

**PROGRAMA CONJUNTO DE DIALISIS PERITONEAL  
GRUPO INTERHOSPITALARIO DE "CATALUNYA I BALEARS"**

*Gruart, F. (1); Andújar, J. (1); Vives, A. (2); Soley, I. (3); Bartrina, D. (4);  
Martínez, A. (5); Carrera, D. (6); Rapado, C. (7); Ruiz, M. (8); Blanca Valdés.*

- (1) "Prínceps d'Espanya" C. S. de Belvilge. L'Hospitalet de Ll.
- (2) "Clínic i Província". Barcelona.
- (3) "Consorci Hospitalari del Parc Taulí". Sabadell.
- (4) "Creu Roja". Barcelona.
- (5) "Joan XXIII". Tarragona.
- (6) "Arnau de Vilanova". Lleida.
- (7) "Werge de Lluch". Palma de Mallorca.
- (8) "Germans Trias i Pujol". Badalona.

## **INTRODUCCION**

Ante la diversidad de "Planes de Cuidados" al paciente en Diálisis Peritoneal (DP), el personal de Enfermería de varios Hospitales de Cataluña y Baleares, nos propusimos la unificación de estos Planes de Cuidados para la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (CAPD).

## **OBJETIVOS**

- Descubrir los errores o defectos de nuestros respectivos "Planes de Cuidados", para obviarlos y al mismo tiempo divulgar los Protocolos, que tras las discusiones en grupo, se aceptarán como adecuados o correctos.
- Ofrecer al paciente, usuario potencial de varios Hospitales, en nuestras Regiones Sanitarias un "Plan de Cuidados Unificado" para cada uno de los Procedimientos de Diálisis Peritoneal.

## **METODOLOGIA**

La enfermería responsable de las Unidades de Diálisis Peritoneal de los distintos Hospitales, presentó los "Protocolos" con que se realizaba el "Plan de Cuidados" en los distintos sistemas de CAPD, y tras varias reuniones conjuntas de trabajo quedaron unificados, tanto los Procedimientos, como el Plan Educativo.

### **1 - Protocolos.**

Implantación delcatéter:

- "Pre-intervención Quirúrgica"
- "Colocación por Punción"
- "Post-intervención Quirúrgica"
- "Post- Colocación por Punción"
- "Plan Educativo"

Sistemas de DPCA:

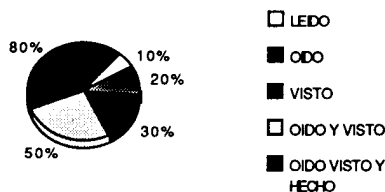
- "Sistema de Conexión en "Y"
- Sistema de Conexión W'
- "Sistema "ANDY"
- "Sistema LIV Flash"

### **11 - Unificación de criterios**

- 1) Para el cuidado y Acondicionamiento delcatéter en la "Post-Colocación".
  - Informar al personal de planta sobre el proceso que va a seguir el paciente.
  - Mantenimiento delcatéter permeable y la eliminación de coágulos de fibrina o sangre.
  - Inmovilización delcatéter para:
    - Permitir el crecimiento tisular alrededor de los "dacrons".
    - Evitar las fugas a través delorificio.
  - Curas asépticas de herida quirúrgica:
    - Evitar infecciones delorificio y túnel del catéter.
- 2) Criterios para el "Plan Educativo"
  - Entrevista individual, previa a la implantación del catéter para Valorar los obstáculos, que puedan dificultar el aprendizaje:
  - Estado urémico.
  - Tradición, religión, raza,
  - Destreza física.
  - Estabilidad física y estado emocional.
  - Nivel educativo.
  - Identificar los conceptos que debe conocer el paciente.
  - Fijar con el paciente/familia objetivos realistas.
  - Crear un clima adecuado, para conseguir que el paciente obtenga una valoración positiva deltrabajo bien hecho y confianza en si mismo.
    - El entrenamiento debe ser personalizado y por el mismo instructor durante todo el periodo.
    - Programar que el entrenamiento empiece sistemáticamente en lunes.
    - Procurar que las sesiones de entrenamiento sean de corta duración para evitar la fatiga al paciente y así garantizar que la nueva información sea bien recibida.

- Hacer incapié en que todo el personal del programa de DP utilice los Procedimientos similares y la misma terminología para no confundir al paciente.
- Llevar una lista de verificación para ayudar a los responsables de la formación y garantizar una enseñanza coherente.
- Procurar que la familia intervenga en el entrenamiento para conseguir un apoyo familiar.
- Contactar con el Servicio de Dietética, para la formación e información sobre la dieta a seguir.
- Las explicaciones deben ser sencillas. Aplicando el siguiente lema:

**Recordar: "SOLO QUEDA"**



- Enfatizando que "SOLO QUEDA":
- El 10 % de lo que es leído.
- El 20 % de lo que es oído.
- El 30 % de lo que es visto.

Pero:

- El 50 % de lo que es oído y visto y
- El 80 % de lo que es oído visto y hecho.

III - La valoración de la entrevista al paciente junto con sus características, van a influir en el resultado del programa. Características:

a - Motivos para la prescripción de la DP:

-Indicación médica.

-Preferencia por parte del paciente.

b - Responsable de los intercambios:

- Paciente.
- Acompañante y paciente.
- Acompañante.

- Dirigir el entrenamiento a la persona
- Indicada

c - Apoyo familiar.

- Existente.
- Ausente.

- Participación en el entrenamiento
- Crear opciones de apoyo

d - Adaptaciones al medio ambiente del hogar.

- Limpieza suficiente.
- Limpieza insuficiente.
- Espacio limitado para almacenar
- Intimidad para los intercambios

- Centrarse en los intercambios
- Conseguir una correcta higiene corporal y una limpieza en la sala
- Buscar alternativas conjuntas con el paciente

e - Hábitos higiénicos del paciente.

- Adecuarlos a los Procedimientos

f - Destreza manual.

- Buena
- Mala

- Considerar la utilización de dispositivos de ayuda

g - Motivación y deseos de superación por parte del paciente.

- Existente.
- Ausente.

- Motivaciones en el aprendizaje

h - Aspectos socio/económicos.

- Revisión de las alternativas socio/laborales
- Asistente social
- Información sobre las actividades comunitarias y de vacaciones

IV - Temario del "Plan Educacional" y Objetivos.

Deben ser explicaciones sencillas y adecuadas a cada paciente

a - Función renal normal y teoría básica de la D.P. explicando la terminología que se usa como:

- Cavidad peritoneal.
- Membrana semipermeable.

- Principios del tratamiento de la diálisis:
  - Soluciones de diálisis.
  - Osmosis, Ultrafiltración, Difusión.
  - Función renal normal.
  - Uremia. Otros valores de laboratorio.
- b - Principios de la CAPID:
- Definición y descripción de la CAPID.
  - Componentes del sistema de la CAPID.
  - Explicación de por qué es un sistema cerrado.
  - Eliminación de líquido y los productos de desecho en la CAPID.
  - Importancia de los ciclos de intercambios y esquemas del tratamiento para lograr la diálisis adecuada sin alterar ningún pase.
  - Explicación de como se produce la eliminación del líquido y como se regula la UF con los distintos concentrados de glucosa.
- c - Principios de una técnica aséptica e identificando:
- Limpio y estéril.
  - Desinfección y contaminación.
  - Diferencia entre una técnica aséptica y estéril.
  - Areas consideradas estériles y no estériles en la DP.
  - Lavados de manos.
- d - Realizar los intercambios correctamente. Primero bajo la supervisión del educador y poco a poco por sí solo.
- Adaptación horaria de los intercambios a sus actividades cotidianas.
- e - Conocimientos sobre el catéter peritoneal.
- Componentes del catéter.
  - Normas a seguir a la hora de manejar o tocar el catéter.
  - Limpieza del orificio de salida del catéter.
  - Complicaciones del catéter y explicar las causas, su prevención y control.
  - Cuidados del orificio y catéter.
- f - Balance hidro-electrolítico. Conocer y controlar:
- TA.
  - Peso.
  - Restricciones dietéticas.
  - Edemas y calambres.
- g - Peritonitis y otras complicaciones:
- Causas.
  - Prevención.
  - Detección e información rápida. Signos y Síntomas.
  - Drenaje turbio.
  - Drenal . e sanguinolento.
  - Nauseas y vómitos.
  - Utilización correcta de las diferentes concentraciones de glucosa.
- Problemas de la entrada y salida del líquido.
  - Contaminación del conector.
  - Desconexión accidental del catéter.
  - Fugas en el catéter o en el orificio de salida.
  - Malfuncionamiento del equipo.
  - Sistema de emergencia. Donde contactar si surge algún problema.
  - Conocimientos básicos de la existencia de unos Protocolos para el tratamiento.
- h - Enseñar a llevar correctamente una gráfica:
- Registro del peso, la TA, y Temperatura.
  - Registro de Entradas, Salidas y Balance.
  - Recomendaciones para la exactitud de la determinación del peso y de la TA.
  - Anotaciones de las incidencias.
- I - Control del material: identificación, almacenaje, caducidad y solicitud de nuevos envíos.

V *Evaluación del "Plan Educativo" y estado del paciente.*

*Objetivo:*

Garantizar la comprensión de todos los temas durante el periodo de entrenamiento.  
 Reforzar los Procedimientos.  
 Valorar el tratamiento diario en el domicilio.  
 Fomentar el aprendizaje y ver qué temas pueden necesitar más atención.

*Formulario:*

- Test de valoración sobre el entrenamiento.  
 - Dossier de recuerdo.  
 - Hoja de registro diario.  
 - Pruebas y test sobre el entrenamiento.

#### VI - Finalización del periodo de entrenamiento.

Finalizará cuando el personal clínico y el paciente estén seguros de que él puede desenvolverse por si solo, objetivado ello con los test del entrenamiento.

- El paciente o acompañante hará todos los intercambios solo, sin intervención del personal de enfermería. Para garantizar la objetividad, algunos centros disponen de otro profesional diferente a la enfermera/o del entrenamiento que valora y observa la actuación del paciente.

- Programar visitas al Hospital para conseguir un seguimiento preciso de la asistencia al paciente y verificar la eficacia del tratamiento en el domicilio.

#### VII - Seguimiento de la asistencia al paciente y "Planes de Reciclaje

Para la eficacia del tratamiento en el domicilio es necesario realizar un seguimiento preciso:

<i>Objetivo:</i>	<i>Método:</i>
- Verificar progreso.	
- Dar apoyo al paciente y familiar.	Teléfono.
- Orientar si es necesario.	
- Valorar el paciente "sobre la marcha".	
- Analizar cualquier problema.	
- Garantizar cambio de prolongador.	
- Evaluar la técnica y hacer nuevo entrenamiento si es necesario.	Visitas hospitalarias, según Protocolo.
- Realizar sesiones de revisión de técnica.	
- Poner al día las nuevas técnicas.	
- Evaluar el entorno familiar del paciente.	
- Proporcionar apoyo.	
- Valorar ubicación de la CAPD.	
- Comprobación de la técnica en su propio ambiente.	Visitas a domicilio.
- Valorar ayudas de recursos comunitarios si procede.	
- Potenciar la confianza del paciente.	
- Mantener contacto con el paciente.	
- Evaluar el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.	Registro de la gráfica diaria.
- Garantizar los cuidados básicos contactando con el CAP de zona, al que pertenece el paciente y acudir al Hospital frente alguna complicación.	Recursos comunitarios.

#### CONCLUSIONES

La Unificación de Criterios en los Planes de Cuidados" facilitará que:

- Los pacientes en CAPD de las diversas Regiones Sanitarias de Cataluña y Baleares, tengan a su disposición unos Protocolos y Criterios Unificados.

- Esta unificación potenciará una mejor Atención integrada y al mismo tiempo estandarizada, proporcionando:

\* Que el paciente, potencial usuario de varios Hospitales de sus Regiones Sanitarias, no encuentre diferencias sustanciales en los Procedimientos, que se le realicen en cualquiera de estos Hospitales.

\* Que los Equipos de Enfermería, puedan intercambiar sus conocimientos y experiencias, para de esta forma subsanar los posibles errores o incorporar los aciertos de los demás.

#### BIBLIOGRAFIA

1) Clair, et cols.: Peritonitis en la CAPD , tres años de experiencia en Toronto. Peritoneal Dialysis Bulletin, S. 6: 57-58, 1981.

2) S.I. Vas; Can advances in connector technology reduce peritonitis in CAPD. Peritoneal Dialysis.

3) Clayton, S.: Organización y ejecución de un programa de Diálisis Peritoneal. Peritoneal Dialysis Bulletin. T. 1, n.º 7, pág. 136. Edic. Española, Marzo-83.

4) Nolph, et cols.: Continuous ambulatory peritoneal dialysis; Three Years experience at once center. Ann. Intern. Med. 1980, 92: 609-613.

5) Manual de Educación Sanitaria del paciente. Edic. Doyma, 1989.