



LA CULTURA DE LOS CUIDADOS EN LA OPCIÓN DIÁLISIS PERITONEAL COMO ELECCIÓN DE TRATAMIENTO.

Antonia Concepción Gómez Castilla, P. González de la Peña García,
Sagrario Jimenez Jimenez, Ángela Laguillo de Castro,
Encarna López Bermudez, Jesús Lucas Martín Espejo, F. Muela Ortega,
Mercedes Tejucas Marengo, Carmen Trujillo Campos.

Grupo de Enfermería de Diálisis Peritoneal de Enfermería

INTRODUCCIÓN

La diálisis peritoneal tanto en su versión manual como automatizada son tratamientos depurativos poco agresivos que se realizan en el propio domicilio por el paciente y/o un familiar que han sido entrenados por la enfermera/o para efectuar el tratamiento, detectar y corregir problemas.

El cuidado cultural que describe el cuidado profesional enfermero que es culturalmente sensible, apropiado y competente, es imperativo para conocer las complejas necesidades de salud de un determinado paciente/familia/comunidad, visionando los cuidados a través de las diferencias culturales y teniendo en cuenta el contexto en el que vive el paciente, así como la situación en la que se encuentra cuando llegan los problemas de salud,(1)

El conocimiento humanista que contempla la salud del individuo en el contexto sociocultural que es necesario conocer y comprender para prestar unos cuidados integrales y culturalmente adaptados. Los resultados de los cuidados deberían ser evaluados además de por estadísticas de morbilidad y mortalidad por satisfacción del paciente/ familia.(2)

LEININGER define el cuidado como la esencia y acto diferenciador de la enfermería que permite a las personas mantener o restablecer su salud o bienestar, afrontar su enfermedad, su discapacidad o hacer frente a la muerte

La gran ventaja de las diálisis domiciliarias es la capacidad que tienen para adaptar el tratamiento al modo de vida del paciente, facilitando la inserción socio-familiar y la calidad de vida.

Sin embargo es todavía una gran desconocida para la mayoría de los pacientes a pesar del esfuerzo que ha supuesto para la enfermería asumir la educación del paciente renal en la fase de Prediálisis sin que en la mayoría de las ocasiones haya existido el aporte de recursos tanto humanos como materiales que debería conllevar por parte de la administración sanitaria.

Actualmente las contraindicaciones para acceder al tratamiento con diálisis prácticamente no existen, por lo que pacientes con pluripatologías, que en otros tiempo eran impensable hoy se están dializando en nuestras unidades o en su domicilio, para muchos de estos paciente la diálisis peritoneal ha sido una solución sobretodo cuando ha sido la familia la encargada del tratamiento, al facilitarle los medios necesarios para que se produzca el menor deterioro en el núcleo familiar.

OBJETIVOS

Conocer las razones que determinaron al paciente para la elección de la diálisis peritoneal como tratamiento en nuestro entorno.



Conocer el perfil de los pacientes que optan en algún momento de su tratamiento por la diálisis peritoneal.

Conocer los efectos de la morbimortalidad en la salida de pacientes en un programa de diálisis peritoneal.

MATERIAL Y METODO

Se diseñó un estudio descriptivo transversal retrospectivo que incluyó a los pacientes adultos en diálisis peritoneal de ocho hospitales de nuestra comunidad autónoma durante 72 meses, entre enero de 1999 y diciembre de 2004.

Población en estudio: constituida por 542 pacientes, 294 (54,2%) hombres y 248 (45,8%) mujeres con una edad media: $59,6 \pm 17$ años, y un tiempo medio en diálisis $25,26 \pm 22,76$ meses. De ellos 335 (61,8%) hacían DPAC y 207 (38,2%) DPA.

Variables controladas: Edad, sexo, tiempo en diálisis, tipo de diálisis, diabetes, motivo de inclusión, procedencia, nivel de autonomía en los cuidados, nivel de estudios, tiempo de entrenamiento, actividad laboral y causa de salida.

Fuente de datos: registros de enfermería en la historia del paciente.

Los criterios determinados para la elección del tratamiento fueron los siguientes:

Dependencia familiar (pacientes que por edad, minusvalía física o psíquica necesitan de un cuidador habitualmente y aquellos en los que la familia depende de ellos)

Actividad laboral (incluye los pacientes con actividad laboral, remunerada o no, las amas de casa de actividad completa, los empresarios y los estudiantes).

Necesidad de viajar, por problemas laborales o sociales.

Necesidad de autonomía/independencia, por querer realizar sus cuidados y evitar el contacto continuo con el hospital.

Viven en una comunidad religiosa y quieren seguir viviendo en ella el máximo de tiempo.

Necesidad de evitar los hemoderivados/alérgicos a la heparina y/o a la EPO

Mal estado general y mal pronóstico, en los que la familia decide comenzar tratamiento con diálisis y realizar sus cuidados.

Mala tolerancia a los desplazamientos

Último recurso por problemas médicos que ya no se pueden manejar en hemodiálisis

Disminuidos psíquicos con problema de relación fuera de su ámbito familiar.

Definición de variables: Inclusión: Se han incluido en autonomía todas las variables relacionadas (actividad laboral, necesidad de viajar, necesidad de autonomía/independencia, comunidad religiosa,). Dependencia (dependencia familiar, disminuidos psíquicos). Último recurso (Último recurso, mal estado general, mala tolerancia a los desplazamientos y necesidad de evitar los hemoderivados/ alérgicos a la heparina o a la EPO).

Nivel de autocuidados: Autónomo (Paciente que realiza todas las actividades relacionadas con su tratamiento y las actividades básicas de la vida diaria. Dependiente (paciente que depende de un cuidador para todas las actividades descritas anteriormente). Compartido (paciente que aunque no sea dependiente en las actividades de la vida diaria, necesita o utiliza ayuda en las actividades de su tratamiento con independencia de los cuidados del orificio).

Actividad laboral: Activos tiempo total, se ha incluido los pacientes con actividad laboral, remunerada o no, las amas de casa de actividad completa, los empresarios y los estudiantes. Activo a tiempo parcial, cuando la actividad desarrollada era una ayuda en la familia, o aun siendo remunerada era inferior a 4 horas. Inactivos, cuando el paciente no desarrollaba actividad habitual mas allá de pasear.



El estudio estadístico se efectuó con Spss 12.0 controlando media y desviación para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. Se efectuaron pruebas no paramétricas de significación estadística mediante Chi-cuadrado.

RESULTADOS

De los 542 pacientes estudiados 294 hombres (54,2%) 248 mujeres (45,8%), con una edad media de $59,67 \pm 17$ y un tiempo medio en diálisis $25,26 \pm 22,76$, la distribución por tipo de diálisis fue 335 (61,8%) en DPCA y 207 (38,2%) en DPA, de ellos 173 pacientes (31,9%) eran diabéticos, el tiempo de enseñanza hasta el alta a domicilio fue ≤ 7 días para 295 pacientes (54,4%) y superior a 12 solo para 20 pacientes (3,7%) siendo el nivel de estudios de 119 pacientes (21,9%) entre analfabetos y analfabetos funcionales y 243 pacientes (44,8%) leen y escriben el 33,2% (180) tienen otro tipo de estudios medios o superiores. Eran dependientes 132 pacientes (24,4%) y autónomos 282 pacientes (52%), 128 pacientes (23,6%) tenían cuidados compartidos, eran activos laboralmente total o parcialmente 229 pacientes (42,3%) e inactivos 313 pacientes (57,7%). El mayor flujo de pacientes se produce desde la consulta de Prediálisis con 369 pacientes (68,1%), desde HD entraron 102 pacientes (18,8%) y utilizando otras vías como traslados, hospital etc. 71 pacientes (13,1%). Existen diferencias significativas en la causa de salida de programa mediante chi cuadrado con $p < 0,0001$ para todas las variables implicadas menos el sexo.

MOTIVOS DE INCLUSIÓN

Motivo	Frecuencia	%	Motivo	Frecuencia	%
Dependencia familiar.	118	21.8	Evitan Hemoderiv.	2	0.4
Activo laboral.	89	16.4	Mal estado general.	24	4.4
Necesidad de viajar.	10	1.8	Ultimo recurso.	67	12.3
Autonomía/Independencia.	193	35.6	Intoler desplazamiento.	30	5.6
Comunidad religiosa.	2	0.4	Disminuidos psiquicos.	7	1.3
Total	412	76.0		130	24.0

En la tabla 1 observamos los motivos socio-familiares que llevaron al paciente a la elección de la diálisis peritoneal

Gráfico 1





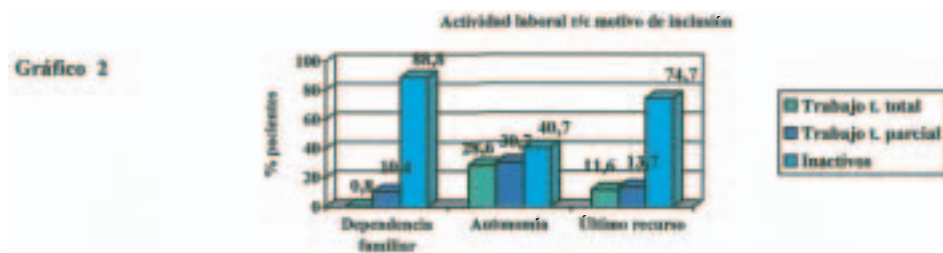
El gráfico 1 refleja el porcentaje producido en el flujo de salida en las distintas causas observadas

TABLA 2

PERFIL DE LOS PACIENTES

Variables	Dependencia familiar	Autonomía/ independencia	Último recurso
Edad	72±13,7 años	54±15,9	60±16,4
Sexo			
Hombres	51 (40,8%)	194 (60,2%)	49 (51,6%)
Mujeres	74 (59,2%)	128 (39,8%)	46 (48,4%)
Tiempo en diálisis (meses)	27,17±25,07 (2-190)	24,87±21,48 (1-115)	24,35±24,73(1-168)
Tipo diálisis			
DPAC	90 (72,0%)	180 (55,9%)	65 (68,4%)
DPA	35 (28,0%)	142 (44,1%)	30 (31,6%)
Diabetes	57 (45,6%)	80 (24,8%)	36 (37,9%)
No diabetes	68 (54,4%)	242 (75,2%)	59 (62,1%)

En la tabla 2, observamos como la opción dependencia, tiene los pacientes con edad media más alta, y donde hay mayor nº de diabéticos.

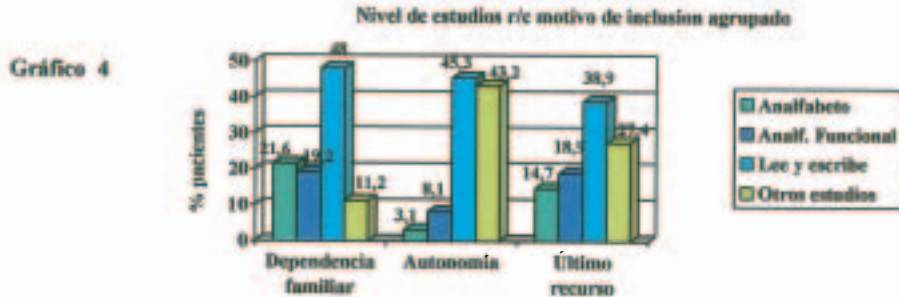


En el gráfico 2, observamos como el mayor número de pacientes inactivos se produce en los pacientes que optaron a la diálisis peritoneal por dependencia familiar, mientras que es en la opción autonomía/ independencia en la que mayor número de pacientes trabaja.

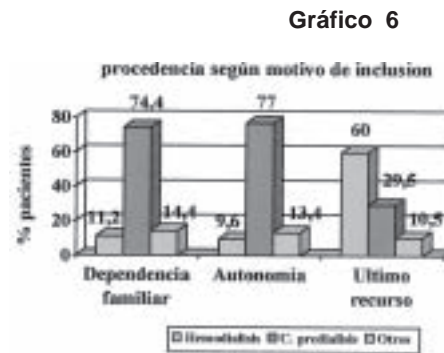
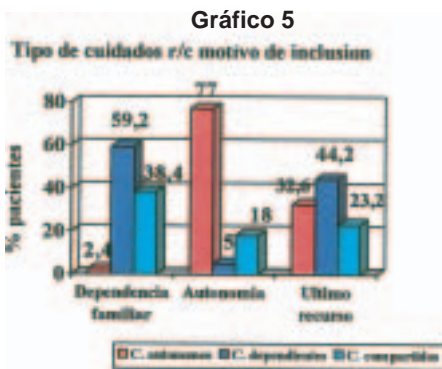


En el gráfico 3, observamos como los pacientes que eligieron la Diálisis Peritoneal por dependencia familiar son los que menos se trasplantan y tienen un índice de mortalidad muy alto, mientras que los pacientes de la opción autonomía estos índices están invertidos, en la opción ultimo recurso el índice de trasplante es mas cercano condicionado por los pacientes con problemas de acceso vascular.





En el gráfico 4 observamos como el mayor número de analfabetos y analfabetos funcionales se presenta en los grupos que tienen los pacientes de más edad, y entre los que optan a la diálisis por temas relacionados con la necesidad de independencia es donde encontramos el mayor numero con algún tipo de estudio.



En el gráfico 5 observamos como los pacientes de la opción autonomía son los que tienen el mayor porcentaje de cuidados autónomos y los cuidados dependientes son mínimos. En el gráfico 6, se observa como los pacientes de la opción último recurso son los que llegan a la diálisis peritoneal después de agotar sus oportunidades en hemodiálisis, mientras en los otros grupos la mayor afluencia se produce desde la consulta Prediálisis.

Gráfico 7



En el gráfico 7, observamos la edad media de los pacientes en el momento de la salida siendo significativo la edad próxima a los 70 años para el motivo de salida por exitus y 43 años para los pacientes trasplantados.



Tabla 3

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGÚN DIABETES

Variables	Diabéticos	No diabéticos
Edad	64±13 años	57±18
Sexo		
hombres	106 (61,3%)	188 (50,9%)
mujeres	67 (38,7%)	181 (49,1%)
Tiempo en diálisis	23,16±20,4 meses	26,26±23,75
Tipo diálisis.		
DPAC	127 (73,4%)	208 (56,4%)
DPA	46 (26,6%)	161 (43,6%)
Procedencia.		
HD	29 (16,8%)	73 (19,8%)
Prediálisis	114 (65,9%)	255 (69,1%)
otros	30 (17,3%)	41 (11,1%)
Salida.		
HD	34 (19,7%)	63 (17,1%)
Trasplante	9 (5,2%)	91 (24,7%)
Exitus	88 (50,9%)	80 (21,7%)
Otros	1 (0,6%)	8 (2,2%)
Continúan	41 (23,7%)	127 (34,4%)
Inclusión.		
Dependencia	57 (32,9%)	68 (18,4%)
Autonomía	80 (46,2%)	242 (65,6%)
Ultimo recurso	36 (20,8%)	59 (16%)
Cuidados		
Autónomos	46 (26,6%)	236 (64%)
Dependientes	73 (42,2%)	59 (16%)
compartidos	54 (31,2%)	74 (20%)
Trabajo t. completo	10 (5,8%)	94 (25,5%)
Trabajo t. parcial	28 (16,2%)	97 (26,3%)
Inactivos	135 (78,0%)	178 (48,2%)

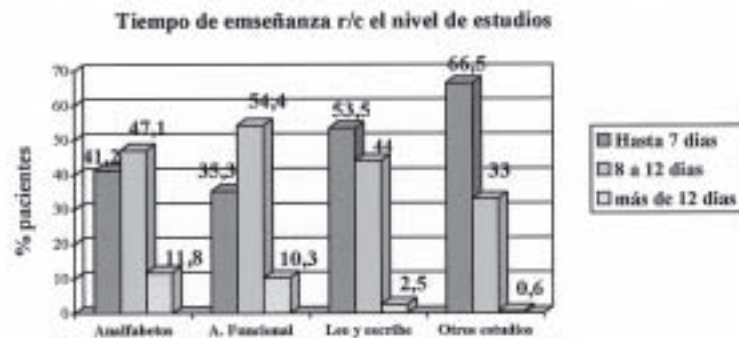
En la tabla 3, vemos la distribución de los pacientes diabéticos y no diabéticos que presentan un perfil con diferencias importantes. No hay diferencias significativas en la edad ni en el sexo, el tiempo medio en diálisis es similar, pero aparecen diferencias importantes en cuanto al uso del tipo de diálisis siendo más frecuente la DPA en pacientes no diabéticos. La procedencia del paciente para su inicio en la diálisis peritoneal es similar en ambos grupos.

Si observamos una gran diferencia en el flujo de salida apareciendo los pacientes diabéticos con un índice de trasplante muy bajo en relación con los no diabéticos y un índice de mortalidad mucho más alto. Son además pacientes que la eligen más por temas rela-



cionados con la dependencia y también como último recurso. Además hay una diferencia importante en el tipo de cuidados y en la actividad que desarrollan

Gráfico 8



Perfil del paciente analfabeto: Tiene una media de 68 años, está 36 meses en diálisis, 82% DPAC, procede 60% de la consulta de Prediálisis, y el 40% la elige por dependencia familiar. El 47% termina su vida en diálisis y solo se trasplanta el 4%, el 63% tiene cuidados dependientes y el 25% compartidos y el 92% es inactivo, y solo el 11,8 % tarda en aprender más de lo considerado habitual en el resto de los pacientes como observamos en el gráfico nº 8.

CONCLUSIONES:

En nuestro entorno estamos observando un número creciente de pacientes que eligen la diálisis peritoneal como primera opción de tratamiento y esto puede ser debido a que la enfermería cada vez participa más en la educación del paciente renal, efectuando valoraciones del paciente/familia en su entorno socio-cultural detectando el diagnóstico enfermero de "conflicto en la toma de decisiones" para la elección del tratamiento sustitutivo y interviniendo mediante actividades que hagan al paciente conocer las distintas opciones, creen seguridad y den apoyo al paciente / familia a la hora de la elección.

Cuando la técnica ha sido elegida por la familia, este hecho ha facilitado la organización de la misma evitando los traslado, largas esperas, incomodidades para el paciente etc.

A los pacientes laboralmente activos, les ha facilitado el poder continuar con el trabajo que hasta ahora venían realizando bien fuera o dentro de casa y le facilitado el poder viajar si era el caso.

Al resto de los pacientes estudiados, les ha facilitado su autonomía o independencia del hospital, han podido permanecer en su domicilio cuidado por los suyos hasta el final cuando era por mal estado general y mejorar la calidad de vida del paciente/ familia.

La utilización de la diálisis peritoneal como primera opción de tratamiento, facilitó la integridad vascular en pacientes jóvenes con opción de trasplante inmediato para mantener futuras oportunidades tras posibles pérdidas del injerto.

Consideramos que la diálisis peritoneal debe ser un tratamiento de opción, tanto al inicio del tratamiento con diálisis para facilitar la continuidad de las actividades habituales, como al final de la vida para posibilitar que el paciente pueda continuar en su entorno familiar hasta el final.



BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Rachel E. Spector, (2000) Teoría enfermera. La enfermería transcultural: pasado presente y futuro. Revista Cultura de los cuidados IV 7- 8:Pág. 116- 122
- 2.-. Siles J., Cibanal L., Vizcaya F., Gabaldón E., Domínguez JM., Solano C., García E. (2001) Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: La antropología de los cuidados y la enfermería transcultural Revista cultura de los cuidados V 10 Pág. 72- 82
3. - Leininger, M. 1991 Culture care. Diversity and universality. A theory of nursing. John Wiley& Sons, New York.
- 4.- Valle, I. (2000) Cuidar desde una perspectiva cultural. Revista Cultura de los cuidados, IV: 7-8 Pág. 96 101
- 5.- De la teoría a la práctica: El pensamiento de virginia Henderson en el siglo XXI. Luis Rodrigo MT., Fernández Ferrín C., Navarro Gómez M.V. Editorial MASSON.
- 6.-Diagnósticos enfermeros: un instrumento para la práctica asistencial 3ª edición. Luis Rodrigo M. T. Editorial HARCOURT BRACE.
- 7.-Manual de diagnostico de enfermería 5ª edición Carpenito L. J. Editorial McGRAW.
- 8.-Clasificación de intervenciones de enfermería. 3ª edición. McCloskey J.C., Bulechek G.M. Editorial HARCOURT.
- 9.- Clasificación de resultados de enfermería. 3ª edición. Moorhead S., Jonson M., Maas M. Editorial ELSEVIER.

