

CASO CLÍNICO

La individualización del cuidado en diálisis peritoneal domiciliaria

Concepción Gómez Castilla
M^a Dolores García Calle

Hospital Virgen Macarena
Sevilla

Presentamos el caso de una paciente de 70 años con IRC secundaria a nefropatía intersticial por litiasis renal y uropatía obstructiva, HTA, obesidad grave, espondiloartrosis, consumidora habitual de AINES, intervenida de hernia discal hace 25 años, hemorragia digestiva por ulcus duodenal en febrero 1999 y IAM anteroseptal en 1993. Dos intervenciones abdominales.

Diuresis residual 0. En tratamiento sustitutivo con HD desde noviembre de 1996.

Cuando la paciente que nos ocupa fue visitada en nuestras consultas de prediálisis, fue derivada hacia tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, por ser una paciente con importantes contraindicaciones para la diálisis peritoneal. Con el paso del tiempo se modificaron las circunstancias y aparecieron problemas con el acceso vascular siendo necesario replantearse la indicación del tipo de tratamiento.

HISTORIA EN HD

Ingresa en noviembre de 1996 por insuficiencia cardiaca y se inicia tratamiento con HD mediante catéter shaldon yugular con un aclaramiento de 12 ml min. con dializador de cuprofan. Diálisis bien toleradas.

Se efectúa acceso vascular con prótesis de PTFE humero-basilica en miembro sup. izq. funcionante, que comienza a utilizarse un mes después, y que se trombosa al cabo de 2 meses. Desde entonces entra en una dinámica de prótesis no funcionantes y caté-

teres que tienen que ser retirados por trombosis y/o infecciones (en varias ocasiones con hemocultivo positivo), incluyendo 2 catéteres permanentes en ambas subclavias.

Las diálisis ya no son bien toleradas por la paciente desde el punto de vista hemodinámico, produciéndose frecuentes cuadros de hipotensión.

En febrero de 1999 ingresa en Medicina interna por hemorragia digestiva siendo portadora de un catéter femoral. Durante la sesión de HD se produce sangrado por orificio de catéter, por lo que es retirado tras HD, presentando sangrado de característica arterial

INCLUSIÓN EN DIÁLISIS PERITONEAL

Dada la imposibilidad de conseguir acceso vascular se expone a la paciente y familia la necesidad de acceder a la DPCA como única alternativa de tratamiento.

Se implanta catéter peritoneal tipo TENCKOF el 5-3-1999, con técnica quirúrgica sin túnel subcutáneo, bajo anestesia local; tres días después tras lavado peritoneo, se produce fuga, que posteriormente no vuelve a producirse durante la fase de cicatrización: tolera bien los lavados peritoneales.

En abril de 1999, comenzamos entrenamiento DPCA

PROBLEMAS DETECTADOS EN LA VALORACIÓN INICIAL

- Riesgo de alteración del patrón respiratorio r/c la inmovilidad
- Alimentación alterada por la falta de apetito r/c mal estado general, encamamiento y estado de ansiedad
- Eliminación urinaria alterada (anuria)
- Estreñimiento r/c inmovilidad y alimentación inadecuada

Correspondencia:
Concepción Gómez Castilla
Unidad de Diálisis Peritoneal
Hospital Virgen Macarena
Avda Dr. Fedriani s/n
41007 Sevilla

- Ansiedad r/c el sentimiento de enfermedad grave
- Alteración del patrón del sueño r/c inmovilidad y estado de ansiedad (duerme a ratos indiferentemente del día y la noche)
- No puede realizar la higiene y el vestido por si sola, normalmente es ayudada por su marido
- La comunicación está alterada r/c su estado de ánimo y su aspecto físico
- Está triste, sin interés por nada
- No quiere aprender y cree que su marido tampoco será capaz por no saber leer

En resumen la paciente no tiene autonomía ni disposición para aprender, no tiene interés por nada y dice que no va a volver a salir a la calle mientras lleve un catéter, igual que ha hecho cuando estaba en HD.

Vive sola con su marido y ambos son analfabetos. Tienen tres hijos independientes que viven fuera del domicilio paterno y solo su hija vive en la misma ciudad.

Talla 1.40 m. peso 68 kg.

Su marido decide asumir su cuidado

OBJETIVOS DEL ENTRENAMIENTO

Que la paciente y su marido sean capaces de:

- Conseguir control de higiene y cuidados del orificio
- Tomar TA
- Uso de medicación en bolsa
- Identificar material
- Efectuar correctamente el procedimiento de intercambio
- Identificar alimentos recomendados y prohibidos
- Identificar complicaciones (deshidratación, hiperhidratación, peritonitis etc..)
- Conocer el balance de líquidos

EVOLUCIÓN

Durante la 1ª permanencia (aprox. 60 min), comienza con dolor precordial, disnea de reposo, sudoración profusa. A la exploración presenta: taquipnea, taquicardia 120 pm, disminución del murmullo en hemitorax derecho, estertores en base izq.

Rx torax: imagen compatible con derrame pleural derecho en los dos tercios inferiores.

Por todo ello se ingresa a la paciente ante la sospecha de hidrotorax. Se practica toracocentesis evacuadora por el servicio de cirugía torácica, evacuándose 2000 cc de líquido de aspecto seroso muy claro

y se mantiene drenaje torácico. Tras infundir nuevamente líquido en el peritoneo, el derrame recidiva. Cinco días después se realiza pleurodesis con talco y el cirujano aconseja reposo peritoneal, por lo que se mantiene catéter para HD.

Dos meses después, durante la sesión de HD presenta malestar general, escalofríos, fiebre y mala perfusión periférica. Orificio del catéter shaldon exudativo (hemocultivo y exudado positivo a Estafilococo epidermídi). Rx tórax: derrame pleural encapsulado de escasa cuantía.

Reiniciamos entrenamiento DPCA, sin conseguir un buen control de balances, posiblemente relacionado con déficit de la visión del cuidador; una semana después pasa a su domicilio con cuatro intercambios peritoneales al día. Resto de objetivos conseguidos.

PROBLEMA

Drenajes negativos. Edemas en MMII que incapacitan para deambular. Aumento de peso de hasta 1 kg diario. Los drenajes no mejoran con el uso de líquidos hipertónicos.

Se somete a diálisis peritoneal intermitente deplectiva con pérdidas de hasta 3 kg. día.

Esta situación se repite durante los tres meses siguientes, por lo que se decide pasar a DPA, teniendo en cuenta el problema del analfabetismo de ambos cónyuges.

Además tiene problemas de imagen corporal por aumento del volumen abdominal, por lo que viste de negro y con ropa muy ancha.

TEP: alto transportador, KTV: 1,4 y nPCR: 0,6

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Decidimos utilizar la cicladora PD-NIGHT por tener la impresión de datos automática y una pantalla grande que puede permitirnos definir procedimiento de uso.

Ante el problema de analfabetismo de la pareja diseñamos un sistema de fichas en nº de 30, una para cada pantalla, en orden estructurado según su aparición. En estas fichas aparecían dibujos tanto informativos (ejemplo, el cebado está descrito en la ficha mediante una lavadora), como ilustrativos de las ordenes de actuación (ejemplo, la preparación del material consta en la ficha con dibujos del equipo, lavado de manos, spray desinfectante, mascarilla etc.), de manera que tras efectuar las ordenes indicadas en los dibujos tiene definido por color que botón debe pulsar para el paso siguiente.

Una semana después su marido es capaz de montar y efectuar una diálisis simulada sin errores, pero no encontramos la manera de que pueda distinguir las alarmas, por lo que se le entrena para que sea capaz de seguir todo el circuito (llenado, vaciado, infusión y drenaje) ante la aparición de una alarma, solucionando así aproximadamente el 50 % de las alarmas que provocamos.

Recurrimos a un peso digital con números grandes para que puedan ser vistos por la paciente, e insistimos en la revisión oftalmológica para el cuidador, con el fin de corregir el déficit de visión que presenta.

Se decide que la hija colabore en el control periódico de peso y que ayude al cuidador en los problemas con las alarmas de la cicladora.

EVOLUCIÓN

Durante el primer mes en su domicilio, su hija estuvo presente en cada una de las conexiones, pero después dejó sola a la pareja, actualmente solo la llaman cuando aparecen alarmas que él no puede controlar.

Durante el mes siguiente requirieron la presencia de la hija en cinco ocasiones: tres de ellas el problema fue solucionado, una nos llamó por líquido turbio (peritonitis por lactobacillus que cedió con tratamiento) y otra solucionó el problema de manera manual (no había hecho el último drenaje).

Últimamente solo la han llamado ocasionalmente, si bien ella va cada día y supervisa peso, TA y drenajes, y contacta con nosotros cuando detecta algún problema.

En la actualidad la evolución es aceptable, no apareciendo asiduamente problemas relacionados con el control de la diálisis, aunque existe una importante desnutrición proteico-calórica que intentamos mejorar mediante aportes suplementarios ya que la paciente no tiene apetito.

Julio 2000: KTV: 1,86, nPCR: 0,74. Definido como transportador medio alto

Enero 2001: KT/V: 2,27 nPCR: 0,80

Ante la mejoría general, la paciente está mucho más animada y ayudada por su marido efectúa pequeñas tareas en el hogar como hacer la cama, la comida y el uso del lavavajillas.

CONCLUSIÓN

Esta experiencia supuso una gran satisfacción profesional que debemos sin duda al esfuerzo y cariño que empleó el cuidador para conseguir los objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

L. Andreu, E. Force. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. MASSON, Barcelona 1997

J. Andrés, C. Fortuny. Cuidados de enfermería en la insuficiencia renal. 1ª edición. Gallery Barcelona 1993.

L. J. Carpenito. Manual de diagnóstico de enfermería. 5ª edición McGRAW-HILL. INTERAMERICANA.

M. T. Luis, C. Fdez, M. V. Navarro. De la teoría a la práctica. El pensamiento de V. Henderson en el siglo XXI. MASSON, Barcelona 1998.

M. T. Luis. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 3ª edición HARCOURT BRACE, Barcelona, 1996

AGRADECIMIENTO: a Dolores Fernández Gordillo auxiliar de clínica de nuestro servicio que colaboró en el diseño de las fichas.