

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS CON TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

Autor principal PAULA LÓPEZ COCA

CoAutor 1 SONIA DE SOUSA PULPILLO

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

Palabras clave TERAPIAS COMPLEMENTARIAS HEMODIÁLISIS INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA REIKI

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

introducción:

la insuficiencia renal crónica es el síndrome que resulta del deterioro irreversible de la función renal. en este trabajo se revisan las complicaciones cardiovasculares, neurológicas, metabólicas, gastrointestinales, infecciosas y hematológicas; así como los beneficios que aporta la hemodiálisis y la necesidad de terapias complementarias.

la hemodiálisis es una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suplente parcialmente las funciones renales de excretar agua y solutos, y de regular el equilibrio ácido-base y electrolitos. no suplente las funciones endocrinas, ni metabólicas renales.

consiste en interponer entre dos compartimentos líquidos (sangre y líquido de diálisis) una membrana semipermeable, para lo que se utiliza un filtro o dializador.

resumen:

los profesionales sanitarios dan importancia a las terapias complementarias (tc) y hospitales de todo el mundo la usan. incluir terapias energéticas como prácticas enfermeras ayuda a lograr una mejor armonía del individuo pues el desequilibrio del campo energético produce problemas de salud y el reiki regula el organismo en situaciones de desequilibrio. ciertas tc dan resultado descartando un efecto placebo, reiki mejora la ansiedad y los valores analíticos. regulando las tc se incorporarían a la atención convencional.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

objetivos:

valorar el grado de conocimiento del personal de hemodiálisis (hd) sobre las tc y concretamente de reiki (colocación de las manos del sanador sobre la persona que desea curarse con la intención de sanación energética espiritual): indicaciones, efecto placebo, esoterismo y clandestinidad.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

metodología:

estudio descriptivo transversal en febrero de 2012. se elaboró un cuestionario y se pasó a 50 profesionales.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

resultados:

el 18% (n=9) eran hombres y el 82% (n=41) mujeres. la media de edad fue de 46 años con desviación típica de 10,17. en relación a la profesión: 44% diplomado universitario de enfermería (due), 28% auxiliares de enfermería (aaee), 16% médicos, 6% residentes, 4% limpiadoras, 2% celadores. destacar que el 100% de la muestra conocía la existencia de tc. el 88% las usaba. el 12% afirmó no usar ninguna y un 93% recurriría a ellas como último recurso. las tc más usadas fueron: homeopatía 56%, masajes 44%, hidroterapia 36%, yoga 24%, reiki 22%, para aliviar el dolor articular: 42%, dolor de espalda 40%, insomnio 28%, ansiedad 26% y cefalea 16%. el 54% de la muestra conocía el reiki y el 38% lo experimentó: 72,7% dolor de espalda; 54,5% ansiedad y dolor articular y 36,4% insomnio. un 46% afirma que reiki no tiene un efecto placebo. un 42% asegura que se practica clandestinamente aunque no se considere esotérico por la mayoría (72%).

discusión:

el éxito de las tc se debe al tratamiento personalizado y a tener en cuenta el estado subjetivo de la persona. en 2011 según el observatorio de terapias naturales, en españa 95,4% conoce alguna. de los entrevistados el 100% las conoce. las cuatro tc más usadas en españa son yoga, quiromasaje, homeopatía y acupuntura. las tres primeras son las más utilizadas por el personal de la unidad de hd. el 23,6% de los españoles usó tc y el personal de hd el 88%, según nuestro estudio. el insomnio prevalece en los sanitarios debido a los turnos, por ello el 36,4% usa reiki para el descanso y el estado de ánimo. reiki ayudaría a las enfermeras a sanarse a sí mismas y a otros pues existe interacción entre nuestras emociones, pensamientos y actos con el organismo. en el estudio sólo el 22% ha probado reiki. deberíamos realizar ensayos controlados aleatorios para comprobar la eficacia del reiki, así establecer su rigor científico y estandarizar intervenciones.

conclusiones:

toda la muestra conoce las tc y la mayoría las ha usado. los facultativos recurren menos a ellas a no ser que fuese imprescindible. hay un gran desconocimiento sobre los beneficios del reiki. haciendo charlas informativas en la unidad despertaríamos el interés por las tc favoreciendo su uso.

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

aportación de su trabajo a la seguridad del paciente:

la educación sanitaria consiste además en incorporar, en un paciente, una serie de conocimientos que modifiquen su conducta o la creen en un sentido determinado para que pueda ser más independiente y asuma su autocuidado ante una situación y un tratamiento nuevo (o no) en su vida y marcado en nuestro caso tanto por la insuficiencia renal como por un tratamiento sustitutivo: la hemodiálisis.

así pues, la educación del paciente en hemodiálisis tiene varios frentes para abordar: hábitos generales de la vida; acceso vascular (pueden ser: catéteres venosos centrales y los accesos arteriovenosos como la fístula arteriovenosa interna o injerto arteriovenoso); medicación que tiene que tomar; dieta que há de seguir e incluir terapias complementarias que puedan mejorar la armonía del individuo.

nos vamos a centrar más en el acceso vascular donde nuestra enseñanza va más allá de los primeros días de fístula y del cateter y hablaremos de sus posibles complicaciones como son:

hemorragia: normalmente por una mala punción o canalización defectuosa que hace que se desgarre o rompa la vena.

infección: con sus manifestaciones típicas: calor, dolor, rubor y edema. nunca debemos puncionar una fístula arteriovenosa interna (favi) que sospechemos infectada porque puede causar una septicemia fácil y rápidamente.

trombosis: es una de las complicaciones más frecuentes con la que nos podemos encontrar. el trombosamiento de una favi hace que esta se pare.

estenosis de la vena: normalmente producida por punciones repetidas en la misma zona.

aneurismas: son dilataciones anormales de las venas. son problemáticos para enfermería porque donde está el aneurisma hay un adelgazamiento de la pared vascular. si se pincha en ellos, suelen sangrar mucho. favorecen el que se produzcan la trombosis, embolismo, infección o rotura de la favi.

síndrome de robo: al hacer la favi la sangre se va de la arteria a la vena y eso tiene como efecto indeseado que la extremidad quede sin riego o con un riego menor y ello le trae al paciente problemas como: frialdad de la extremidad (llegando incluso a la necrosis), hormigueo y dolor.

edema en la mano: a veces se produce por un aumento de la presión venosa distal.

recirculación: ocasionalmente una vena colateral devuelve la sangre de la favi a una zona anterior a la anastomosis y ésto hace que sea siempre la misma sangre la que está circulando y por lo tanto la que está dializando. cuánto mayor sea la recirculación, menos efectiva es la diálisis.

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

propuestas de líneas de investigación:

el objetivo fundamental de la hemodiálisis es la regulación hidroelectrolítica de la sangre del paciente y su depuración de desechos tóxicos. tengamos en cuenta que el tratamiento se realiza tres veces en semana, en sesiones de tres a cinco horas dependiendo del peso del paciente, y que aún siendo realizado en condiciones ideales supliría solamente entre un 20 y un 25% dichas funciones en relación con un riñón sano.

la pérdida de las funciones endocrinas y metabólicas en el urémico no se corrige con este tratamiento por lo que será preciso utilizar una terapia farmacológica acompañada de recomendaciones dietéticas.

la hipertensión suele remitir una vez instaurada la hemodiálisis debido a la normalización de la volemia a consecuencia de la regulación hidroelectrolítica. entre las múltiples recomendaciones dietéticas a estos pacientes, se les aconseja no ingerir muchos líquidos ni, por supuesto, sal. es preciso llevar un control riguroso del peso del paciente para saber cuanta agua ha retenido en el período interdialisis. el exceso será retirado en la siguiente sesión mediante ultrafiltración. se programará la máquina para que la retirada sea constante, en ml/minuto, y así evitar posibles complicaciones como la hipotensión. no obstante, existen casos de enfermos con i.r.c. que presentan una hipertensión rebelde que no cede con la hemodiálisis, debido a la insensibilidad de los receptores que regulan la secreción de renina por el aparato yuxtaglomerular renal, teniendo lugar una secreción desproporcionada. el tratamiento utilizado en estos casos se basa en los beta-bloqueantes (que disminuyen la secreción de renina) como el sumial o el pindolol, antagonistas de angiotensina-ii e inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina-i en angiotensina-ii.

la ateromatosis mejora sensiblemente debido, fundamentalmente, a la corrección de la hipertensión, a pesar de la persistencia de la hiperlipemia. el tratamiento de los trastornos lipídicos en estos pacientes es similar al de los individuos no urémicos. el paciente debe colaborar en su tratamiento cumpliendo las recomendaciones dietéticas que consistirán fundamentalmente en la disminución de la ingesta de grasas saturadas sustituyéndolas por grasas poliinsaturadas. los hipolipemiantes empleados en el tratamiento farmacológico son los fibratos y las resinas de intercambio.

los trastornos neurológicos, que son los que más afectan a la calidad de vida del paciente, suelen mejorar considerablemente. la hemodiálisis elimina en gran medida los productos neurotóxicos consiguiéndose una estabilización del proceso e incluso una recuperación manifiesta con el tiempo. algunos casos de trastornos neurológicos son secundarios a la formación de ateromas que pueden dar lugar a la aparición de lesiones vasculares cerebrales. la hemorragia subaracnoidea suele guardar relación con exceso de anticoagulantes.

la hemodiálisis no es suficiente para la regulación del metabolismo fosfocálcico. la hiperfosfatemia se controla con quelantes del fósforo y restricción en la dieta. hasta unos años los quelantes de aluminio eran muy utilizados pero se comprobó que daban lugar a una seria intoxicación aluminica. la utilización de quelantes del fósforo como el carbonato cálcico está hoy muy extendida. para la corrección de la hipocalcemia, frecuentemente es precisa la administración de derivados de la vitamina d o bien quelantes del fósforo que contengan calcio, como el carbonato cálcico, con lo que se corrigen simultáneamente ambos problemas. la paraidectomía subtotal sólo está indicada en casos excepcionales cuando el paciente presenta hipocalcemia persistente y sintomática, prurito intratable, calcificaciones extraóseas progresivas, fracturas óseas espónaneas y calcifilaxis.

hoy en día ha disminuído la incidencia de casos de intoxicación aluminica en pacientes hemodializados ya que se evitan las causas favorecedoras: uso de agua con elevada concentración de aluminio para el líquido de diálisis y quelantes del fósforo que llevan aluminio en su composición. el agua utilizada en diálisis requiere ser analizada regularmente en su concentración de aluminio y, si es alta, se tratará mediante desionización, ósmosis inversa o ambas. los quelantes del fósforo con aluminio en su composición se deben sustituir por otros no aluminicos. el tratamiento de elección para la intoxicación aluminica es la desferrioxamina (dfo), que es capaz de secuestrar el aluminio de los tejidos y el unido a albúmina en plasma formando complejos al-dfo dializables, dado su bajo peso molecular.

las alteraciones digestivas se ven corregidas, en gran medida, al disminuir los niveles de urea en sangre. por ello, el tratamiento mediante hemodiálisis resulta altamente beneficioso para la solución de este problema secundario a la i.r.c. siempre que la frecuencia de las sesiones y su duración sea la adecuada para mantener unos niveles de urea aceptables.

la prevención de infecciones en estos pacientes va a depender fundamentalmente de la realización de una técnica aséptica en la manipulación del acceso vascular. podrían existir casos de infecciones entre pacientes, en la sala de diálisis, por compartir la máquina de hemodiálisis pero este riesgo se ve minimizado si se cumplen los protocolos de desinfección de la máquina. la terapia transfusional a la que se ven sometidos algunos pacientes para corregir la anemia es un riesgo añadido en la adquisición de infecciones. se debe seguir una rigurosa terapia preventiva mediante vacunación frente al virus de la hepatitis b.

la corrección de la anemia en la i.r.c. con el tratamiento mediante eritropoyetina humana recombinante ha supuesto un avance

considerable. antes de la utilización de la epo era preciso recurrir a las transfusiones sanguíneas como única posibilidad de corregir la severa anemia que presentaban estos pacientes. las causas extracorporales se han ido limitando con el paso del tiempo para llegar en la actualidad a máquinas de diálisis que minimizan las pérdidas hemáticas. pero no debemos olvidar que el aumento en la producción de hematíes por el tratamiento con epo enmascara también las pérdidas que se están produciendo por la hemodiálisis inducida por las toxinas urémicas y por el propio proceso de la hemodiálisis. por ello, aún se requieren más estudios que permitan mejorar las condiciones de estos pacientes.

en conclusión, el tratamiento del paciente con i.r.c. además de la hemodiálisis requiere la administración de las hormonas producidas por el riñón así como de otros tratamientos para corregir ciertas alteraciones inducidas por la propia insuficiencia. pero no debemos de olvidar que el fin último de la hemodiálisis es mantener a los pacientes con vida a la espera de un transplante renal; mientras, podemos mermar los síntomas con dichas terapias complementarias.

» BIBLIOGRAFÍA.

bibliografía:

1. Ierma, d., editor. nefrología clínica. 8ª ed. formación continuada logoss; 2008.
2. hernández-usero, m.d.; alcaraz, v. y sánchez-pozo, a. : ars pharmaceutica, 38: 1; 5-14, 1997.
3. perez, m.l.; polo, r.; de maya, b.; gomez, m.p.; meseguer, s.; melero, e.: enferm nefrol 2013; 16 suppl (1): 156/217.
4. daurgidas jt, blake pg, ing ts. manual de diálisis. 2ª ed. 2003.