

LA ENFERMERIA EN LA REVISION DEL PACIENTE DE DIÁLISIS PERITONEAL

Concepción Gómez Castilla.

Unidad de diálisis peritoneal y prediálisis del Hospital Universitario Virgen Macarena.

INTRODUCCIÓN:

Para la enfermería de diálisis peritoneal el familiar cuidador es tan importante como el propio paciente siendo un pilar imprescindible en la técnica que nos ocupa; ya que cuando el paciente está incapacitado total o parcialmente para el autocuidado por déficit visual, de movilidad etc. e incluso de incapacidad transitoria por situación de negación o duelo relacionado con la enfermedad, es en estos en los que nos tenemos que apoyar.

Aquí el ente físico-síquico-social del individuo enfermo se desarrolla en un paralelismo impresionante para paciente y familiar cuidador. El sentir que son conocidos por su nombre y en la mayoría de las ocasiones incluso por la voz (al teléfono), resulta primordial a la hora de cubrir determinadas necesidades que en condiciones normales necesitarían apoyo de la asistencia primaria y de la que carecemos, posiblemente por falta de coordinación entre la asistencia primaria y la asistencia especializada donde tendríamos que incluir la formación en diálisis peritoneal para la enfermería en atención primaria.

Ayuda el mantener el contacto con el paciente en la etapa de prediálisis de forma periódica para efectuar valoración de las necesidades del paciente, entorno, motivación, deseo de independencia, apoyo familiar, habilidad para realizar el autocuidado, nivel de instrucción, agudeza visual, hábitos higiénicos, condiciones de la vivienda higiénicas y de espacio y condiciones socio-familiares, situación enormemente facilitada en nuestro caso al ser una unidad conjunta.

Cuando entrenamos a un paciente para la diálisis peritoneal en domicilio, intentamos que puedan alcanzar el mayor nivel de autocuidados posible por parte del paciente y o familia, para ello individualizamos el plan dependiendo de la capacidad del cuidador.

De todas formas este entrenamiento pretende que el paciente y/o cuidador puedan controlar, resolver cuando es posible y sobre todo informar a la unidad cuando aparecen problemas que afectan al cuidado integral del paciente.

Tras el entrenamiento, visitamos al paciente de DPCA en su domicilio (en el primer mes), para ver cómo se desenvuelve en su medio, e intentamos corregir los posibles defectos de adaptación, mientras que a los pacientes de DPA efectuamos la visita como apoyo de la primera diálisis en domicilio, permaneciendo en su domicilio hasta la tercera infusión, si no han aparecido problemas.

En la actualidad las visitas domiciliarias están limitadas a situaciones donde se detectan problemas por falta de recursos.

REVISIÓN:

La primera visita a la unidad de diálisis peritoneal la efectúa el paciente entre 7 y 10 días después de estar en su domicilio, hasta entonces el contacto ha sido telefónico, cada mañana los tres primeros días y días alternos posteriormente, tarea que en nuestra experiencia ha sido valorada como positiva en el 100% de los pacientes, de esta manera ellos no se sienten solos y consultan temas puntuales, casi siempre relacionados con el procedimiento de intercambio, resolución de alarmas en la cicladora, la TA y los balances de liquido, etc.

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES ENFERMERAS DE LA PRIMERA VISITA:

Efectuamos análisis para comprobar eficacia de la diálisis.

Controlamos los puntos deficitarios de la evaluación del plan de entrenamiento que en nuestra unidad se efectúa mediante los registros enfermeros informatizados que establecen la evaluación del plan de enseñanza.

Registro para la evaluación del plan de entrenamiento

The figure displays four screenshots of a computerized nursing record form for peritoneal dialysis training evaluation. Each screenshot shows a different section of the form with various checkboxes and a 'Total' score field.

- Top Left Screenshot:** Shows the 'Historia' section with a 'Fecha Evaluación' of 02/12/2007. The evaluation criteria include:
 - Conocimiento del Proceso de D.P.
 - Conocimiento función de Plásmico
 - Conocimiento fibra cartón sustitución
 - Total:
- Top Right Screenshot:** Shows the 'Historia' section with a 'Fecha Evaluación' of 02/12/2007. The evaluation criteria include:
 - Control de riesgo
 - Identificación personal
 - Identificación U.C.T.
 - Resolución de problemas
 - Atención
 - Higiene personal
 - Inteligencia de material
 - Total:
- Bottom Left Screenshot:** Shows the 'Historia' section with a 'Fecha Evaluación' of 02/12/2007. The evaluation criteria include:
 - Conocimiento manejo soro
 - Conocimiento conceptos pH/diálisis/epidemiología
 - Conocimiento en el uso correcto de escudo de diálisis
 - Conocimiento concepto U.T.
 - Conocimiento T.A.
 - Total:
- Bottom Right Screenshot:** Shows the 'Historia' section with a 'Fecha Evaluación' of 02/12/2007. The evaluation criteria include:
 - Conocimiento manejo alérgico
 - Conocimiento métodos reducción IC
 - Conocimiento reducción P.
 - Conocimiento aumento rigidez protética
 - Conocimiento alérgico probióticos/dentados
 - Total:

Están divididos en cuatro apartados y, en cada uno de ellos se valoran distintos indicadores relacionados con el criterio de resultados esperados correspondiente a las actividades efectuadas en la intervención Enseñanza individual.

Manejo del proceso: Conocimiento del proceso de diálisis peritoneal, de la función del peritoneo, y del intercambio de sustancias.

Manejo de la infección: Control del riesgo, Identificación de la peritonitis, Identificación de la infección del orificio, Resolución de problemas, Asepsia, Higiene personal, Manipulación del material.

Manejo de la hidratación: Control del peso seco. Conocimientos del concepto pérdidas/ganancias, del uso de concentraciones del dializado, del concepto ultra filtración y control de la tensión arterial.

Manejo de la Nutrición/dieta: Conocimiento en el manejo de los alimentos, de los métodos de reducción de potasio, de la restricción de fósforo, de la necesidad de aumento en la ingesta proteica, de los alimentos/permitidos/prohibidos.

Todos los indicadores tienen la valoración en una escala del 1 y 5, mediante la manifestación de algunos parámetros y/o demostración (observación directa de la enfermera que efectúa la enseñanza) para otros, según corresponda.

El registro establece una valoración parcial en porcentajes por apartado y, una valoración total de la evaluación.

Con todo ello tenemos control de la situación en que el paciente obtuvo el alta en el entrenamiento y facilita la posibilidad de la continuidad en el cuidado, aunque la visita tenga que efectuarla una enfermera diferente a la hizo el entrenamiento del paciente.

Registro para el control de portadores nasales de estafilococo áureo

Fecha	Resultado	Tratamiento	Fecha	Resultado	Tratamiento	Observaciones
01/03/2008	Positivo	SI	01/03/2008	Negativo	SI	PORTADOR NASAL
01/03/2008	Negativo	SI	01/03/2008	No especificado	SI	
01/03/2008	Negativo	SI	01/03/2008	Negativo	SI	

Controlamos el exudado nasal en pacientes o familiares portadores de estafilococo áureos (previo al entrenamiento, efectuamos este control tanto a pacientes como a familiar cuidador y se les aplicó el protocolo de descontaminación en caso de resultar positivo, (protocolo específico de la unidad de infecciosos y que consiste en duchas con clorhexidina jabonosa y aplicaciones nasales de mupirocina durante 5 días y si es portador crónica de estafilococo áureo lo repetirá los primeros 5 días de cada mes).

Procedemos a la inspección del orificio, mediante la cual valoramos el estado del orificio, si aparecen o no signos de infección que el paciente aún no haya aprendido a controlar y el aspecto de la cura, controlando la limpieza, la protección y la fijación.

Registro para el control del orificio

Historia de Orificio

Fecha	Aspecto	Diagnóstico	Tratamiento	Asesoría
30/05/2004	Traumático	ESTABLECIDO (PEQUEÑO)	Sin tratamiento	NINGUNO
30/06/2004	Enfermo	NINGUNO NEGATIVO	Sin tratamiento	NINGUNO
04/07/2004	Enfermo	NINGUNO NEGATIVO	Sin tratamiento	NINGUNO
11/07/2004	Enfermo	NINGUNO NEGATIVO	Sin tratamiento	NINGUNO
05/08/2004	Enfermo	NINGUNO NEGATIVO	Sin tratamiento	NINGUNO
01/09/2004	Enfermo	ORGANISMO MIXTO	Sin tratamiento	NINGUNO
20/09/2004	Enfermo	NINGUNO NEGATIVO	Sin tratamiento	NINGUNO
30/11/2004	Enfermo	PERILOSA	[A] Biogelina	[C] PROTECCIÓN

Los cuidados del orificio están normalizados en la higiene general del paciente, mediante limpieza con agua y jabón durante la ducha diaria aunque se permiten 2-3 duchas a la semana especialmente en pacientes dependientes, para minimizar la sobrecarga del cuidador.

La fijación del catéter a la piel la indicamos de manera imprescindible, para evitar tirones que puedan erosionar el orificio, pero la protección mediante apósito que antes la hacíamos normalizada, actualmente está personalizada a las características del paciente, no siendo utilizada por alguno de nuestros pacientes que presentan alergia a la goma de los esparadrapos, sin que esto haya ocasionado ningún tipo de problemas. El estado del orificio es definido mediante observación según la clasificación de Twardowsky, si bien los orificios clasificados equivocados por Twardowsky nosotros distinguimos entre los orificios con costra persistente y los que presentan eritema, por resultar más fácil el seguimiento cuando son diferentes enfermeras las que efectúan la valoración.

Resolución de dudas (es normal que el paciente o cuidador planteen muchas preguntas, especialmente sobre balance de líquidos y dieta).

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES ENFERMERAS DE LAS SIGUIENTES VISITAS:

Estas demandas son modificadas en posteriores visitas, cuando ya tienen el sentimiento de controlar la diálisis, entonces derivan más hacia problemas sociales, de cargas que tienen que soportar por la diálisis, problemas relacionados con la actividad laboral y o el ejercicio físico, actividad sexual (especialmente los jóvenes), de imagen corporal y de relación familiar.

Utilizamos registros enfermeros informatizados donde reflejamos: peso, TA, parámetros analíticos, edemas, hábitos intestinales, diuresis, datos relativos a la diálisis (alarmas, drenaje etc.) así como dudas del paciente, aspecto del orificio y mantenimiento de los cuidados del mismo y frecuencia de ingesta de alimentos, parámetros nutricionales (peso, talla, circunferencia del brazo, pliegue cutáneo etc..) y de adecuación de diálisis (KT/V y nPCR).

Actualmente la bioimpedancia estratoscópica se está implantando como método de valoración del estado nutricional, el estado de hidratación del paciente y también para valorar la adecuación de diálisis, por su facilidad de manejo y bajo coste; si bien la enfermería no puede olvidar que nuestra valoración debe ser global y debe seguir utilizando los métodos tradicionales y muy especialmente la entrevista con el paciente y la observación directa en la exploración.

Estudios actuales, aunque con poco nivel de evidencia, por ser poco numerosos y con muestras pequeñas, parecen inclinar la balanza a este método de valoración de la adecuación de diálisis por ser menor el índice de error, comparado con los métodos que utilizan medidas matemáticas.

Los contactos con la trabajadora social son frecuentes por nuestra parte, ya que actuamos como coordinadoras al detectar necesidades que no podemos resolver. La falta de apoyo social cuando el autocuidado decae con la edad y el deterioro físico del cuidador sea paciente y/o familiar es uno de los problemas más difíciles de resolver en nuestro entorno.

La derivación a la trabajadora social de ALCER, para que le ayude en los trámites de cuestiones relacionadas con la pensión laboral en algunos, la ley de dependencia en otros y cuando es posible se encauzan hacia servicios sociales locales para posibles apoyos económicos o de ayuda domiciliaria.

Protocolo de análisis de rutina, control de virus, anticuerpos a pacientes en lista de espera de trasplante, estudios óseos, y todo lo correspondiente al control para la actualización para el protocolo de trasplante, si el paciente es idóneo etc....

Resolución de dudas (evaluación continuada).

Lectura de la situación de diálisis de los pacientes con cicladora, cumplimiento y resultados obtenidos para poder adecuar los parámetros de confort a las necesidades del propio paciente y así mismo programación de los cambios de tratamiento.

Con todo ello, no es difícil detectar algún problema que pueda precisar alguna pauta de actuación enfermera que quedará reflejada en el registro para evaluación en visitas posteriores. Esto implica, una valoración continua del paciente individualizando el tratamiento enfermero según necesidades.

Un plan estandarizado de cuidados ayuda en la mayoría de las unidades de diálisis peritoneal en el seguimiento de los pacientes, si bien nosotros tenemos una gestión del cuidado enfermero mediante informatización que nos permite individualizar el cuidado, estableciendo diagnósticos, intervenciones y resultados específicos para cada paciente y la medición de indicadores para establecer el nivel de consecución de objetivos.

Como control nutricional, disponemos de la nPCR / visita y la encuesta de frecuencia alimentaria que nos enseña sobre todo hábitos alimentarios del paciente y que comparándolos con la pirámides de alimentos nos indica a grandes rasgos déficit o alto consumo de los principios inmediatos.

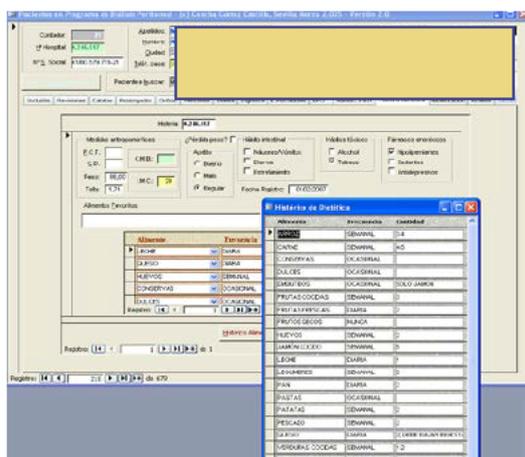
La educación para la corrección de hábitos alimentarios inadecuados, el apoyo de la dietista del centro en revisiones periódicas para aportes nutricionales específicos cuando se detectan déficit importante son intervenciones que la enfermera-o de la unidad de diálisis peritoneal debe realizar constantemente en estos pacientes.

ENCUESTA ALIMENTARIA DE FRECUENCIA:

<u>ALIMENTO (frecuencia)</u>	<u>ALIMENTO (frecuencia)</u>
LECHE	CARNE
QUESO	PESCADO
YOGOURT	LEGUMBRES
HUEVOS	JAMON COCIDO
CONSERVAS	EMBUTIDOS
DULCES	FRUTAS FRESCAS
PASTAS	FRUTAS COCIDAS
ARROZ	VERDURAS FRESCAS
PATATAS	VERDURAS COCIDAS
PAN	FRUTOS SECOS

D (diario) S (semanal) O (ocasional) N (nunca)

Registro de la historia nutricional del paciente



La nutrición es difícil de controlar por la sensación de plenitud que les ocasiona la DPCA, por la falta de apetito y también por el aporte calórico que supone la diálisis. Nos encargamos de la educación e información sobre alimentación y dieta. Las instrucciones educativas de régimen general, tienen en nuestra unidad diseño escrito para poder aportar refuerzo a los pacientes, que en situaciones de ansiedad olvidan con facilidad.

Intentamos personalizar la dieta según la situación del paciente en cada momento tanto de parámetros bioquímicos (potasio, calcio, fósforo, etc.) como de TA.

PROHIBIMOS exclusivamente alimentos muy ricos en Na, K y P (sal de régimen, frutos secos, ahumados, pescados en conserva, puré de patatas en copos, patatas fritas chips, frutos exóticos, chocolate etc.).

DESACONSEJAMOS el consumo de dulces de manera habitual, por el aporte de glucosa que se produce con la diálisis peritoneal, si bien ésta en ocasiones debemos valorarla como complemento al necesario aporte energético en pacientes con alimentación deficiente y en los que tienen un estado de catabolismo aumentado, pudiendo así evitar el consumo inadecuado de proteínas como alimento energético en lugar de plástico.

EDUCAMOS para la disminución de K en los alimentos, mediante el sistema de lavado o doble hervido, con consejos para reducir la cantidad de potasio en la dieta:

Es fundamental en la dieta del paciente renal reducir el contenido de potasio de los alimentos para mantener este elemento dentro de las cifras normales, por lo que reforzamos con instrucciones escritas.

El potasio es soluble en agua, por este motivo todos los alimentos que sea posible someter a remojo se pondrán troceados en agua durante varias horas, cambiando varias veces el agua. (Ejemplo.- la patata para freír, la lechuga).

Si son alimentos que van a consumirse cocidos, se cocinarán sin piel, en abundante agua y a mitad de la cocción se cambiará por agua nueva hasta finalizar la cocción.

Las legumbres (garbanzos, lentejas, judías) se pondrán a remojo la mañana anterior, cambiando el agua varias veces antes de cocinarlas.

Las frutas en almíbar y compotas reducen mucho su cantidad de potasio.

Nunca deben tomarse los caldos de las verduras ni los almíbares (estos contienen todo el potasio que las frutas o verduras han perdido).

No debe comer productos integrales porque contienen mucho potasio y mucho fósforo.

ACONSEJAMOS TRUCOS culinarios para prescindir de la sal, que no debe añadirse a los alimentos, sobre todo hipertensos y pacientes con retención de líquido (estrágón en las verduras, ajo, perejil, comino, orégano en carnes y pescados etc.).

Así mismo deben evitarse los alimentos ricos en sodio como productos enlatados (excepto frutas y mermeladas), embutidos, vísceras animales, ahumados, quesos con sal, cubitos de caldo, sopas prefabricadas, concentrados de carne y alimentos congelados que lo lleven en su preparación.

En general la estructuración de un plan de cuidados estandarizado y el seguimiento de los indicadores previstos nos acercaran al tratamiento idóneo de cada paciente, modificando las posibles intervenciones enfermeras según el resultado de cada paciente.

OTRAS ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA EN NUESTRA UNIDAD:

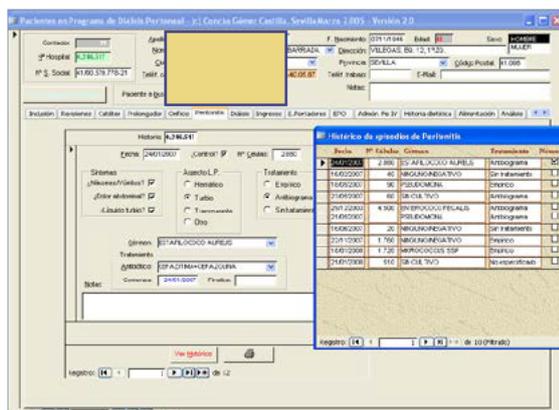
Además tenemos las siguientes actividades:

- Cambios de prolongador y/o conector según procedimiento.
- Estudios de cinética peritoneal según procedimiento, a la entrada en programa y anualmente.
- Administración de hierro intravenoso, cada vez mas en uso por la intolerancia que produce el hierro oral.
- Atención y tratamiento durante el horario de funcionamiento de la unidad a los pacientes con peritonitis, que el resto del tiempo es efectuado en la unidad de hospitalización

Registros para el control de peritonitis

Atención telefónica para resolución de dudas, según demanda del propio paciente, y utilizado también como apoyo importante cuando el paciente está en situación de inestabilidad por factores comórbidos importantes.

Visitas domiciliarias: prediálisis (para valoración de estructura de la vivienda, higiene, condiciones sociales, etc.), y de control tras la inclusión en el programa de diálisis peritoneal.



Reciclajes por cambio de sistema o detección de problemas que se repiten en varias revisiones (lavado de manos, cura de orificio, registros, peso, higiene o procedimiento de intercambio, etc.)Y que están produciendo complicaciones mórbidas.

Atención a los pacientes de consulta prediálisis, con información sobre las opciones de tratamiento, cuidados de los accesos vasculares y peritoneales, dieta.

Nuestro objetivo final será mantener el apoyo al paciente en todos los ámbitos posibles intentando crear la menor dependencia.

Siempre intentamos adaptar la diálisis al medio, y no el medio a la diálisis, porque consideramos que es la garantía mas razonable para un seguimiento adecuado, ya que bastante le hemos modificado la vida, para hacerlo aún mas difícil.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Montenegro J., Olivares J. La diálisis peritoneal. Dibe S.L. España1999.
- 2.- Trujillo Campos C. Segundo curso andaluz de diálisis peritoneal para enfermería. SEDEN 1999
- 3.-Libro de protocolos y procedimientos de la unidad de diálisis peritoneal del H. U. V. Macarena (Sevilla).
- 4.-Libro de protocolos de la Seden año 2001. Varios autores