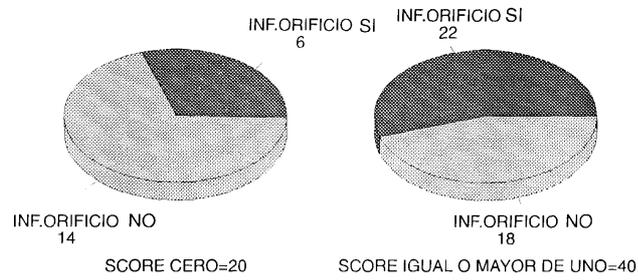


RELACION ENTRE EL SCORE DE TECNICA Y LAS INFECCIONES DE ORIFICIO



RELACION ENTRE EL SCORE DE TECNICA Y LAS INFECCIONES DE ORIFICIO

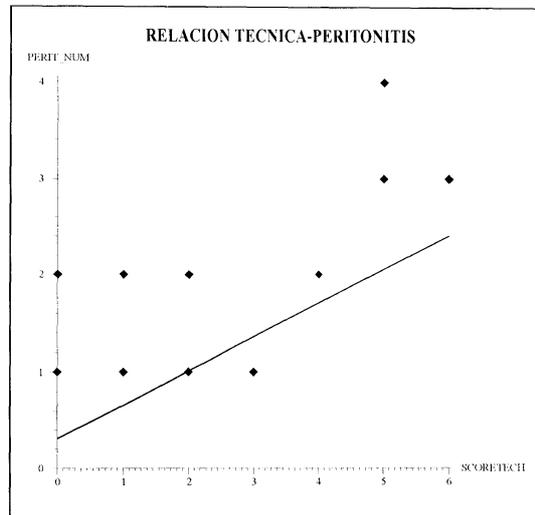
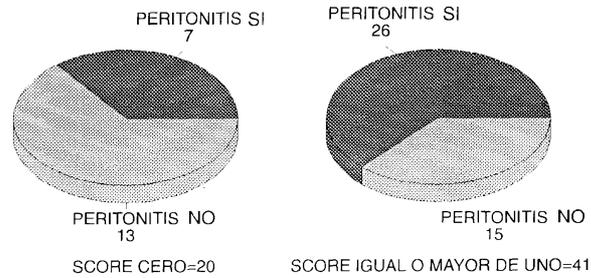


Figura 3

ENFERMERIA, HACIA LA ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE RENAL

M.ª A. Carballo, O. Celadilla, V. Martínez, Y. de Gómez, E. Cala, E. Torre, I. Nebreda, G. Guijo, M. Ortíz, M. Gutiérrez, V. Miranda, A. M.ª Reyero,

Hospital La Paz, Madrid; Hospital Clínico, Valladolid, Hospital Río Hortega, Valladolid; Hospital Severo Ochoa, Leganés; Fundación Jiménez Díaz, Madrid, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles, Avila, Hospital Ntra. Sra. de Alarcos, Ciudad Real

INTRODUCCION

En febrero de 1993 y tras varios años celebrando reuniones multi hospitalarias conjuntamente con los nefrólogos, se decidió crear el Grupo de Enfermería de Diálisis Peritoneal de la Zona Centro, cuyo fin principal es enfocar nuestro trabajo hacia la atención integral del paciente renal, con los siguientes objetivos:

- Definir la importancia de una consulta de enfermería pre-diálisis, con la consiguiente participación activa en la selección de pacientes.
- Actualizar y consensuar protocolos de trabajo, basados en las mejores prácticas clínicas demostradas.
- Conocer al paciente y seguir su evolución, desde la primera sintomatología urémica hasta su tratamiento en diálisis y/o trasplante.
- Difundir la técnica entre los profesionales de enfermería.

Debido a la desinformación con la que gran parte de los pacientes acudían al programa de Diálisis Peritoneal, y conocedores de que algunos miembros del grupo ya participaban de forma activa en la consulta pre-diálisis, decidimos elaborar una encuesta para determinar la influencia de ésta en la rehabilitación socio-laboral de los pacientes, su adaptación y cumplimiento de la técnica, y la morbi-mortalidad.

MATERIAL Y METODOS

La encuesta incluía datos referentes a la unidad respecto a la dotación de personal y la rotación del mismo, así como información sobre la incidencia de peritonitis, la práctica de consulta prediálisis, calidad de vida de los pacientes, etc. (ver Anexo 1). Se registraron los datos de los pacientes que durante el periodo comprendido entre enero de 1990 y marzo de 1993, recibieron tratamiento de Diálisis Peritoneal, incluyendo, tanto pacientes en activo como aquellos que por diversos motivos, hubieron de abandonar este tipo de tratamiento. La encuesta fue enviada por correo a todos los hospitales del grupo, obteniéndose respuesta de 8 centros, con una población total de 177 pacientes, de los cuales 88 eran hombres y 89 mujeres, con una edad media de 48 años, estancia media en programa de 18 meses y un periodo de seguimiento de 39 meses.

TABLA 1: Distribución de la patología de base en la población de pacientes que forman parte M estudio.

Patología de Base	Nº pacientes	Patología de Base	Nº pacientes
Diabéticos tipo I y II	65	Hialinosis	2
Glomerulonefritis	21	Nefrocalcinosis	2
Etiología no filiada	21	TB renal	2
Nefroangiosclerosis	11	Vasculitis	2
Poliquistosis	10	Nefropatía glomerular	1
Pielonefritis	8	Hidronefrosis	1
Nefropatía intersticial	6	Cistinosis adulta	1
HTA	5	Uropatía mal formativa	1
Amiloidosis	4	Hipoplasia renal	1
Nefropatía IgA	3	Lupus eritematoso	1
Aterosclerosis	3	Litiasis	1
Necrosis tubular	3	Sin datos	2
		Total pacientes	177

Del total de pacientes que formaban parte del estudio, 65 eran diabéticos (34 de tipo I. 31 de tipo II). El resto de la patología de base se distribuía según se muestra en la Tabla 1.

RESULTADOS

Abandonos

Sesenta y cinco pacientes abandonaron el programa. A continuación se detallan las razones de abandono, así como los porcentajes respecto al total.

Razón del abandono	N.º	%
Trasplante	14	21,5
Peritonitis	6	9,2
Inadaptación CAPD	5	7,7

Exitus	28	43,1
Fallo de la membrana	4	6,2
Problemas con el catéter	2	3,1
Recuperación función renal	2	3,1
Cambio a otro hospital	1	1,5
APD	1	1,5
Diálisis inadecuada	1	1,5
Brucelosis	1	1,5

Tratamiento

En el 28,2% de los casos el tratamiento fue elegido, siendo dirigido en el 71,201o restante. De un 0,6% de los pacientes no se obtuvo respuesta de la elección del tratamiento.

Visita pre-diálisis

Un 20,3% de los pacientes tuvieron consulta pre-diálisis.

Rehabilitación Social

El porcentaje de pacientes (48,6%) que consiguió rehabilitarse de forma completa, prácticamente coincide con el de aquellos en que su rehabilitación social fue sólo parcial. De un 2,8% de los pacientes no obtuvimos datos.

Papel de la familia

El 61,6% de los pacientes ocupaban un papel principal en la familia, siendo el porcentaje de pacientes con un papel secundario de 36,2%. De un 2,3% no obtuvimos datos.

Lugar del intercambio

El lugar elegido por los pacientes para llevar a cabo sus intercambios es preferiblemente el dormitorio (un 66,1%), aunque existen otras en función de diversos factores:

Cuarto de baño	9,0%
Otros	1,7%
Sin datos	23,2%

Autonomía

A continuación se muestra la distribución de pacientes según su autonomía o dependencia de otras personas:

Autonomía total	65,5%	
Pacientes dependientes	41,2%	
Dependencia de la pareja		19,8%
Dependencia de hijos		15,8%
De Otros		5,6%

Visión

En relación con la calidad de la visión del paciente, la mayoría presentaban una visión buena o regular, según se muestra a continuación:

Visión buena	45,8%
Visión regular	30,5%
Visión pobre	19,8%
Sin datos	4,0%

Higiene

Hemos considerado como buena higiene personal aquellos pacientes que tomaban una ducha diaria o al menos 3 por semana, definiendo como higiene regular la toma de una sola ducha semanal y mala cuando no existía periodicidad. Según esto a continuación se muestra la distribución obtenida en la encuesta:

Higiene buena	65,5%
Higiene regular	26,6%
Higiene pobre	7,3%
Sin datos	0,6%

Habilidad manual

Fue la enfermera en cada caso quien clasificó la habilidad manual de los pacientes para llevar a cabo su autocuidado. Los datos obtenidos son los siguientes:

Habilidad total	68,9%
Habilidad parcial	22,6%
Incapacidad	8,5%

Capacidad funcional

Este parámetro permite distinguir a aquellos pacientes con incapacidad funcional de alguno de sus miembros, siendo la distribución de pacientes la siguiente:

Capacidad total	58,2%
Capacidad parcial	29,9%
Incapacidad	11,9%

Problemas sociales

Intentamos averiguar en qué medida los problemas sociales podían influir en el desarrollo de la técnica y en último término conducir al abandono, por lo que consideramos tanto problemas sociales previos, como aquellos surgidos durante la estancia en programa, incluyendo los que fueron motivo del abandono. Sin embargo, no podemos tener en cuenta estos datos por el alto número de casos sin datos:

Previos al tratamiento	13,0%
Durante el tratamiento	7,9%
El problema social es motivo de abandono	1,1%
Sin datos	78,0%

Calidad de la técnica

Se ha incluido en el estudio este registro y el siguiente para determinar en qué medida la realización de la consulta pre-diálisis podía influir en los mismos.

Calidad buena	85,3%
Calidad pobre	13,6%
Sin datos	1,1%

Conocimiento de la I.R.C.T.

Conocimiento bueno	35,0%
Regular	38,4%
Pobre	26,0%
Sin datos	0,6%

Peritonitis

La incidencia de peritonitis en la población estudiada fue de 200 episodios, de los cuales el 26,5% fueron catéter dependiente y el 50,5% sistema dependiente. En un 23,0% no sé obtuvieron datos. De esto se deduce que el ratio de peritonitis en el grupo referido fue de 1 episodio de peritonitis/15 ptes./mes.

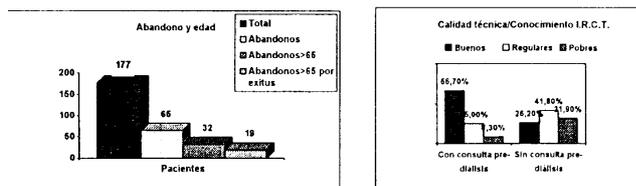
Henos relacionado los distintos parámetros entre sí para extraer las máximas conclusiones posibles, indicando para cada caso, el porcentaje del que no se obtuvo respuesta.

Abandono

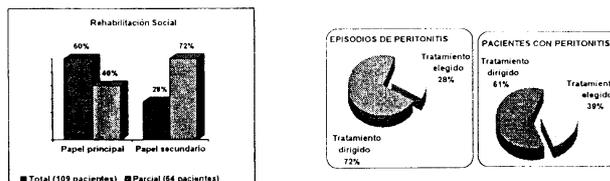
Relacionando los datos de los pacientes autónomos y dependientes con el abandono de la técnica no se encontraron diferencias importantes. Parece que no influye en el abandono que el paciente necesite de otra persona para su tratamiento.

Abandono y edad

Considerando como pacientes geriátricos aquellos con más de 65 años de edad, y su relación con el abandono de la técnica, se observa que la mitad de los abandonos (32 de 65) de programa



Consulta prediálisis y su relación con la calidad de la técnica y el conocimiento de la IRCT En la mayoría de los pacientes que tuvieron consulta pre-diálisis, tanto la calidad de la técnica como el conocimiento sobre su enfermedad eran buenos (un 66,7% de los casos), mientras que en aquellos que no dispusieron de consulta pre-diálisis, la mayoría si situaba en rangos de calidad y conocimiento regular o malo (respectivamente 41,30% y 31,9%),



se dieron en pacientes que no participaron de elección de su tratamiento. Este mismo resultado aparece cuando relacionamos, en lugar de la incidencia, los pacientes que han sufrido al menos una peritonitis, siendo del 61%.

CONCLUSIONES

Los resultados nos permiten señalar la necesidad de la participación de la enfermería en el seguimiento de los pacientes, desde sus primeros contactos con el centro sanitario. Un paciente completamente informado participará en la toma de decisión de la técnica que más se adapte a su forma de vida. Por ello se plantea la necesidad de implantar la consulta pre-diálisis de enfermería para conocer al paciente, informarle y educarle, y así disminuir su ansiedad y aumentar su adaptación a la técnica.

Con el seguimiento prolongado del paciente el equipo sanitario puede contribuir a apoyar al paciente en su toma de decisión.

Parece existir una relación de la incidencia de peritonitis con la participación o no del paciente en elección de tratamiento, que de demostrarse podría conducirnos a reducir la misma, y posiblemente reducir el número de abandonos de la técnica.

El alto número de peritonitis sistema dependiente debe hacernos reflexionar acerca de la posibilidad de establecer un protocolo de re-entrenamientos periódicos.

Aquellos pacientes que ocupan un papel principal en la familia parecen mostrar una mayor rehabilitación socio-laboral.

AGRADECIMIENTOS

A Ana Canalejo, por su inestimable ayuda y colaboración en el soporte informático y composición final.
A Sonia Sánchez, por su contribución en la elaboración final.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Wil, J., Dialysis without tears. *Nursing Times*, Apr 29, vol 88. N° 18 pp. 50-51
- 2 Kochavi, S.: Implementing a pre-dialysis education program for patients and families *Dialysis and Transplantation* Oct 1990, Vol. 18, No 10, pp 526-531
- 3 L. Holley, J., Daci C., M. Piraino, B. Initiating a peritoneal dialysis program Personnel. administrative requirements, patient recruitment and training. *Seminars in dialysis & dialysis practice* Apr-Jun 1990, Vol 3, No 2 pp 122-126
- 4 D. Campbell, J., PhD. I Ewigman, B., M D, MSPH, Hosokawa, M., EdID- C. Van Stone, J, M D «The Timing of referral of patients with end-stage renal disease, *Dialysis & Transplantation* Dec. 1989 Vol 18. No 12, pp 660-686.
- 5~ R. Nissenson, A., M.D., et al.: Psychosocial adaptation of CAPD and center hemodialysis patients *Advances in continuous ambulatory peritoneal dialysis proceedings of 6th Annual CAPD Conference*. Kansas City MO. Feb 1986, pp 47-57.
- 6 L. Wolcott, D., M.D., R. Nissenson, A. M.D.: Quality of life in chronic dialysis patients a critical comparison of continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) and hemodialysis, *American Journal Of Kidney Diseases* 1988, Vol XI, No 5, pp 402-412
- 7 Golka R.: Quality of life in patients undergoing renal replacement therapy *Kidney International*, 1983, Vol 43, suppl 40, pp 23-27
- 8 Koch, U, Muthny, FA.: Quality of life in patients with end-stage renal disease in relation to the Method of treatment, *Psychother Psychosom*, 1990, 54, pp 161-171
- 9 Celadilla, O.; Carballo M.ªA., del Olmo, C., Martínez M.V., Martínez, M., Velasco, V.: «Influencia de la CAPD sobre la calidad de vida de los pacientes con IRT». Libro de comunicaciones, Congreso SEDEM Palma de Mallorca, noviembre 84.

ANEXO I

Hospital
 Ciudad

Personal Sanitario Encargado:

Médico
 Enfermera
 Rotación Enfermera SI NO Rotación Médico SI NO
 Cada Cuánto Cada Cuánto

Nombre
 Apellidos
 Fecha Nacimiento
 Sexo Peso Talla
 Enfermedad de Base
 Diabetes Mellitus I II
 Patología Asociada
 Fecha Inicio CAPD
 Fecha Abandono Motivo

Autonomía Dependencia Pareja
 Hijos
 Otros

Visión Buena Mala Regular

Higiene Personal (1)
 Habilidad Manual (2)
 Capacidad Funcional (3)
 Elección Tto/Dirigido (4)
 Consulta Prediálisis (5)
 Rehabilitación social Total Parcial

Importancia en el ámbito familiar:

Describirla
 Papel: Principal Secundario

Vivienda (lugar donde se hace c/bolsa)

Problemas Sociales
 Previos al Tto. Durante Tto. Motivo Abandono

Calidad de la Técnica Buena Mala

Al inicio de la CAPD conocimiento sobre su enfermedad:
 Buena Mala Regular

Peritonitis:
 N° Germen
 Cateter dependiente Sistema dependiente