

VISITA DOMICILIARIA EN DIALISIS PERITONEAL. SEGUIMIENTO PROSPECTIVO DURANTE TRES AÑOS

R. Sobrino, T Aterido, A. Guerra, J. Frasset, M. Gallo, F Herrera

Servicio de Nefrología. Unidad de Diálisis Peritoneal
Hospital Nuestra Señora del Pino. Las Palmas

INTRODUCCION

En la diálisis peritoneal, la técnica es relativamente sencilla, pero el aprendizaje puede resultar difícil en algunas ocasiones.

Las mayores dificultades, en un principio, están relacionadas con el nivel cultural y el estado psico-físico del paciente y su familia; aún con un buen aprendizaje, siguen siendo factores importantes a la hora de adaptar la diálisis a la vida cotidiana.

Dado el carácter reiterativo que conlleva la técnica, puede dar lugar al cansancio del paciente, o a la introducción de innovaciones equívocas que favorezcan malos hábitos.

La visita domiciliar constituye un instrumento fundamental en un programa de diálisis peritoneal, para valorar al paciente dentro de su entorno, mantener una buena técnica y llevar a cabo una formación continuada.

OBJETIVO

Hemos recogido las valoraciones de enfermería en visitas domiciliarias, realizadas en tres años de seguimiento, con el fin de estudiar la evolución de la técnica en el tiempo y en el propio hábitat de cada paciente.

MATERIAL Y METODOS

Pacientes: En el período comprendido entre enero de 1992 hasta diciembre de 1994, se han realizado visitas domiciliarias a 30 pacientes, de los cuales 21 eran hombres y 9 mujeres, con edades comprendidas entre 30 y 77 años, con una media de $66,96 \pm 10$.

Sus enfermedades de base eran las siguientes:

Nefropatía diabética 19, IRC no filiada 4, Glomerulonefritis 3, Nefropatía intersticial 1, Poliquistosis 1, Pielonefritis 1, Nefroangiosclerosis 1.

Cada paciente ha tenido una visita domiciliar anual y en algunos casos se han realizado dos visitas por las siguientes razones:

- 1.0 Para valorar el hábitat previamente a la visita domiciliar de alta en CAPD.
- 2.0 Por cambio de técnica (de CAPD a DPA)

El mínimo de revisiones valoradas por paciente es de tres y el máximo de cuatro.

Los sistemas utilizados por los pacientes en el período estudiado son los siguientes:

PCR/"PA". y ESTADO NUTRICIONAL EN DPCA/GLOBAL
Cuadro - 8

PA	PCR	p
P	-0,4	ns
PS	-0,4	ns
IMC	-0,4	ns
CMB	-0,18	ns
PT	0,4	0,00002

	1992	1993	1994	TOTAL	
DESCONEXION Y		24	24	-	48
DESCONEWN TWING-BAG		-	-	24	24
ANDY		6	7	1	14
ANDY-PLUS		-	-	5	5
TOTAL		30	31	30	91

En el último año estudiado (1994), todos los pacientes en DPCA exceptuando uno, se dializaban ya únicamente con dos sistemas: DESCONEXION TWING-1BAG o ANDY PLUS.

En el 52,75% de los casos evaluados el sistema de diálisis era el de DESCONEXION EN Y, en el 26,37% de los casos era TWING-1BAG, en el 15,39% el sistema era ANDY y en el 5,49% era ANDY PLUS.

Mientras que 89,5% de los pacientes se dializaron con la técnica de DPCA y el 10,5% con DPA.

Protocolo de visita domiciliaria: Se realiza una valoración bio-psico-social individualizada, recogiendo los datos de; paciente para la historia clínica de enfermería:

1) Datos de filiación del paciente.

Fecha de la última visita, tiempo en diálisis.

2) Vigilancia de la técnica.

Tipo de sistema, número de cambios, insulina intraperitoneal, manipulación de la medicación intraperitoneal, balances, cumplimentación de las gráficas (peso, TA, balances), medidas de asepsia, lavado correcto de manos, preparación de la mesa, conexión y desconexión, condición del orificio de salida de; catéter, realización de la cura de; orificio.

3) Higiene personal.

Aspecto general, ducha diaria, cuidados higiénicos de manos y uñas.

4) Relación paciente-familia en su entorno.

Estado civil, número de hijos, trato familiar, número de personas que viven en la casa, suficiencia en la técnica.

5) Relación socio-laboral del paciente.

Laboralmente activo, realiza algún tipo de trabajo, necesita ayuda económica, tiene algún hobby

6) Condiciones de la vivienda.

Limpieza, ventilación, fluido eléctrico, agua potable, habitación únicamente para los cambios, lavabo en la habitación, presencia de animales en casa.

7) Sugerencias de enfermería.

Observaciones, hábitos a modificar

VARIABLE CON RELACION AL HABITAT

	VARIABLE			BIEN/SI	REGULAR	MALINO
FLÚIDO ELÉCTRICO	100	-	-			
AGUA POTABLE	100	-	-			
HABITACION PARA LOS CAMBIOS		90,42		-9,57		
HIGIENE DEL PACIENTE		87,36		7,36	5,26	
VENTILACIÓN EN HABITACIÓN		87,23			12,76	
DUCHA DIARIA		86,02		-	13,97	
CUIDADOS PERSONALES		82,10		13,68	4,21	
ENTORNO		81,91		13,82	4,25	
LAVABO EN HABITACIÓN		72,34		-	27,65	
ANIMALES		18,08		-	81,91	
ACTIVIDAD LABORAL		16,84		-	83,15	

C) Variables cualificadas en los scores

1. Variables *del hábitat*

En el análisis de las siete variables incluidas en el SCORE HABITAT hemos encontrado que el 100% contaba con agua potable, que un 90,42% de los casos tenía una habitación exclusiva para la diálisis y que estaba bien ventilada en un 87,23% de los domicilios. El 72,34% de los pacientes tenían un lavabo instalado dentro de la misma.

Se duchaba diariamente el 86% de los pacientes y una valoración del entorno fue positiva en el 81,91% de las visitas.

Manténían animales domésticos en el hogar el 18,08%. (Ver Gráf. I).

2. Variables de la técnica

En cuanto a las seis variables incluidas en el SCORE TECNICA, comprobamos que se conectaban correctamente el 85,26% de los pacientes y que un 84,94% se administraban bien el tratamiento intraperitoneal.

La cura del orificio era correcta en el 75,78% de los casos y lavaba bien la mesa el 74,73%. El 68,42% realizaba un correcto lavado de manos.

Todo ello teniendo en cuenta que el 56,84% son autosuficientes en la técnica, el resto depende de la familia para dializarse.

D) Visión global. Score

Abarcando los tres años de seguimiento tenemos que el SCORE TECNICA fue bajo, medio o alto en estos porcentajes:

BAJO	62,10% (Score menor 8)
MEDIO	26,31% (Score entre 8 y 12)
ALTO	11,58% (Score mayor 12)

En cuanto al SCORE HABITAT:

BAJO	56,84% (Score menos 8,5)
MEDIO	24,21% (Score entre 8,5 y 10)
ALTO	18,95% (Score mayor de 10) (Ver Gráf. 3)

E) Medias del score habitat (Ver Gráf. 4)

El SCORE HABITAT ha sufrido apenas variaciones en los tres años estadísticamente no significativas. Fue mínimo en 1992 con 8,44 y máximo en 1993 con 8,87.

Sí hubo en cambio relaciones significativas al comparar el SCORE HABITAT con los cuidados personales y casi significativas al compararlo con la parte de la población laboralmente activa.

F) Medias del score técnica

La media de; SCORE TECNICA en 1992 era de $7,3 \pm 2$, en 1993 de $7,9 \pm 62$ y en 1994 de $8,6 \pm 2A$. Según el sistema de conexión la media de; score abarcando los tres años fue:

DESCONEXION Y	7,3
DOBLE BOLSA	8,2
ANDY	8,6
ANDY PLUS	9,6

Ver Gráf. 6.

G) Relaciones del score técnica con otras variables

Al relacionar el SCORE TECNICA con los siguientes parámetros encontramos variaciones significativas:

- Respeto de las medidas de asepsia.
- Cuidados personales e higiene personal.
- Cumplimentar las gráficas adecuadamente.

Hemos encontrado que no eran significativas las relaciones del SCORE TECNICA con:

- Autosuficiencia para realizar la técnica.
- Habitación exclusiva para la diálisis.
- Lavabo dentro de la misma habitación.
- CAPD o DPA.
- Edad.
- Actividad laboral.

H) Evolución del score técnica

En estas representaciones se observa la diferencia entre el SCORE TECNICA en 1992 y el de 1994.

BAJO score menor de 8.
 MEDIO score entre 8 y 12.
 ALTO score mayor de 12.

Refleja una variación (en este caso, un deterioro cualitativo) estadísticamente casi significativa. (Ver Gráf. 5).

I) Variaciones más significativas

Analizando particularmente los parámetros cuantificados en el SCORE TECNICA encontramos que el lavado de la mesa tuvo una variación significativa con $P=0,02447$. Es la variable que más se ha modificado en los tres años de seguimiento (de tres pacientes que lavaban mal la mesa en 1992, en 1994 pasarán a ser 8).

El lavado de manos ha sufrido una variación casi significativa entre 1992 (lo hacían mal seis pacientes) y 1994 (lo hacían mal diez pacientes), con $P=0,09837$.

El parámetro que valora la adecuada anotación de los balances no está incluido en ningún score, pero ha tenido también una variación casi significativa en el período de estudio, con $P=0,07724$.

Es importante añadir que las normas de asepsia en la técnica NO eran respetadas en 1992 por cuatro pacientes, aumentando en 1994 a doce pacientes, con $P=0,03510$. Esta variación estadísticamente significativa tampoco está incluida en ninguno de los dos scores.

VARIABLES	1992	1994	p
LAVADO DE MANOS	6	10	0,09837
BALANCES	1	4	0,07724
LAV. MESA	3	8	0,02447
ASEPSIA	4	12	0,03510

CONCLUSIONES

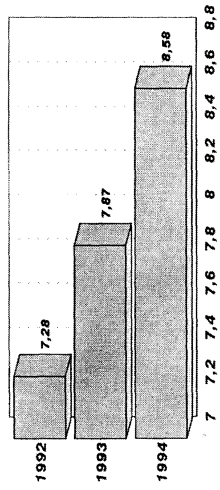
1. El hábitat no se modifica con el paso de tiempo, observándose una tendencia en los pacientes laboralmente activos a mantenerlo en mejores condiciones.
2. Se confirma el deterioro de la técnica a medida que avanza el tiempo en programa.
3. Hay que reforzar el entrenamiento en lo referido a la preparación de la mesa, respeto de las medidas de asepsia, cumplimentar balances y lavado de manos ya que, por este orden, son las partes de la técnica con mayor tendencia a deteriorarse.
4. No cabe duda de que la visita domiciliaria es importante en un programa de Diálisis Peritoneal, pero por sí sola no sería útil. Son necesarios recitajes con base en lo observado para mantener un nivel de calidad en el programa.

BIBLIOGRAFIA

1. Wilson, M.: The role of the nurses in CAPD/CCPD Training. Chronic Ambulatory Peritoneal Dialysis.
2. Protocolo de visita domiciliaria en pacientes en DPCA Marta M.a G. y cols. Libro comunicaciones XIV S. SEDEN X-89.
3. CAPD Valor de la Visita Domiciliaria en la predicción de las infecciones A. Guerra y cols. SEDEN X-94.

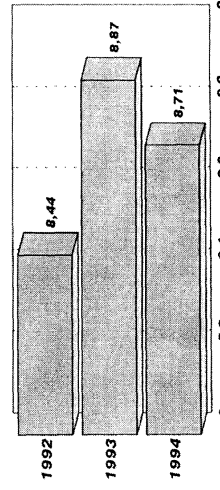
TECNICA SCORE

GRAF.3



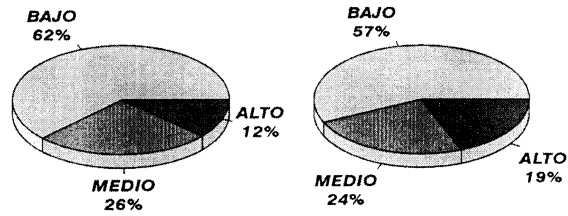
HABITAT SCORE

GRAF.4



VISION GLOBAL SCORE

GRA F. 5



TECNICA EVOLUCION

