

RECURSOS SOCIOSANITARIOS EN DIÁLISIS PERITONEAL: UN APOYO NECESARIO

*Mónica Ojeda Martín, Francisco Herrera Quintana, Ruth Molina Fuillerant, Orlando Rodríguez Santana, José Alberto Rodríguez González,
Julia Frasquet Morant.*

Servicio de Nefrología. Sección de Diálisis Peritoneal.
Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

Con el aumento de la existencia de los programas de diálisis peritoneal (DP) en el mundo y el supuesto incremento del número de pacientes por programa, la realidad, al menos en nuestro programa, es que alcanzado cierto número de pacientes, el programa se mantiene estable.

Según los estudios y bibliografía consultada existe igual supervivencia en técnica de hemodiálisis (HD) que en DP durante los primeros 4 años de tratamiento, pero posteriormente, la supervivencia en técnica se decanta a favor de la HD.

En la última década se propone como principal causa del goteo de pacientes a HD a las peritonitis recurrentes. En nuestro programa no parece ser ésta la causa principal y, si en algún caso lo ha sido, la base de estas recurrencias se halla prioritariamente en la situación socio-familiar del paciente.

El cansancio de la persona de apoyo al paciente acaba por influir definitivamente en su destino, en relación con la técnica.

OBJETIVOS

- Conseguir la permanencia en DP, insistiendo en la necesidad de diversificar el apoyo familiar y/o sociosanitario.
- Analizar el perfil de paciente que permanece durante más tiempo en nuestra técnica y la causa de que ello ocurra.
- Describir la distribución del programa centrándonos en la necesidad de apoyo del paciente y quién realiza esta cobertura.
- Analizar los motivos de salida del programa en los 2 últimos años.
- Intentar, en la medida de nuestras posibilidades, concienciar a las autoridades competentes de la necesidad de incrementar los medios sociosanitarios pues, a no muy largo plazo, resulta siempre más económico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se maneja como material de este estudio el registro general de pacientes junto con las anotaciones de enfermería en los entrenamientos, asistencias hospitalarias y visitas domiciliarias.

Se describe, analiza y compara nuestra situación consultando bibliografía sobre este tema.

Para parte de los registros se emplea un programa informático establecido para la unidad de nefrología.

Se han incluido en el estudio todos los pacientes que permanecían en el programa hasta 28/02/2002, resultando un total de 75. Se analiza su edad, su enfermedad de base, su tiempo de permanencia en técnica, así mismo, si son independientes o no y si al serlo cuentan con apoyo para una emergencia, reseñando quién es. Además también se analizará quiénes son absolutamente dependientes desde el inicio y la idoneidad de la situación domiciliaria.

Otra parte de nuestro estudio se ha centrado en los pacientes que inician DP en los años 2000, 2001 y en los dos primeros meses de 2002, detectando los que han abandonado el programa y las causas que lo han condicionado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Del total de las 75 personas que forman parte del estudio, 73 se encuentran en diálisis peritoneal automatizada (DPA) y 2 en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA).

El tiempo medio de supervivencia en la técnica se sitúa en 28,65 meses dentro de un rango que oscila entre 1 mes y 145 meses. Del total de pacientes, sólo 15 (20%) superan los 4 años en técnica y 3 los 10 (4%).

La edad media de los pacientes estudiados fue de 61,68 años con rango de 19 a 84. La distribución por sexo se repartió entre 32 (42.66%) mujeres y 43 hombres (57.33%). Las enfermedades de base quedan representadas de la siguiente forma:

- Diabetes: 43 pacientes (57.33%), 39 de ellos insulino dependientes.
- Glomerulonefritis: 8 (10.66%).
- Nefroangioesclerosis: 6 (8%).
- No filiada: 4 (5.33%).
- Poliquistosis renal (PQR): 3 (4%).
- Nefropatía túbulo-intersticial: 2 (2.66%).
- Otras: 7 (9.33%): repartidas en HTA 2 pacientes, HIV 1, EPOC 1, Anéfrico 1, Lupus 1, nefropatía no obstructiva 1.

Los pacientes independientes en técnica (38) representan el 50.67% del programa, de los cuales, contaban con apoyo en caso de necesidad 24; estos últimos se dividían en 17 hombres y 7 mujeres. Esta diferencia de género la resaltamos, pues en el grupo de los 17 varones 14 eran atendidos directamente por su cónyuge y solo 3 por otros familiares (hijas), aunque existía el cónyuge.

Por el contrario, en el grupo de las mujeres (7), sólo 1 cónyuge se hacía cargo de la técnica y el resto lo realizan otro tipo de familiares o incluso empleados.

En relación a los pacientes independientes sin apoyo el porcentaje era del 36.84% (14), su distribución era de 8 hombres y 6 mujeres coincidiendo, todos ellos, con las edades medias más bajas del programa (43.13 años para los hombres y 44.33 para las mujeres).

Centrándonos en los pacientes que dependen de alguien para la ejecución de la técnica, se contabilizaron 37 personas constituyendo el 49.33% del programa. Su división por sexos corresponde a 19 mujeres y 18 hombres.

En cuanto a las mujeres, 17 son atendidas por familiares directos y otras 2 por empleados. Desglosando el primer grupo de 17 obtenemos que: 4 son atendidas por su esposo, 6 por sus hijas al carecer de cónyuge y en las 7 restantes hay que destacar, que, aún existiendo el cónyuge, éste se desentendía absolutamente de la técnica reca-

yendo ésta sobre sus hijas también.

Respecto al grupo de los 18 varones, 2 están a cargo de personas contratadas o instituciones, 10 dependen directamente de su mujer y 6 de sus hijos, de los cuales existen 5 casos cuya motivación ha sido la nula implicación por parte de sus respectivas cónyuges.

En relación a este importante porcentaje de dependencia de los pacientes en DP, analizamos la bibliografía consultada a tenor de las características del paciente idóneo para iniciar DP en la que observamos afirmaciones contradictorias. Mientras que en algunos artículos se afirma que la DP es un tratamiento de elección para niños, pacientes que dependan de otra persona y también pacientes con escasa movilidad (La diálisis peritoneal del futuro. Dr. Agustín López Cañadas. VII Seminario Español de la EDTNA/ERCA, Valencia 11-12 Abril 1997), en otros la experiencia del personal de enfermería afirma que el 90% de los pacientes que rechazan la DP en consulta prediálisis lo hacen por su avanzada edad y no ser por ello autosuficientes o por falta de apoyo familiar (La diálisis peritoneal. Ana M^a Reyer. VII Seminario Español de la EDTNA/ERCA. Valencia 1997).

Debido también a la edad media de nuestros pacientes (61.68 a.) y añadido al 49.33% de dependencia en DP se crea una situación socio-familiar que culmina con frecuencia con el cansancio y abandono definitivo por parte del apoyo, este hecho se traduce, a veces, en complicaciones repetitivas en relación con la técnica (peritonitis u otras) y en nuestro caso se limita al abandono de la DP por petición del familiar o apoyo. Las causas de esta sobrecarga son lógicas porque la mayoría de las personas de apoyo tienen sus respectivas familias (hijos...), cumplen un horario laboral fuera del domicilio y no siempre viven bajo el mismo techo que el paciente. En las instituciones socio-sanitarias apenas existe atención para el propio paciente en DP pero no existe ningún descanso para la persona a cargo de este tipo de pacientes, sólo contando con la atención de nuestra unidad y las visitas domiciliarias realizadas cada cierto tiempo. En acuerdo con otras opiniones "se avanza en técnicas de tratamiento pero se piensa menos en el hombre" (Aspectos Psico-sociales de la Enfermedad Renal. Lola Andreu y Enriqueta Force. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal).

Cuando analizamos por separado algunos años del programa obtuvimos los siguientes resultados:

-En el año 2000 ingresaron en el programa 23 pacientes 17 hombres y 6 mujeres, abandonando el programa 14 en ese mismo año. Las causas son 3 éxitus, 4 trasplantes, 3 cansancio familiar, 1 peritonitis recurrente, 1 traslado de domicilio, 1 hidrórax, 1 recuperación de función renal.

-En el año 2001 inician programa 37 pacientes, 19 hombres y 18 mujeres. Causan baja en la técnica 8, 3 por trasplante, 1 por éxitus, 2 por falta de apoyo familiar, 1 por traslado indefinido, 1 por atrapamiento del catéter por epiplon.

-En el 2002 sólo en Enero y Febrero se registraron 8 entradas, 4 hombres y 4 mujeres y 3 abandonan la técnica por encontrarla "agobiante".

En vista de estos resultados está claro que si anulamos las causas "lógicas" de baja en técnica que son los éxitus y los trasplantes, la falta de apoyo es la causa más frecuente de abandono.

Aunque inician tratamiento un número importante de pacientes, llega un momento en que el programa se estanca al hacerse patentes las ausencias por falta de apoyo. En la bibliografía consultada existen comparaciones de los resultados obtenidos después de realizar algunos cambios en los programas de DP adaptándose ya a la realidad actual

del tipo de pacientes y situaciones socio-familiares (edad avanzada, aumento de diabéticos y con complicaciones cardíacas que dificultan o imposibilitan su entrada en HD, falta de apoyo familiar y recursos....); Estas diferencias se resumieron en:

- Entrenamiento de personal de enfermería en DP para atención domiciliaria.

En nuestro centro sólo se cuenta con el personal que trabaja actualmente en la Unidad de DP.

- Entrenamiento de personal en residencias hospitalarias o centros de día. Sólo tenemos 1 caso y es por ausencia familiar total.

- Entrenamiento de la familia o apoyo familiar, que es lo habitual.
- Educación temprana al paciente y familia; hecho que no siempre es posible.
- Mejorar las condiciones de centros de Diálisis Peritoneal Intermitente (PDI).

En nuestro centro no existe esa posibilidad como elección en las mismas condiciones en que se realiza una HD.

- Iniciación por parte del nefrólogo a implantar catéteres por medio de laparoscopia.

En nuestro centro lo habitual es la implantación de catéter por parte del nefrólogo en nuestra unidad con escasas complicaciones y no por un cirujano.

(Changing the trend. A prospective Study on factors contributing to the growth rate of peritoneal dialysis programs. Merit F. Gadallah and alls. From: Department of Medicine, Divisions of Nephrology and Hypertension, University of Florida, Jacksonville, Florida, USA).

Tampoco contamos con un comité de ética que evalúe con la familia los consejos legales y las perspectivas entre ellos, así como hablar también de la retirada o renuncia a la diálisis como extensión de los cuidados (PD Today. Protecting the vulnerable, preventing initial decline, and reversing deterioration: Keys to managing the elderly on dialysis, by Betty Kelman).

CONCLUSIONES

- En nuestro programa el porcentaje de hombres es mayor que el de mujeres.
- El sexo femenino es el que se hace cargo de la técnica con mayor frecuencia.
- Aproximadamente el 50% de los pacientes precisa apoyo para su supervivencia en técnica.
 - El cansancio o agotamiento del apoyo es la causa más frecuente de abandono de técnica si dejamos fuera el éxito y el trasplante.
 - Las instituciones gubernamentales no tienen medios suficientes para la atención de este tipo de pacientes y las circunstancias que les rodean.
 - Sólo un 20% de nuestros pacientes sobrepasa los 4 años en programa.

BIBLIOGRAFÍA

- Libro del VII Seminario Español de la EDTNA/ERCA. Htal Gral. De Valencia 11-12 abril 1997. Cap."La diálisis peritoneal del futuro". Dr. AGUSTÍN LÓPEZ CAÑADAS. Hta Gral. De Albacete (pag. 91-92). Cap."La diálisis peritoneal". ANA Mª. REYERO. Fundación Jiménez-Díaz. Madrid. (pag. 74).

- LOLA ANDREU PÉRIZ, ENRIQUETA FORCE SANMARTÍN. Libro: 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Cap."Aspectos psico-sociales de la enfermedad renal". Ed. Masson.(pag 279).

- Dr. JESÚS MONTENEGRO. Artículo:"La diálisis peritoneal como alternativa dialítica". Htal Galdakao.Vizcaya. www.paginasmedicas.com/nefrocanchuu/disk03.html.

- MERIT F. GADALLAH, GARFIELD RAMDEEN, CARLOS TORRES-RIVERA, MAGNED E. IBRAHIM, SAMUEL MYRICK, GEORGE ANDREWS, ALISSA QUIN, CHIXIN FANG, ALEXANDRA CROSSMAN. Artículo: "Changing the trend: A prospective Study on factors contributing to the growth rate of peritoneal dialysis programs". From: Department of medicine, divisions of nephrology and hypertension, University of Florida, Jacksonville, Florida, U.S.A. (w.w.w.advancesdinpd.com/adv01/26Gadallah.htm).

- RAM GOKAL. Artículo: "Long term peritoneal dialysis- is it a reality?". Department of Renal Medicine, Manchester Royal Infirmary, Manchester-UK. (*Journal of Nephrology*. Vol 12 nº6-1999:362-370).

- E. THODIS (1), P. PASSADAKIS (1), V. VARGEMEZIS (1) and D. OREOPOULOS (2). Artículo: "Peritoneal dialysis: Better, equal or worse than hemodialysis ?".

Data worth knowing before choosing a dialysis modality.

(1) Department of nephrology, Medical School Democritus University of Thrace, Alexandroupolis, Greece and

(2) The Toronto Western Hospital-University Health Network and University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada. (2º Congreso internacional de nefrología por internet 2001. w.w.w.uninet.edu/cin2001/conf/oreopoulos.html).

- BETTINA CAPORALE. Artículo: "Aspectos psicológicos en pacientes en diálisis peritoneal". (Mesa redonda sobre la diálisis peritoneal).

w.w.w.uninet.edu/cin2000/conferences/caporale/mredonda.html).

- BETTY KELMAN. Artículo: "Protecting the vulnerable, preventing initial decline, and reversing deterioration: Keys to managing the elderly on dialysis". PDToday. (w.w.w.multimed.com/pdtoday/kelman1-00.html).