

VISITAS DOMICILIARIAS EN UN PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (D.P.C.A.) *

Adela Marcos Marcos

Hospital Clínico de S. Carlos de la Facultad de Medicina. U. Complutense. Madrid

La descripción de la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) fue realizada en 1976 por Popovich y Moncrief (1) en la Universidad de Texas. Más tarde Oreopoulos y cols. en 1977 (2) en Toronto Western Hospital simplifican el método usando bolsas de plástico de 2 l comercializadas. En mayo de 1980 Nolph y cols. (3) confirman los beneficios de la técnica con la modificación descrita por Oreopoulos. Es en junio de 1981 en el Simposium Internacional sobre DPCA (4) realizado en Berlín, cuando comienza la etapa de madurez de esta forma de diálisis.

Es también en esta fecha cuando comenzamos en nuestro Servicio de Programa de DPCA e iniciamos al mismo tiempo el seguimiento de visitas domiciliarias a los pacientes en programa, como medio de determinar si el entrenamiento había sido eficaz y para insistir en los principios ya enseñados (5).

Los objetivos de estas visitas eran:

1. Conocer en la propia casa del paciente cómo realizaban los cambios de bolsa y cuáles eran los problemas que la realización del cambio podría conllevarles.
2. Comprobar si continuaban realizando la técnica como se les había enseñado en el hospital.
3. Corregir las posibles anomalías, que se observasen, probablemente por exceso de confianza en la técnica.
4. Verificar si las condiciones de la vivienda podrían influir en los resultados de tratamiento.
5. Observar el grado de limpieza en el domicilio.

MATERIAL Y METODOS

(Cuadro 1). El total de pacientes en programa, desde su inicio en junio de 1981 hasta mayo de 1985, ha sido de 44. La permanencia X en programa $17.9 \text{ meses} \pm 10,46$ y el total de meses estudiados 790.

Han sido 19 hembras y 25 varones, con una edad X de 50 años (máx. 73 y mín. 24).

Veintiséis de ellos diabéticos y dieciocho no diabéticos.

El protocolo de la técnica ha sido modificado en dos ocasiones desde su inicio, una en octubre de 1982 y otra en junio de 1984.

El nivel cultural de los pacientes ha sido variable (cuadro 2) y el nivel socio-económico ha sido bajo en 27 de los 44 enfermos, lo que supone un 61 % de nivel medio bajo.

(Cuadro 3). El total de pacientes que tuvieron que abandonar la técnica a mayo de 1-1985 fue de 21 (47,7 %), de ellos 11 eran diabéticos y 10 no diabéticos.

Las causas de abandono de la técnica fueron:

- 3 pacientes diabéticos pasan a Hd por peritonitis (6,8 %).
 - 4 peritonitis
- 6 pacientes no diabéticos pasan a Hd (13,6 %)
 - 1 derrame pleural
 - 1 pérdida de UF
- 2 pacientes diabéticos pasan a DPI (4,5 %)
 - ACVA
 - No aceptación.

- 2 pacientes diabéticos se trasladan a otros Centros haciendo DPCA (4,5 %).

4 diabéticos 1 sepsis + meningitis.
 1 infarto de miocardio
 2 en domicilio (causa desconocida)

-7 pacientes fallecidos 15,9 %)

3 no diabéticos 1 sepsis secundaria a peritonitis
 1 ACVA
 1 infarto de miocardio

- 1 paciente no diabético es trasplantado (2,2%).

(Cuadro 4). El número de enfermos visitados ha sido de 28, 14 hembras y 14 varones- El total de visitas realizadas ha sido de 36. Los pacientes visitados más de una vez han sido 5, con un total de 13 visitas.

La edad media de los 28 pacientes visitados era de 53 años (máx. 70 y mín. 24). De ellos 16 eran diabéticos y 12 con otras causas de IRC. Diecinueve eran autosuficientes en la realización del cambio y en los otros 9 casos realizaba la técnica el familiar entrenado

por diversas causas:

(Cuadro 5):

Incapacidad física: 2 pacientes.

Disminución de agudeza visual

+ negativa del paciente

3 casos

1 fue posteriormente autosuficiente

Amaurosis: 4 pacientes

2 casos negativa del paciente

1 caso además del entrenamiento a la esposa se
la enseñó a **leer** y **escribir**.

La mayoría de las visitas se han realizado en el primer cambio de la mañana, aproximadamente a las 8,20 horas. El día anterior a la visita el enfermo ha sido avisado por teléfono y en algún caso se ha hecho la visita por la tarde.

No han sido visitados los pacientes de provincias por la imposibilidad en la duración de la visita, al tener que continuar la mañana con el trabajo hospitalario habitual. El hospital autoriza las visitas domiciliarias a un ATS del Servicio, cuando sea necesario, con este tipo de pacientes y el tiempo utilizado es considerado como trabajo en el propio hospital. La enfermera que realiza las visitas, decide cuándo y a quién va a ver: generalmente se elige un día en que la sobrecarga de trabajo habitual en el hospital sea menor, la selección del paciente a visitar depende de varios factores:

En nuestros comienzos el primer enfermo en DPCA fue visto en casa en múltiples ocasiones; a medida que el programa ha ido creciendo, no ha sido posible la misma continuidad, aunque se ha elegido prioritariamente a los más problemáticos por su situación, teniendo en cuenta que en nuestro programa la mayoría de los enfermos que están en DPCA son pacientes de alto riesgo por nefropatía diabética, edad o riesgo cardiovascular.

Tan sólo en un caso fue visitado el domicilio del paciente antes de su alta en el hospital y poco después de la misma. Las causas fueron las deficientes condiciones de la vivienda, que carecía de cuarto de baño, estaba declarada en ruina, las dificultades económicas de la familia, y que a pesar de las explicaciones, no sabían cómo ni dónde ubicar el mobiliario, ni el lugar para hacer los cambios.

Generalmente preferimos ver a los pacientes más tarde, cuando ya se han adaptado a su nueva situación, que es cuando empiezan a surgirles los problemas (6) y cuando se pueden descubrir los distintos atajos que los pacientes suelen, tomar modificando la técnica una vez que llegan al domicilio.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

(Cuadro 6). De las 36 visitas realizadas a 28 enfermos se han detectado 14 errores en 10 pacientes, desglosados de la siguiente forma y considerando que tres pacientes cometieron 2 errores cada uno.

- Defectos en la técnica.
- Defectos en la medicación.
- Defectos en la solución antiséptica.

Defectos en la técnica: seis en 6 pacientes.

1. No utilizar povidona yodada en el lavado de manos, sino jabón de tocador.
2. Emplea una toalla para secarse las manos después de lavadas con jabón antiséptico y antes de comenzar el cambio.
3. Le hace el cambio la esposa, sin estar entrenada. Se pone los guantes mal (primer protocolo, no se utiliza desde octubre de 1982).
4. Roce del terminal de entrada de la bolsa en la mesa.
5. Mal lavado de manos y menos tiempo del aconsejado (T).
6. No utilización del calentador para las bolsas (las sumergía en agua caliente).

Defectos en la medicación: cuatro en 3 pacientes

1. Utilización del antibiótico con el doble de la dosis prescrita (infección peritoneal; usaba viales de Tobradistín de 100 mg en lugar del vial de 50 mg que se había prescrito).
2. Uso de heparina al 5 % en lugar de al 1%), con lo cual multiplicaba por cinco la dosis indicada.
3. Empleo de insulina intraperitoneal monotard en lugar de cristalina (curiosamente tenía bien las glucemias).
4. Temporalmente y porque tenía en casa pocas existencias, no usaba en los cambios nocturnos bolsas al 4,25 % de concentración de glucosa, pero tampoco llamaba a la casa comercial para recibir más.

Defectos en la solución antiséptica: Cuatro en 4 pacientes:

- 1 caso: Pinzas en povidona yodada + agua caliente.
- 2 casos: Pinzas en hibitane + alcohol que mezclaban ellos sin ninguna proporción (protocolo inicial).
- 1 caso: Pinzas en alcohol.

(Cuadro 7). La limpieza en el domicilio no era suficiente en 6 casos y las condiciones de la vivienda eran bastante deficientes en otros 6.

En 3 pacientes coincidían la falta de limpieza de la vivienda con las malas condiciones de la misma, y en 2 de ellos evidenciamos que pudo ser ésta la causa del fracaso del tratamiento, ya que tuvieron que abandonar la técnica por peritonitis. El 3.º de ellos hizo 2 infecciones en 8 meses y falleció poco después, aunque por infarto de miocardio. En los otros 3 casos la falta de limpieza en el domicilio no influyó de manera decisiva en los resultados del tratamiento.

Las deficientes condiciones de la vivienda pudieron ser una de las causas que obligaron a salir del programa a otra de las pacientes.

En 2 casos (uno no es valorable, lleva poco tiempo) no ha influido en absoluto la mala condición de la vivienda con el resultado del tratamiento, la paciente con nefropatía diabética, 60 años, no autosuficiente, lleva 30 meses en programa y no ha tenido ninguna infección. Probablemente la inmunología, en el futuro, tendrá algo que decir en este caso y en los otros 3 anteriores.

(7) También encontramos en algún caso problemas de depresión, desánimo o cansancio hacia la técnica y de no aceptación de su insuficiencia renal. Procuramos ayudarles, posteriormente a través del médico encargado de DPCA con entrevistas con el psiquiatra y fomentando el encuentro de todos ellos, organizando reuniones como soporte social y emocional de los menos adaptados.

CONCLUSIONES

1. La visita a casa de] paciente, es la manera de determinar si el entrenamiento ha sido eficaz y es la ocasión de recalcar los principios ya enseñados.

2. La falta de limpieza en el domicilio y las malas condiciones de la vivienda detectadas en las visitas domiciliarias, pueden ser la causa de abandono de la DPCA en algunos pacientes.

3. Excepto un solo caso, todos los pacientes confirmaron la utilidad de la visita asumiendo sus defectos y la corrección de los mismos.

4. Consideramos que el seguimiento a través de las visitas domiciliarias, realizadas por un ATS de nuestra unidad, es imprescindible para detectar anomalías en la técnica, cuando el paciente adquiere confianza en ella.

CUADRO 1

Total pacientes en programa . . .	44	19 H.
		25 V.
Diabéticos	26	
No diabéticos	18	
Permanencia Xen programa . . .	17,9 meses ±10,46	
Total meses estudiados	790	

CUADRO 2

Nivel socio-económico bajo (61%) en 27 de los 44 pacientes

CUADRO 3

Abandono de la técnica		21 pacientes (47,7 %)
	Diabéticos: 11	
	No diabéticos. 10	
Causas del abandono de la técnica:		
3 diabéticos		HD --> Peritonitis
6,8 %		
6 no diabéticos --> H.D.		4 peritonitis
13,6 %		1 derrama plural
		1 pérdida de 11.F.
2 diabéticos --> D.P.I.		1 ACVA
4,5%		1 no aceptación
2 diabéticos traslado a otros centros haciendo DPCA		
4,5%		
7 fallecidos		1 sepsis + meningitis
	4 diabéticos	1 infarto miocardio
15,9 %		2 domicilio (causa desconocida)
	3 no diabéticos	1 sepsis secundaria a peritonitis
		1 ACVA
1 no diabético		1 infarto miocardio
2,2 %		Es trasplantado

CUADRO 4

Total de visitas realizadas:	36
Pacientes visitados más de una vez: 5 (13 visitas)	14 H
N.º de enfermos visitados: 28	14 V
Diabéticos	16
No diabéticos.	12
Autosuficientes	19

CUADRO 5

No autosuficientes: 9 casos

Causas:

Incapacidad física	2 casos
Disminución agudeza visual + negatipa del pte.	3 casos

1 posteriormente autosuficiente
2 negativa pacientes

Amaurosis

4 casos

1 además del entrenamiento hubo que enseñar
a la esposa a leer y escribir

CUADRO 6

Errores detectados

36 visitas	en 28 pacientes
Total errores = 14	en 10 pacientes
Errores en la técnica	6 en 6 ptes.
Errores en medicación	4 en 3 ptes.
Errores en Sol. antisept.	4 en 4 ptes.
En 3 ptes. se dieron 2 tipos de errores	

CUADRO 7

Falta de limpieza en el domicilio

	Edad	Nefropatía diabética	Meses DPCA	Autosu- ficiente	N.ºinfecciones	Abandono técnica por
					Totales	
• S.M.CH.	24	si	19	No	6	Peritonitis -> HD
• S.P.G.	57	si	18,5	No	6	Sepsis + peritonitis (+)
C.J.H.	63	No	8	si	2	Infarto de miocardio (+)
N.G.P.	53	si	25	S!	2	Domicilio causa desconocida (+)
A.O.P.	52	No	27	si	1	NO
A.R~G.	57	No	25	si	2	NO

Malas condiciones de la vivienda

	Edad	Nefropatía diabética	Meses DPCA	Autosuficiente	N.º infecciones	Abandono técnica por	Totales
* S.M.CH.	24	S1	19	No		Peritonitis -> HD	6
* S.P.G.	57	S1	18,5	No		Sepsis + peritonitis (+)	6
* C.J.H.	63	No	8	S1		Infarto de rniocardio (+)	2
J.R.D.	64	sl	24	sl		Peritonitis HD	8
B.R.R.	60	S1	30	No		No	0
N.S.B.	62	S1	2	No		No	0

(no valorable)

BIBLIOGRAFIA

1. Popovich, Rp., Moncrief, J. W., Decherd, J. P., Bomard, J. B., Pile, Wk.: The definition of a novel Portable-wearable equilibrium peritoneal dialysis technique. Abst. Trans. Am. Soc. Artif. Intern Organs, 1976, 5: 64.
2. Oreopoulos, Dg., Robson, M., Izatt, G., Clayton, S., de Veber, Ca.: A simple and safe tecnica for CAPD. Thons. Am. Soc. Artif. Intern Organs, 1978, 24: 484-489.
3. Nolph, Kd., Sorkin, M., Rubin, J.: Et al continuous ambulatory peritoneal dialysis; Three Years experience at once center. Ann Intern Med., 1980, 92: 609-613.
4. Advances in peritoneal dialysis. Ed. Gahl Gm. Kessel M. Nolph Kd. Amsterdam, excerPta Medica, 1981.
5. Clayton, S.: Organización y ejecución de un programa de Dialysis peritoneal]. Boletin DiAlisis P eritoneal, tomo 1, n., 7, p6g. 136. Edición *española*, marzo 82.
6. Oreopoulos, D. G., Williams, P., Khanna, R., Vas, S.: Tratamiento de la peritonitis. Boletin Dijlisis Peritonea]. Suplemento, torno 1, n.1 6, pbg.s 19. Acta del Seminario Toronto [Canad6], febrero 81.
7. Marcos, A.: Reunión de pacientes en DPCA. Primeras jornadas naciocnales en DPCA para enfermería nefrológica (Alicante), mayo 85.