

CASO CLÍNICO

Plan de cuidados estandarizado de las primeras hemodiálisis a pacientes vistos en consulta de enfermería

Sonia Velasco, Rosario Álvarez

Servicio de diálisis. Hospital General de Segovia.

INTRODUCCIÓN

En el año 1987 se comienza un programa de consulta de enfermería para pacientes con aclaramiento de creatinina inferior a 30 ml/min con los siguientes objetivos:

- Que el paciente conozca y comprenda su enfermedad.
- Consejo dietético.
- Control del estado nutricional (encuesta dietética y valoración nutricional).
- Control del tratamiento medicamentoso.
- Conocimiento de los distintos tipos de tratamiento.
- Cuidados y seguimiento del acceso vascular.
- Actuación de enfermería en otras áreas (p.e. enseñanza para tratamiento con eritropoyetina subcutánea).
- Vacunación de hepatitis B (en caso necesario) y control de respuesta.

Este programa ha permitido ofrecer unos cuidados de enfermería de continuidad y contribuir a la disminución de los problemas al inicio de la terapia renal sustitutiva.

CASO CLÍNICO

Mujer de 75 años de edad que vive en medio urbano con su marido y una nieta de 25 años. Su hija, con domicilio cercano a ella, asume el rol de cuidador principal. Es diagnóstica-

Correspondencia: Rosario Álvarez Pérez
Hospital General Segovia
Unidad de diálisis
Carretera de Ávila, s/n.
40002-SEGOVIA

da de IRC moderada secundaria a Glomerulonefritis membrano-proliferativa asociada a infección por virus de hepatitis C, en febrero de 1986.

Acude por primera vez a la consulta de enfermería en enero de 1996 con un Ccr de 30ml/m. Desde entonces y hasta abril de 1998, momento de entrada en programa de hemodiálisis periódica, la paciente fue vista en ocho ocasiones.

Durante este tiempo se realiza:

- Historia de enfermería: Cabe destacar lo siguiente:

Antecedentes personales: HTA, infecciones respiratorias de repetición, neuropatía óptica isquémica de ojo izquierdo, crioglobulinemia, clínica de colon irritable y hemicolectomía derecha (por sangrado).

Nutrición: Inapetencia, pero se obliga a comer.

Eliminación: Diuresis de 900 ml/24h. Se levanta una o dos veces en la noche. Deposición a diario.

Descanso y sueño: Duerme 8 horas. Utiliza Lexatín®.

Higiene: No necesita ayuda para aseo personal.

Evitar peligros: Buen nivel de conciencia. No tiene limitación auditiva. Necesita gafas.

- Información de su enfermedad: Se informó sobre la IRC, y la evolución a medio plazo. La paciente manifestó de forma verbal su miedo a nuevos tratamientos y/o acontecimientos.

- Reducción de proteínas y potasio de la dieta: Le fue aconsejada una dieta de restricción proteica que la paciente realizó correctamente a juzgar por las eliminaciones urinarias de urea (se calculó una ingesta proteica de 45-50 gr/24h.). Presento tendencia a hiperpotasemia por lo que recibió tratamiento con resinas de intercambio manteniendo las cifras de K entre 5.5 y 6 mEq/l.

- Control del estado nutricional: Se realizó encuesta dietética, valoración de parámetros bioquímicos y antropométricos en cada una de las visitas, no objetivándose datos llamativos sobre los que actuar.

Los datos obtenidos a lo largo del período prediálisis se mantuvieron en los siguientes resultados:

Antropométricos:

- Peso: Descendió a lo largo de dos años desde 67 hasta 63 Kg. donde se mantuvo.
- IMC: 26.
- El pliegue graso de tríceps, la circunferencia del brazo y el perímetro muscular se mantuvieron en todas las visitas por encima del 100% respecto del percentil 50%.

Bioquímicos:

- Proteínas/Albumina: No presentó variaciones llamativas manteniéndose alrededor de 5.5 y 3.3 g/dl respectivamente.
- Las cifras de Urea y Creatinina aumentaron progresivamente según avanzó el deterioro de la función renal.
- Colesterol/TG: Valores normales sin necesidad de medicación.

Encuesta:

Presentó una ingesta calórica media de 1.600 Kcal., superior a sus necesidades (gasto energético total 1.546; energía recomendada de 1.046 Kcal por obesidad) a pesar de referir repetidamente inapetencia. El reparto por principios inmediatos fue superior en la ingesta de lípidos respecto a la de carbohidratos.

La ingesta de potasio y fósforo se mantuvo en cifras permisibles (1.900 y 900 mg respectivamente).

• Control del tratamiento medicamentoso: Fue necesario realizar una encuesta terapéutica en cada visita debido a las múltiples modificaciones de la medicación hipotensora por control irregular de TA y numerosos efectos secundarios con cualquiera de los hipotensores empleados.

• Información de tratamientos sustitutivos: Se planteó la necesidad de ser incluida en programa de diálisis en septiembre de 1997. Le fueron explicados los diversos métodos así como los riesgos relativos para la CAPD debido a su cirugía abdominal previa.

• Decisión de tratamiento sustitutivo: La paciente elige la hemodiálisis una semana después de la información, firmando consentimiento informado para la solicitud de realización de la fístula arteriovenosa.

• Cuidados de acceso vascular: Se implantó goretex humero-axilar derecho a 6 mm en diciembre de 1997 realizándose desde ese día el seguimiento y plan de cuidados del acceso vascular según protocolo de nuestra Unidad.

• Actuación en otras áreas: En enero de 1998 ingresa por un episodio de insuficiencia cardíaca secundario a anemización. Entonces inició tratamiento con EPO por lo que se realizó enseñanza de inyección subcutánea de eritropoyetina para domicilio. En marzo se inició tratamiento con hierro intravenoso, administrado en la consulta, por intolerancia a la fórmula oral.

Se comprobó positividad de Ac HBs por lo que no precisaba vacunación.

El día 20 de abril de 1998 la paciente entra en programa de hemodiálisis periódica y sigue el plan de cuidados estandarizado dirigido a pacientes que han sido vistos en la consulta de prediálisis.

COMENTARIOS

Actualmente la paciente se encuentra perfectamente adaptada, al programa de diálisis. Considera que tiene suficiente información sobre su enfermedad, tratamiento y dieta que debe seguir. Afirma que si tuviera dudas preguntaría.

La consulta de prediálisis permite:

- Vigilar la evolución de la función renal y tratar de enlentecer el deterioro.
- Prevenir y tratar las complicaciones.
- Vigilar la toma de medicación.
- Informar al paciente sobre su enfermedad y los tratamientos necesarios.
- Preparar al paciente adecuadamente para la diálisis.

Creemos que el papel de la enfermera es fundamental en todos estos cometidos asegurando una transición no traumática en el momento de la entrada en programa.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Mercedes Miguel, Natividad de Castro. Importancia de la información que reciben los pacientes antes de iniciar la hemodiálisis periódica: Libro de Comunicaciones del XVII Congreso SEDEN. La Coruña. 1993, 159-165.

2.- Elduara Bello y cols. Importancia de la información al nuevo paciente en la unidad de diálisis: Libro de Comunicaciones del XIV Congreso SEDEN. Platja D'Aro 1989, 206-210.

3.- M^a J. Martines, J. Villanueva. Consulta de enfermería en diálisis ¿Es necesaria?. Libro de Comunicaciones del XIX Congreso SEDEN. Alicante 1994, 234-243.

4.- Manuel A. Calvo, Josefina Cuenca. Significado de la primera hemodiálisis para el enfermo renal y factores que influyen en su vivencia: Libro de Comunicaciones del XXII Congreso SEDEN. Santander 1997, 49-55.

5.- Alicia Pérez y cols: Necesidad de la enfermería en la información prediálisis Libro de Comunicaciones del XXII Congreso SEDEN. Santander 1997, 228-234.

6.- Marta Quintela y cols: Guía clínica de acogida del enfermo renal sometido a un programa de hemodiálisis periódica crónica extra hospitalaria. Libro de Comunicaciones del XXIII Congreso SEDEN. Sevilla 1998, 369-373.

7.- L.J. Carpenito: Diagnóstico de Enfermería. 5ª Edición. 1995.

8.- J.T. Daugirdas: Manual de diálisis. 1996.

9.- Enrique Vicente y cols: Cuidados al paciente en hemodiálisis. Formación Continuada Monográfico de enfermería. Julio-Agosto 1996.

10.- H. Wilkinson: Información prediálisis ¿Es efectiva?. Journal XXIV n°1. Enero-Marzo 1998, 38, 40.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE LAS PRIMERAS HEMODIÁLISIS A PACIENTES
VISTOS EN CONSULTA DE ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA LAS PRIMERAS SEMANAS DE DIÁLISIS. DIRIGIDO A PACIENTES VISTOS EN CONSULTA DE PREDIÁLISIS.				
PROBLEMA	CRITERIO DE RESULTADO	ACTIVIDADES	REALIZADO REVISADO	RESULTADOS
Temor relacionado con la primera hemodiálisis	<p>El paciente comunica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentirse cómodo psíquicamente y físicamente. • Diferenciar las situaciones reales de las imaginarias. • Sus temores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo acogida. • Explicar de forma clara y sencilla el procedimiento que se está realizando. • Facilitar que el paciente exprese sus sentimientos ¿que siente, se imaginaba que iba a ser así...?. 	<p>20/4/98 24/4/98</p>	Hasta el mes de junio la paciente no manifestó sentirse cómoda, a partir de esta fecha no tiene temor y hace su vida prácticamente normal. Si se habla con ella es capaz de manifestar temores y dudas.
C.P. Riesgo potencial de síndrome de desequilibrio	<ul style="list-style-type: none"> • La enfermera ayudará a controlar y minimizar los efectos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de 1ª diálisis. • Explicar posibles efectos adversos post-diálisis. 	<p>20/4/98 11/5/98</p>	La paciente no tuvo ninguna complicación. En la tercera sesión de hemodiálisis se aumenta el tiempo. En mayo se cambia dializador y baño de diálisis.
C.P. Riesgo de hipotensión.	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente reconocerá los síntomas previos a la hipotensión. • El paciente avisará ante la aparición de ellos. • La enfermera ayudará a controlar y minimizar los efectos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle los signos y síntomas de hipotensión (sudoración, mareo, visión borrosa, cefalea, malestar de estómagos, bostezos...). • Informarle de que ante cualquier síntoma nos avise. • Monitorizar T.A., vigilar y preguntar. 	<p>20/4/98 24/4/98</p>	La primera hipotensión tuvo lugar en mayo y la paciente avisa por sentirse mareada.
Alto riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico relacionados con cambios en el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente tomará la medicación según prescripción. • El paciente expresará cualquier efecto no deseado del tratamiento. • El paciente será responsable de su medicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle los fármacos que toma, horarios y para qué sirve. Usar el álbum de fármacos. • Encuesta terapéutica la 1ª semana. • Fomentar la autonomía. 	<p>20/4/98 11/5/98</p>	Ella es responsable de su medicación. Cumple el horario y sabe para qué sirve cada medicación.
Alto riesgo de manejo ineficaz de la dieta en relación con falta de conocimientos tras el cambio de dieta al comienzo de hemodiálisis.	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente conocerá la dieta de hemodiálisis. • La encuesta dietética mostrará una ingesta de 1.2 g proteínas k/día. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle a realizar una dieta nomo-proteica y normo-calórica durante la primera hemodiálisis. • Recoger encuesta dietética a partir de la 3ª diálisis. • Valoración nutricional con la primera analítica. 	<p>20/4/98 24/4/98</p>	En la primera valoración nutricional se registra un peso de 63 k (124% peso ideal), IMC del 26, PGT 131% p50, CB 115% p50, PMB 107% p50. (Según las tablas de Allastrue). Una albúmina de 3.8 y 6.1 gr/dl de proteínas. PCR 1.04 Kt/v 1.4 y PRU 68.5. Refiere inapetencia pero se obliga a comer; se comprueba ingesta de 2.000 Kcal que es superior a necesidades, con un reparto energético por principios inmediatos superior de lípidos respecto a carbohidratos, ingesta proteica 1g/Kg/día.
Riesgo de exceso de volumen relacionado con falta de conocimientos en el manejo de líquidos.	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente conocerá su peso seco. • El paciente conocerá el límite de su ingesta de líquidos. • El paciente conocerá los síntomas de sobrecarga de líquidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar peso seco. • Conocer la diuresis de 24 horas. • Enseñarle que la ingesta de líquidos será su diuresis al día más 500 ml. • Vigilar la ganancia interdiálisis (G.I.D.). • Enseñar como reducir la ingesta de líquidos. • Vigilar edemas y función respiratoria en relación con exceso de volumen. 	<p>20/4/98</p>	No tiene problemas de exceso de volumen. Sus ganancias interdiálisis medias son de 1 kg. La diuresis residual ha variado de 900cc/24h. en mayo hasta 500cc/24h. en octubre, no modificándose la GID, que ha sido de 0.9 a 1.3 kg.
Riesgo de infección relacionado con falta de conocimientos de cuidados de la fístula.	<ul style="list-style-type: none"> • No aparecerá signos de infecciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-diálisis lavado con agua, jabón y secado. • Post-diálisis retirar apósitos de 4 a 6 horas. • Lavar el brazo con agua y jabón. • Aplicar crema hidratante o antitrombótica. 	<p>20/4/98 24/4/98</p>	Se realizan actividades según protocolo. Se observa reacción alérgica al esparadrapo, se solucionó cambiando el tipo de esparadrapo y lavando la fístula con suero salino en vez de Betadine®.
Riesgo de sangrado de punciones, relacionado con falta de conocimientos de hemostasia.	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente conocerá la forma de realizar hemostasia en el hospital y domicilio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compresión post-diálisis durante 10-15 minutos en los puntos de punción. • Enseñarle que la presión que ejerza debe permitir el flujo de sangre. • Ante sangrado en domicilio realizará las maniobras anteriores y si no cede, acudir al hospital. 		No problemas de punción. Hemostasia de 15 minutos. No hematomas.
	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente conocerá como tratar un hematoma. 	<ul style="list-style-type: none"> • En unidad frío local. 		
	<ul style="list-style-type: none"> • La enfermera ayudará a controlar y minimizar los efectos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados en su domicilio con calor seco local durante 10 minutos y pomada antitrombótica, 3 veces al día. 		