

VISITA DOMICILIARIA EN D.P.C.A. NUESTRA EXPERIENCIA DE 7 AÑOS

M. Tejuca Marengo (Ponente), P Gallardo Ginés

Enfermeras de la Unidad de D.P.C.A.
Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

INTRODUCCION

La diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) constituye en la actualidad un tratamiento altamente eficaz para la insuficiencia renal crónica terminal. Siendo una alternativa a la hemodiálisis periódica. En España aproximadamente el 9% de los pacientes con necesidad de diálisis utilizan esta técnica, lo que supone un número aproximado de unos 1.300 enfermos.

La diálisis peritoneal, se realiza introduciendo una solución salina con dextrosa, en volumen de 1 a 3 litros (líquido de diálisis), dentro de la cavidad peritoneal. Por difusión y ultrafiltración, los materiales tóxicos son retirados de la sangre y los tejidos a la solución de diálisis. Eliminando del organismo, los productos de desechos y exceso de agua cuando el líquido es drenado.

El líquido de diálisis, permanece de forma continua en la cavidad abdominal, durante las 24 horas del día y todos los días de la semana, siendo necesario su sustitución por otro nuevo 3 ó 4 veces diarias, realizándolo previo entrenamiento el propio paciente en su domicilio.

Desde el inicio de este tratamiento en nuestro Hospital, se pensó al tratarse de una técnica eminentemente ambulatoria, la utilidad y conveniencia de la visita domiciliaria.

Por este motivo, hemos realizado este estudio, para analizar en nuestra experiencia las ventajas e inconvenientes del sistema.

RECURSOS DE LA UNIDAD DE DIALISIS PERITONEAL

1. Técnicos

Area de Entrenamiento: para los pacientes que inician la técnica, que mediante mampara transparente permite el entrenamiento simultáneo de dos pacientes bajo la supervisión de un D.U.E.

Area de sépticos: para la atención de pacientes con infecciones peritoneales y del catéter

Area de consulta: para la atención ambulatoria de pacientes incluidos en nuestro programa. Dotada de teléfono con línea directa de entrada para resolver las dudas de los pacientes que permanecen en su domicilio.

Sala de espera.

Planta de hospitalización: donde permanecen los pacientes ingresados.

2. Humanos

La unidad está asistida por un facultativo especialista y un D.U.E. en turno de mañana. Sumándose un segundo D.U.E. en turno de tarde, desde hace un año. El personal de enfermería, es fijo dentro del Servicio.

En la actualidad, los pacientes tratados son 30, habiéndose asistido durante estos 7 años, un total de 80 enfermos.

El hospital atiende un área de 250.000 habitantes aproximadamente, eminentemente rural, de un nivel socio-cultural medio-bajo.

METODO

La asistencia al domicilio, se lleva a cabo en el vehículo propiedad del DUE. que la realiza. P ropo rc ionándose por parte de la Administración del Centro, una dieta como ayuda (24 ptas. por Km. recorrido), que se abona de forma muy irregular

Se realizan varios tipos de visitas, conforme a las diferentes finalidades u objetivos que se pretenden conseguir:

Visita Prediálisis: Antes de comenzar el entrenamiento de la DPCA. No en todas las ocasiones, sólo en aquellas que el paciente o el personal sanitario, tiene dudas sobre las condiciones mínimas para ser incluido en el programa.

Visita en el Alta: Se realiza en todas las ocasiones. Coincide con el final del entrenamiento y el inicio del tratamiento en el domicilio de; paciente.

Se comprueba la llegada de todo el material y si está en condiciones de ser utilizado.

Se infunde confianza al paciente realizando su primer cambio en el domicilio, haciéndole ver, especialmente, la similitud con lo realizado en la unidad de entrenamiento hospitalaria.

Se toma contacto con el entorno familiar y se resuelven dudas de última hora.

Visita de Seguimiento: Frecuencia: dos o tres veces al año por paciente. En esta visita se comprueba el cumplimiento del tratamiento. Sirviéndonos a modo de «examen», la comprbación de que se continúan las normas indicadas en su enseñanza. Se revisa la habitación (higiene), realización del cambio, cumplimiento de gráficas.... etc.

Desde hace un año, se lleva a cabo la inspección del orificio externo de salida del catéter, así como el cambio de la línea de transferencia. De esta forma, pensamos, se disminuye el riesgo de una posible contaminación bacteriana por un germen hospitalario, siempre más grave y difícil de erradicar.

Visita de Apoyo Psicológico: Se realiza a petición del propio paciente o de su familia, también cuando en alguna revisión hospitalaria se detectan signos de que existe cansancio o desinterés en el cumplimiento de la técnica. A veces obedecen a verdaderas depresiones, más fácil de ser descubiertas en el propio entorno del enfermo, donde éste es más comunicativo y es más receptivo al apoyo psicológico necesario en estos casos.

Visitas por infecciones repetidas: La frecuencia la condiciona la sospecha de la mala realización de la técnica, como causa de estas complicaciones. Se hace de forma sorpresa, sin previo aviso.

Se comprueba la correcta realización de los cambios y las curas del orificio externo del catéter. Ante el descubrimiento de malos hábitos o práctica defectuosa, se programa al enfermo para un «Reciclaje» con un nuevo entrenamiento.

Visita a pacientes muy deteriorados: Con este tipo de visitas intentamos impedir despiazamientos costosos y complicados, así como hospitalizaciones innecesarias. Incluso de esta manera respetamos el deseo de muchos enfermos y familiares de pasar sus últimos días en su hogar. Se hacen extracciones de sangre (si son necesarias).... y siempre se ofrece apoyo y seguridad en estas situaciones difíciles.

RESULTADOS

Se han realizado, en estos 7 años, un total de 430 visitas, repartidas de la siguiente forma (Fig. 1 y 2):

Prediálisis: Un total de 10 visitas, en 7 de las cuales se consideraron suficientes las condiciones del domicilio y en 3 de ellas, no (falta de cuarto de aseo, agua corriente y espacio suficiente), lo que supone un 2,6% del total de pacientes incluidos (Fig. 3).

Alta: Han sido 80 visitas a los 80 pacientes que acabaron su entrenamiento. En las cuales se detectaron las siguientes anomalías (Fig. 4):

- En 11 casos, falta de material. La solución fue suministrándolo desde el hospital o servido por la casa comercial.
- En 6, se cambió la habitación elegida para la diálisis.
- En 3 casos, se modificó el comportamiento con respecto a los animales domésticos (perros y gatos).
- En 5 domicilios, se trasladó el almacén de material, por condiciones inadecuadas como suciedad, excesivo calor o humedad.
- En casi una tercera parte, se aconsejaron cambios en la situación del mobiliario, retirada de cortinas gruesas, etc.

Seguimiento: Se llevaron a cabo aproximadamente unas 240 visitas al total de los 80 pacientes (Fig. 5).

En 22 ocasiones, se ha detectado un exceso de material almacenado, siendo sospechoso de incumplimiento en el tratamiento: curas de orificios, falta de realización de los cambios indicados, etc.

A muchos de los enfermos se les ha corregido pequeñas corruptelas, como es el incompleto seguimiento de hojas de balances, tomas de T.A., etc.

En los últimos meses hemos cambiado 26 líneas de transferencia en los domicilios.

Apoyo psicológico: En nuestro servicio, sólo un paciente ha pedido la salida voluntaria del programa de DPCA. Creemos que han tenido una importancia trascendental, las 40 visitas realizadas en momentos muy críticos a 32 de nuestros pacientes, cuya única finalidad fue apoyarles y darles confianza en sus posibilidades y la de este tratamiento (Fig. 6).

Infecciones repetidas: un total de 30 visitas a 26 pacientes, de las cuales derivaron 15 reentrenamientos, en 13 de los cuales observamos un efecto positivo (Fig. 7).

Pacientes muy deteriorados: 20 visitas a 12 pacientes (Fig. 8).

CONCLUSIONES

Objetivos alcanzados con las visitas domiciliarias:

- Inclusión en esta técnica, de un grupo de pacientes que deseándolo, dudaban de las posibilidades de su domicilio.
- Transmitir confianza y seguridad en sí mismos a los enfermos.
- Mayor información sobre el apoyo familiar y las relaciones interpersonales.
- Disminución de la tasa de infecciones.

- Mayor compromiso en el cumplimiento de tratamiento, al entender los pacientes, que las visitas se realizan de una forma extraordinaria y totalmente voluntaria, por parte del personal de Enfermería responsable de la DPCA.

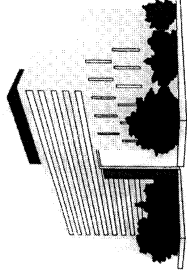
- Evitar ingresos hospitalarios innecesarios.

- Conseguir una muerte con mayor dignidad en algunos pacientes.

En resumen y en base a nuestra experiencia, pensamos que la atención domiciliar de estos pacientes, con una enfermedad crónica de largo curso, tiene indudables ventajas en el plano humano, social y económico, ya demostrada ampliamente en otros procesos y que creemos necesario profundizar y desarrollar en los pacientes que practican la (DPCA).

NOTA

Se adjunta una cinta de video en la que se muestran las diversas visitas a domicilio que constituyen la base de este trabajo.



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
PUERTO REAL



SERVICIO DE NEFROLOGÍA:

UNIDAD DE ENFERMERÍA DE
DIÁLISIS PERITONEAL

NÚMERO TOTAL DE VISITAS

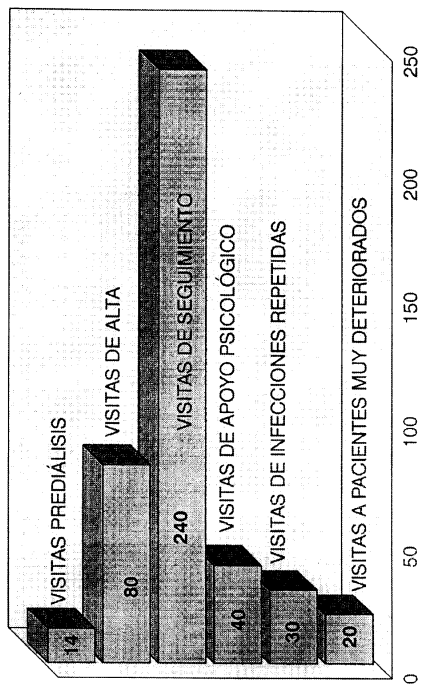


Fig 2

VISITAS DE ALTA

Número de visitas: 80

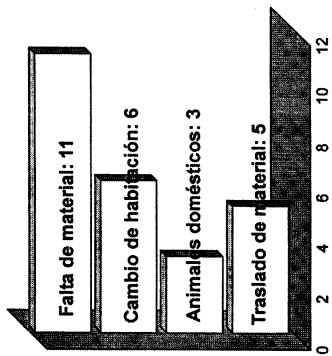
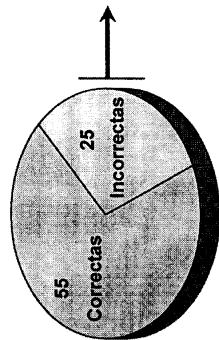
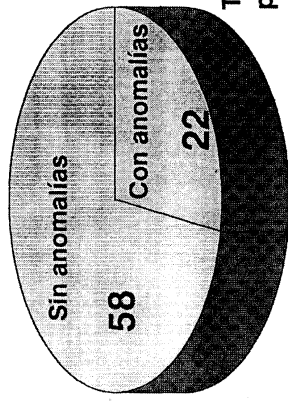


Fig. 4

VISITAS DE SEGUIMIENTO

Número de visitas: 240



Total de
pacientes: 80

fig 5

VISITAS A PACIENTES TERMINALES

Número total de visitas: 20

