciente en perjuicio propio.

En general la mayoría de los pacientes crónicos han sufrido alguna vez hipotensiones, calambres, vómitos, etc, y muchos llegaron a estos extremos por no avisar al notar los primeros síntomas, pensando «ya pasará». La experiencia les ha enseñado, que no se puede «aguantar» inicios de náuseas, mareo, calambre, dolor de cabeza, etc, y avisan a los primeros síntomas, piden se les quite la presión o pase suero fi-

siólogo. Hay ATS que no admiten estas «iniciativas del paciente» si el paciente que esto solicita no es ningún irresponsable ni caprichoso, -y aún así- la ATS deberá comprobar sus necesidades y agradecer que el paciente le haya avisado a tiempo de evitar mayores complicaciones.

RELACIONES HUMANAS CON EL PACIENTE Y FAMILIA

Por todo cuanto he expuesto hasta aquí, nos hemos podido formar una idea de las alteraciones emocionales por las que pasan los pacientes renales. Cuando el malestar físico se apodera de ellos por días, meses y años, hay quienes pierden interés por lo que les rodea para volcarse sobre sí mismos.

El dolor suele ser compañero inseparable de estos pacientes, aun aquellos en mejor situación no se les puede evitar el dolor de los pinchazos -por nombrar lo mínimo- y esto les hace comprender más perfectamente el valor de la salud y deseársela mediante un trasplante.

Viven con miedo a las complicaciones, a pasar mal la diálisis, a perder la fístula AV y en muchos casos también con angustia, pues al saber que su enfermedad es terminal, pierden la esperanza de mejorar.

Por esto no es de extrañar que al principio de su enfermedad muchos deseen morir y lo manifiesten abierta y claramente al personal y a sus familiares. Solamente, repito, la esperanza de un trasplante les hace cobrar ánimos para aceptar el tratamiento de diálisis, como una situación de espera.

Al tratarse de unos pacientes con unas características tan peculiares y específicas y que, en vez de mejorar se van deteriorando con el paso del tiempo hasta esperar el desenlace final, que ellos saben

-y yo diría viven-, cuando fallece un compañero, necesitarían que las ATS que les atienden contasen con una formación específica y en constante actualización.

Entre ATS, Aux. de C. y paciente, debe establecerse una interrelación de forma que, esa conexión, trato, correspondencia y comunicación entre personal sanitario y paciente estén basadas en el interés por escuchar, conversar, ayudar, acompañar y proporcionar una inmejorable atención, con el mismo respeto que debe existir en todo ser humano pues por el hecho de serlo, tiene derecho a que así se le trate y ello mismo dará opción a que el paciente respete a la ATS y demás personal que le respeta, por muy difícil que sea.

En toda interrelación existen fases, que normalmente no tenemos en cuenta en detrimento de nuestro servicio hospitalario y en perjuicio de los pacientes. Entre algunas de dichas fases están: la presentación y la conversación.

Por lo general, en nuestros hospitales y en nuestras Unidades de Diálisis no existe la buenísima costumbre de presentarse al paciente, la Supervisora, las ATS, Aux. de C. y demás personal que labora en el Servicio.

Si tenemos en cuenta los problemas de estos pacientes sobre todo al principio y que entran solos al Servicio de Diálisis, o sea, sin la compañía de familiar alguno, con un conocimiento teórico de lo que se le va a hacer, lleno de dudas, inquietudes y miedo, sintiendo su inferioridad e impotencia ante lo que va a sucederle; que en cuanto a práctica o vivencia, para un paciente nuevo es desconocido, al acercarse a él la ATS encargada, previa presentación, debería explicar, escuchar, conversar, ayudar, acompañar al paciente y darle ánimos mientras le recuerda lo que se le va a hacer. Por lo general nos olvidamos de esta importantísima atención al paciente, mientras nos desvivimos por preparar y

hacer que todo vaya muy bien, del mejor modo posible en cuanto a técnicas de enfermería se refiere. Nos absorbe tanto ésto, que, nos olvidamos de la persona, sus problemas, necesidades ambientales y de aprendizaje, de compañía, de adaptación, relación y comunicación, comprensión, apoyo emocional, etc.

En cuanto a nuestras relaciones con los familiares de los pacientes podríamos mejorarlas y no olvidarnos que, cuando estamos atendiendo a un paciente, fuera esperan los familiares con la consiguiente angustia por ignorar lo que al paciente le está sucediendo. Al finalizar la colocación de un cateter subclavia, etc. se invita a pasar a un familiar y se le permite estar con el paciente unos minutos para tranquilidad de ambos, pero se dan «esperas» muy prolongadas en las que podríamos aliviar al familiar, con una breve información, sin esperar a que todo haya concluido.

Si estrechamos nuestras relaciones con los familiares de nuestros pacientes renales, además de enseñarles trato y cuidados que deben prodigarle, podríamos conseguir que ellos fueran los mejores colaboradores de nuestros pacientes y también ellos nos ayudarían a mejorar la atención al paciente.

Desde hace mucho tiempo y para mejorar mi atención a los pacientes renales, hice las mismas preguntas a diferentes familiares de forma informal y algunas veces en forma indirecta, a fin de que ellos no se dieran cuenta de mi interés ni de mis preguntas. Copio aquí las respuestas que expresan los mismos sentimientos.

PREGUNTA: ¿Qué espera el familiar de la ATS de Nefrología para con el paciente renal?

RESPUESTAS: Que tenga una atención humana para con el enfermo -aunque sea rutinaria- ya que para él es **positiva**.

P.: ¿Cual cree que es nuestra aptitud ante el paciente?

R.: Depende de la ATS, ya que

según quien le atiende, es amable, atenta y cariñosa o fría, distante y deshumanizada.

P.: Han notado diferencia de aptitudes entre ATS de distintos Centros de Diálisis?

R.: Depende de cómo sea de amable o no la ATS y se nota una gran diferencia de trato entre un Centro u otro de Hemodiálisis, posiblemente por las normas que les hayan enseñado para tratar a estos pacientes en enfermedades terminales y que ellos lo «saben». Ante estas respuestas podríamos decir que es mucho lo que nos falta y lo que podemos hacer en cuanto a mejorar nuestras relaciones humanas con los pacientes renales.

El paciente nuevo necesita un cuidado especial, más diálogo, no debemos olvidar que diálogo significa «Práctica entre dos o más personas que alternativamente manifiestan sus ideas o afectos». Desgraciadamente hoy día, todos deseamos contar nuestros problemas, tenemos más facilidad para hablar que para «escuchar», «oír» al que habla, para entenderle, para hacernos cargo y atenderle en sus necesidades, para aclarar dudas, tranquilizarle, etc, por ello la ATS deberá acercarse a él con más frecuencia, y a la vez ser muy prudente, respetar su silencio, su dolor y malestar. Que él no se sienta sólo ni desamparado, que sepa que hay una profesional pendiente de cuanto necesita, ya sea esas necesidades biológicas, sociales, psicológicas o espirituales. La ATS ante estos pacientes que inician su diálisis o HD debe tener muy presente la influencia que ejerce lo psíquico en lo físico, y que la mayoría de las incomodidades físicas se traslucen a través de reacciones psíquicas. Por lo tanto deberá conocer los recursos existentes para satisfacer esas necesidades, e incluso prever la causa que pueda originarlos y emplear los métodos apropiados para evitarlos a tiempo o corregirlos cuanto antes.

Hoy día el tutear a las personas es muy corriente, pero creo que al principio a todo paciente por respeto, deberíamos tratarle de usted, y si él nos pide que se le tutee, solo entonces debemos hacerlo, ya que hay personas mayores que el trato de tú les cae muy mal, hay otras que casi les agrada y sobre todo procurar no tomarnos la libertad o el poco tacto de llamarles «abuelo» o «abuela», en vez de por su nombre o apellido. Este trato humano con nuestros pacientes debemos continuarlo para conocer más al paciente, sus gustos, necesidades y hasta problemas a fin de ayudarlo poniéndole en contacto con asociaciones y otros pacientes que puedan aclararle situaciones y brindarle ayuda.

Si conocemos a nuestros pacientes, sus gustos, etc, podremos ayudarles colocándoles por edades, aficiones, extrovertidos, introvertidos o dormilones, grado cultural o profesiones, etc, de forma que las horas de HD se les hagan a todos más agradables y llevaderas si están a gusto con los compañeros de al lado.

La relación humana entre ATS y paciente renal debe ser lo más provechosa posible para ambos. El paciente renal durante sus interdiarias HD tiene mucho tiempo para pensar y observar cuanto sucede a su alrededor. Se fija en la manera de trabajar de cada ATS y si es pensador y reflexivo, quiere saber el porqué de las técnicas, métodos y hasta actitudes que adoptamos. El ATS debe dar una explicación científica de cada método o técnica empleada, que pueda ser para el paciente un enigma o algo sin importancia. Si sabe por qué se le coloca una aguja o un simple esparadrapo de una forma -porque ofrece una mayor seguridad- y no de otra sabrá valorar la actitud del ATS y que cuanto hace es para su bien. Si por el contrario hubiese algún ATS, que ante las preguntas del paciente su respuesta fuese «yo sé lo que hago y cómo y cuando

lo tengo que hacer», esta actitud no favorecería las relaciones humanas, solo serviría para crear tensiones, e incluso llegar a ocasionar una mala HD a pacientes más sensibles o irritables.

El o la ATS deben tener presente que su puntualidad, responsabilidad, prudencia, interés, saber escuchar y respeto con el paciente serán la base para que él acepte su información, orientación, ayuda, etc, y a la vez debe estar abierto para aceptar toda crítica que venga de él o de su familia, bien directa o indirectamente, como crítica constructiva, para corregir, evitar y superar cuanto a su juicio, tras analizar esa crítica debe ser corregido, evitado, superado.

PROPUESTAS A LAS ASOCIACIONES DE ENFERMOS RENALES, EN SUS RELACIONES CON LOS EQUIPOS DE A.T.S.

En todos o casi todos los servicios de Nefrología, hay siempre -tanto a nivel médico como ATS- «alguien» que mira con recelo o rechaza abiertamente la labor, en todo o en parte, de las Asociaciones, tal vez porque hay quienes creen que las Asociaciones están en «contra» de los Servicios de Nefrología, o, porque en alguna ocasión haya habido algún mal entendido. Gracias a Dios estas situaciones son cada vez más raras, por haber llegado, ya casi, a entender que la labor de las Asociaciones es de mutua colaboración con los servicios de Nefrología, en beneficio y ayuda de los pacientes renales.

Para que este entendimiento llegue a ser general entre Asociaciones, médicos y ATS, las Asociaciones deberán estrechar sus relaciones dentro de los servicios de HD.

Estrechar sus Relaciones

Si la Gerente o Junta de una Asociación saben que a nivel del Hospital X, en un servicio de HD hay «alguien» que no admite o está en contra de la Asociación o su trabajo, debería cuanto antes, aclarar el mal entendido o ponerse en comunicación con otras personas del servicio a fin de que la mala impresión recibida por una persona no trascienda a todo el personal con el consiguiente perjuicio para la Asociación.

Aumentar su Información

Si la Asociación hace llegar la información de sus trabajos y desvelos en bien de los pacientes renales, directamente a todo o casi todo el personal que colabora en un servicio, contará con mayor número de simpatizantes y colaboradores que si se limita a un «grupo», ya que suele suceder que ese «grupo» por sus muchas ocupaciones no haga llegar esa información al resto del personal, o también que esa información se reciba desvirtuada o enfática según sea la persona que la transmite y esto tampoco es bueno ni conveniente.

Si las Asociaciones no son bien vistas por el personal médico, la labor de la ATS en favor de ellas en los servicios de HD será muy limitada, cuando no nula, si le vienen prohibiciones.

Mejorar su organización

Todas las Asociaciones de enfermos renales deberían contar con «coordinadores», «enlaces», o como se les quiera llamar, distribuidos de forma que, en cada sesión de HDH hubiese un paciente «coordinador» por lo menos, de forma que nos facilitara al personal nuestra relación y comunicación con la gerente o junta.

Otras ideas

Las Asociaciones están compuestas por pacientes renales y nadie mejor que ellos saben lo que han sufrido en silencio -y siguen sufriendo- sobre todo al principio, por lo tanto serían los mejores colaboradores para ayudar a los pacientes «nuevos» a afrontar, superar, etc., esa nueva situación o vida que comienza para ellos.

Al haber pacientes de ambos sexos, de todas las edades, profesiones, nivel cultural etc., se podrían seleccionar estos «visitadores» de forma que haya afinidad entre él o ellos y el nuevo paciente que van a visitar. Esto yo lo veo con carácter de «URGENCIA» y creo que, a aquellos pacientes que están en tratamiento de su IR, que vienen a Consultas Externas y se van deteriorando poco a poco hasta llegar a la IRC deberían ser visitados ya que algunos al no aceptar el tratamiento de diálisis propuesto por el Nefrólogo llegan a él bastante deteriorados y su recuperación es más lenta y prolongada.

Creo que estas visitas son sumamente positivas ya que solamente creemos que nos comprende el que ha, o está pasando, sufriendo o viviendo lo mismo que nosotros padecemos, sufrimos o vivimos.

En revistas y boletines de ALCER han salido muy buenos trabajos sobre alimentos, su composición química, tipo y variedad de algunos de ellos etc. Sería de gran utilidad para los pacientes renales que todo ello y la mejor forma de guisar y condimentar los alimentos a fin de aprovechar al máximo sus propiedades, como a sí mismo enseñar a hacer perder a ciertos alimentos alguno de sus componentes -nocivos- para el paciente renal, se recopilasen en un libro o manual que pudiese llegar a poseer todo paciente renal. Ello ayudaría a mejorar la alimentación de nuestros pacientes, que muchas veces son inapetentes por lo rutinaria y monótona que les resulta su dieta, consiguiendo mejorar su estado general y evitando complicaciones por malnutrición.

Es mucho lo que ALCER ha hecho en favor del enfermo al editar el libro «HEMODIALISIS», y es una pena que no esté al alcance de

todos los pacientes renales que salen nuevos, ya que una indicación orientación escrita -y más gráfica- puede aclarar las ideas en momentos de dudas cuando el paciente renal no tiene cerca a quien consultar.

Creo que muchos pacientes adquirirían con gusto dicho libro, u otro cualquiera que se editase pagando su importe y se sentiría más tranquilo ya que acudiría a él en cualquier momento de duda. Los mencionados «Enlaces», «coordinadores», «?» podrían valorar a quienes se les podría proporcionar gratuitamente. Lo más importante es que a todo paciente renal le llegue la mejor información «escrita» y cuanto antes para que él pueda reflexionar, pensar, comprender lo nocivo de ciertos excesos y «qué son excesos para ellos», en su situación de pacientes renales.

Solo me queda agradecer a ALCER y demás Asociaciones renales, en mi nombre y el de mis pacientes renales cuanto ha hecho y siguen haciendo para mejorar su calidad de vida y animarles a que sigan trabajando, pues, si mucho es lo que se ha hecho, es también mucho lo que se puede hacer todavía.