

## Programa de entrenamiento de diálisis peritoneal. La visita domiciliaria. Experiencia de nueve años

A. Concepción Gómez Castilla, Jorge Sánchez Payan,  
Ángeles Ojeda Guerrero

*DUE Nefrología.  
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla*

### RESUMEN:

El enfermero/a desempeña un papel fundamental en el seguimiento de los pacientes en diálisis peritoneal domiciliaria, realizando funciones de educación sanitaria, entrenamiento a los pacientes y familiares, prestando apoyo psicológico, favoreciendo la aceptación de la diálisis, aliviando los miedos por desconocimiento y detectando problemas relacionados potencialmente con la DPCA. De igual forma el enfermero/a puede ser muy útil en la elección del sistema de diálisis, analizando las necesidades del paciente, mediante la VISITA DOMICILIARIA.

El objetivo de este estudio es valorar el resultado de las visitas efectuadas en los últimos 9 años y su impacto en el programa. Realizamos estudio observacional descriptivo retrospectivo. De una muestra de 109 pacientes, que pasaron por nuestra unidad en ese periodo, fueron estudiados 83 pacientes. Todos fueron sometidos, al menos, a dos visitas la inicial y la de control.

En la visita inicial del 88% (73) de los pacientes sólo precisó observaciones específicas de higiene con relación al habitáculo de intercambio, 7 pacientes (8.4%) modificaciones leves y 3 pacientes (3.6%) modificaciones estructurales.

En la visita técnica de control 6 pacientes (7.2%) presentaban deficiencias en alguno de los apartados estudiados y en visitas sucesivas salieron de programa por deficiencias que no pudimos corregir, 5 pacientes (6%).

Al final del periodo estudiado, 48 pacientes (57.8%) habían fallecido, pero ninguno por causa relacionada con DPCA, sino por otras patologías adyacentes (Cerebro-vascular y Cardiovascular 45.8%).

Muchos de los pacientes que acuden al programa de DPCA padecen enfermedades de base en estadios graves, lo que supone una baja esperanza de vida.

La visita domiciliaria constituye una herramienta fundamental para los pacientes en DPCA siendo, en nuestro caso, una posibilidad para mantener, en el final de la vida, a los pacientes en su entorno familiar, con un nivel de autocuidados adecuado.

PALABRAS CLAVE:

**ATENCIÓN DOMICILIARIA,  
VISITA DOMICILIARIA,  
DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA.**

### ABSTRACT:

Nurses carry out a fundamental role in the care of patients undergoing home peritoneal dialysis in áreas such as sanitary education, the training of patients and their relatives, psychological assistance, all of which help to improve the patients' acceptance of dialysis and to alleviate fears associated with the lack of knowledge. They also help to detect any potential problems with the CAPD. Nurses are instructive in the selection of the correct system of dialysis to be used by analyzing the needs of the patient during the HOME VISIT.

The objective of this study is to evaluate the results of visits carried out in the last 9 years and their impact on the program. The study was observational, descriptive and retrospective. 83 patients were selected and studied from the total 109 patients who passed through our unit during this period. All patients underwent at least two visits, the initial visit and the control visit.

In the initial visit, 73 (88%) of the patients only required specific advice regarding hygiene of the dialysis site, 7 patients (8.4%) needed slight modifications in their treatment and 3 patients (3.6%) required structural modifications to their treatment.

In the technical control visit, 6 patients (7.2%) showed deficiencies in one of the áreas studied and in successive visits 5 patients (6%) left the program due to deficiencies which we were unable to correct.

At the end of the study period, 48 patients (57.8%) had died, but none of the deaths were related to CAPD, but rather to other adjacent pathologies (Cerebro-vascular and cardiovascular 45.8%).

Many of the patients who join the CAPD program suffer from serious underlying illnesses which imply a low life expectancy. The home visit constitutes a fundamental tool for patients in CAPD, enabling us to maintain these patients, at the end of their lives, in their home environment with an adequate level of self care.

KEY WORDS:

**HOME CARE, HOME VISITS, CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL  
DIALYSIS.**

*Correspondencia:*  
A. Concepción Gómez  
Hospital Universitario Virgen Macarena  
Dr. Fedriani s/n  
41071-SEVILLA

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que acuden a la diálisis peritoneal como tratamiento sustitutivo, en nuestra unidad, no siempre lo hacen por voluntad propia, como sería lo ideal, sino que la mayoría de las ocasiones están abocados a ella por indicación médica, debido a patologías adyacentes que desaconsejan la hemodiálisis como tratamiento principal.

Habitualmente la primera impresión que recibimos del paciente y/o familiar es de rechazo al tratamiento en domicilio y la justificación es la falta de espacio o las dificultades estructurales de la vivienda.

Sin embargo esto no coincide con la observación, in situ, del domicilio; sólo en dos ocasiones la valoración inicial resultó ser negativa.

El enfermero/a desempeña un papel fundamental en el seguimiento de los pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria, realizando funciones de educación sanitaria, entrenamiento de los pacientes y familiares, apoyo psicológico y detección de problemas relacionados con la técnica, de igual forma, la enfermería, puede ser muy útil en la elección del sistema de diálisis peritoneal analizando las circunstancias y necesidades del paciente, mediante un programa de Visita domiciliaria.

Cuando estructuramos el plan de visitas domiciliarias pretendíamos:

- Intentar modificar la aceptación de la diálisis, aliviando los miedos por desconocimiento y/o incapacidad.
- Transmitir al paciente seguridad y confianza en el personal que lo atiende y en sí mismo.
- Elegir el sistema y entrenamiento adecuados a las condiciones particulares de cada paciente.
- Valorar las posibilidades estructurales mínimas necesarias para conseguir una diálisis de calidad.
- Adecuar la diálisis al medio habitual del paciente y/o familiar y no establecer condiciones imposibles de cumplir.
- Observar, in situ, la realización de la técnica detectando posibles errores o "vicios" que aumentan el riesgo potencial de peritonitis, al tiempo que se hace una evaluación de la eficacia del entrenamiento en su medio habitual.
- Detectar las causas de complicaciones repetitivas como la peritonitis, dificultades en el drenaje, etc.

## Objetivo

Evaluar los resultados de la visita domiciliaria tras nueve años de programa.

## Pacientes y método

Efectuamos estudio observacional, descriptivo retrospectivo.

Hicimos el seguimiento de nuestros pacientes de diálisis peritoneal domiciliaria, entre los años 1990 y 1999, con la excepción de intervalo comprendido entre octubre de 1995 y marzo de 1996, que no fue posible continuar con el programa de visitas domiciliarias por problemas estructurales y de recursos del servicio.

La población en estudio fue de 107 pacientes de los que 24 salieron del estudio por no existir datos en su historia relativos a las visitas domiciliarias.

Nuestro programa de visitas domiciliarias consta de:

1. Visita inicial, previa a la instalación de la diálisis en domicilio, para conocer condiciones de la vivienda, situación familiar, ambiental y social. (Apéndice 1).
2. Visita técnica de control en el primer mes del traslado al domicilio, donde comprobamos la adaptación al medio y el desarrollo de la técnica, higiene, etc. por parte del paciente y familiar, así como el grado de cumplimiento de las observaciones efectuadas en la primera visita. (Apéndice 2).
3. Visita de evaluación, cuando se detectan complicaciones repetidamente que provocan algún tipo de morbilidad o cuando por alguna otra causa lo creemos necesario. (Apéndice 2).

El registro utilizado se fue modificando en el tiempo, conforme a las variaciones producidas en los propios sistemas, que lo fueron dejando obsoleto.

Definiciones de las variables en estudio:

*Condiciones de la vivienda:*

1. Indicaciones: La vivienda cumple con las condiciones estructurales necesarias. El mobiliario es adecuado y se le dan las

normas de limpieza con relación a una asepsia adecuada.

2. Modificaciones leves: La vivienda cumple con las condiciones estructurales necesarias.

Parte del mobiliario es inadecuado o difícil de mantener, especialmente, cortinas, lámparas, tapizados, etc..

3. Modificaciones

estructurales: No existen todas las condiciones estructurales necesarias, falta baño o está muy alejado, en cuyo caso intentamos acondicionar.

#### Autonomía:

1. Familiar: El tratamiento era efectuado por el familiar, en muchas ocasiones por razones culturales.

2. Paciente con apoyo: Lo definimos en tres niveles; paciente con apoyo familiar, con ayuda para los cuidados del orificio.

3.- Paciente sólo: cuando vivía sólo o además tenía a su cargo el cuidado del cónyuge. Cuidados del orificio:

1. Bien: manipulación, fijación, limpieza y oclusión correctos. Según indicaciones.

2. Regular: Dificultad en manipulación y fijación. Limpieza y oclusión correctos.

3. Mal: No sigue las indicaciones.

Edad.

Tiempo en diálisis peritoneal.

Determinación cuantitativa de complicaciones repetitivas.

Motivos de salida del programa de diálisis peritoneal.

Causas de exitus.

Condiciones higiénicas de la vivienda:

• Adecuadas

• Inadecuadas

#### Análisis de los datos:

Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables en estudio y un análisis bivariado mediante el test  $\chi^2$ -cuadrado, para comprobar la posible relación entre nivel de autonomía, edad, sexo y cuidados del orificio.

## Resultados

De los 83 pacientes estudiados, 36 eran mujeres y 47 hombres, con una edad media de 59,19 años con una desviación estándar (D.E) de 13,30 años con un rango entre 24 y 77 y un tiempo en DPCA de 25,83 meses con DE 23,81 meses.

Todos ellos fueron sometidos al menos a dos visitas, la inicial y la de control.

En la Tabla I se observa que, en la VISITA INICIAL, 73 pacientes (88,00% sólo necesitaron indicaciones, ya que, las condiciones de estructura eran totalmente adecuadas, 7 pacientes (8,40%) necesitaron modificaciones leves y sólo 3 pacientes (3,60%) precisaron de modificaciones estructurales.

VISITA	INDICACIONES		MODIFICACIONES LEVES		MODIFICACIONES ESTRUCTURALES		CONDIC. HIG. INADECUADAS		COMPLICACIONES REPETIDAS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
INICIAL	73	88%	7	8,4%	3	3,6%	5	6%		
CONTROL	0		6	7,2%	0	0	3	3,60%		
EVALUACION	0		0		0		2	2,40%	4	4,81%

TABLA I: Condiciones de la vivienda

En 5 pacientes (6%) de los 83, las condiciones de limpieza se valoraron como inadecuadas.

En la VISITA DE CONTROL no se habían corregido todas las deficiencias observadas en la visita inicial, en 6 pacientes (7,2%) y continuamos valorando negativamente las condiciones higiénicas de la vivienda, en 3 pacientes (3,60%).

En la VISITA DE EVALUACIÓN 4 pacientes salieron del programa al detectarse complicaciones repetidas que no se pudieron solucionar y sólo en 2 pacientes (2,40%) valoramos la higiene negativamente.

En julio de 1999 habían salido del programa un total de 67 pacientes (80,72%), por diferentes causas, que están reflejadas en la Tabla 2:

MOTIVO DE SALIDA	Nº PACIENTES	PORCENTAJES
EXITUS RELACIONADO DPCA	0	0
EXITUS NO RELACIONADO DPCA (*)	48	57,83%
HD NO RELACIONADO DPCA	4	4,81%
HD RELACIONADO DPCA	10	12,04%
TRASPLANTE	5	6,02%
OTRAS OPCIONES	1	1,20%
CONTINUAN	15	18,07%
SUMAS	83	100

TABLA II: Salidas del programa.

(\*) Patologías no relacionadas con DPCA: TABLA 3

Del total de enfermos que iniciaron el programa 48 pacientes (57,83%) fallecieron por causas no relacionadas, directamente, con la DPCA, 10 pacientes (12,04%) habían pasado a HD por causas relacionadas con la DPCA (5 por peritonitis repetitivas, o infección del túnel, 3 por pérdida de ultrafiltración y 2 por negación, del enfermo o familiar implicado, a continuar en la técnica), 4 pacientes (4,81%) pasaron a HD por motivos ajenos a la DPCA y 5 pacientes (6,02%) fueron trasplantados.

ENFERMEDAD	Nº PACIENTES	PORCENTAJES
ENF. CARDIACA	22	45,83%
A. VASCULAR CEREBRAL	11	22,91%
ENF. DIGESTIVA	2	4,16%
ENF. RESPIRATORIA	4	8,33%
OTRAS CAUSAS	9	18,75%
SUMAS	48	100

TABLA III: Causas de fallecimiento.

Es de resaltar en el grupo de enfermos fallecidos, que el 100% lo hacen por causas no relacionadas con la DPCA, que el 45,83% de ellos está relacionado con enfermedad Cardíaca y la edad media del grupo es 62,74 años y Desviación Estándar 9,77 años, el tiempo medio en DPCA es de 24,74 meses y DE 16,78 meses.

Las tablas IV y V la valoración de los cuidados del orificio y la autonomía del paciente en efectuar su tratamiento respectivamente.

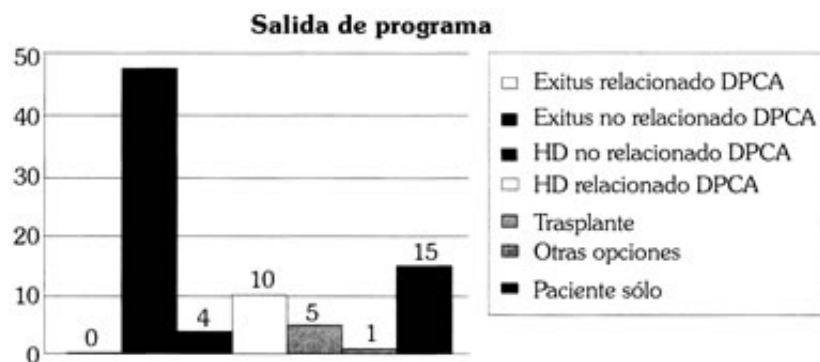
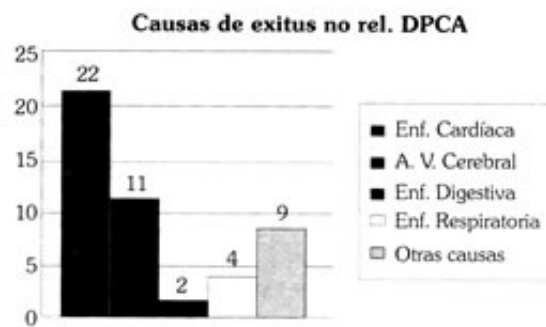
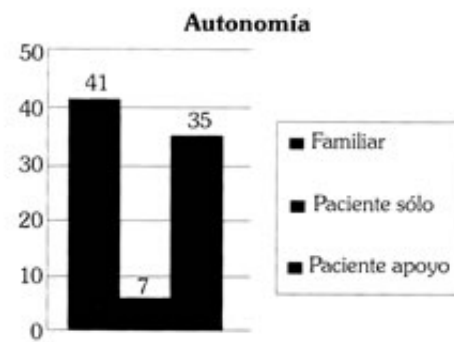
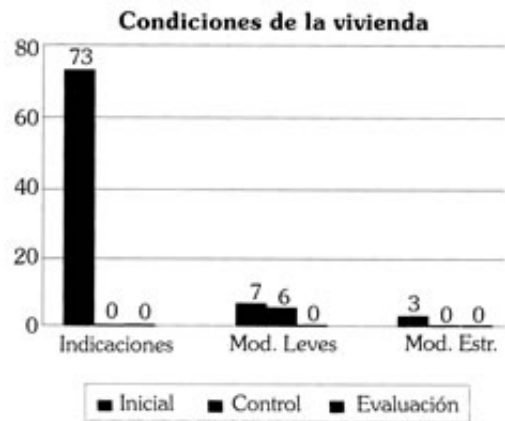
VALORACIÓN	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJES
BIEN	74	89,2%
REGULAR	7	8,4%
MAL	2	2,4%

TABLA IV: Cuidados del orificio.

PERSONA	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJES
FAMILIAR	41	49,4%
PACIENTE SOLO	7	8,4%
PACIENTE APOYO	35	42,2%

TABLA V: Autonomía en el tratamiento.

Efectuamos chi-cuadrado para valorar la relación entre sexo-autonomía y edad-autonomía resultando estadísticamente no significativa,  $p > 0,05$ , y asociación estadística entre autonomía y cuidados del orificio  $p < 0,05$ .



A tenor de los resultados se evidencia que nuestros pacientes cuando acceden al programa de DPCA padecen enfermedades adyacentes en estadios muy graves, lo que supone una esperanza de vida media muy corta en la mayoría de los casos, sin que esto disminuya la eficacia del programa.

El hecho de que sólo cinco pacientes se hayan transplantado, implica únicamente que, en nuestro caso, la mayoría de los pacientes no son candidatos a la lista de espera.

Llama la atención que sólo diez pacientes hayan salido del programa por causas relacionadas con la técnica (5 por peritonitis o infección del túnel, 3 por pérdida de ultrafiltración, 2 por negación a continuar en DPCA y 1 por incapacidad, aún con el apoyo de atención primaria). Nos hace considerar que la visita domiciliaria constituye una herramienta fundamental para conocer la atención que reciben nuestros pacientes en DPCA. Suponiendo una posibilidad de mantener, en el final de la vida, a los pacientes en su entorno familiar con un nivel de autocuidados absolutamente adecuado.

## APENDICES

APÉNDICE I	VISITA DOMICILIARIA
Motivo de la visita: INICIAL	Fecha
Nombre	F.N.
Domicilio	
Municipio	
Provincia	C.P.:
Teléfonos	
ASPECTO GENERAL: Paciente(1) y Familiar(2) que realiza la técnica	
1. Muy limpio() Limpio() Algo sucio() Sucio() Muy sucio()	
2. Muy limpio() Limpio() Algo sucio() Sucio() Muy sucio()	
ACTITUD HACIA EL PACIENTE: Preocupado() Inhibido() Rechazo() Otros()	
ESTUDIOS: Paciente(1) y Familiar(2) que realiza la técnica.	
1. No sabe leer() Lee y escribe() Primarios() Secundarios() Superiores()	
2. No sabe leer() Lee y escribe() Primarios() Secundarios() Superiores()	
PROFESION:	
SITUACION LABORAL: Paciente(1) y Familiar(2) que realiza la técnica.	
<ul style="list-style-type: none"><li>• ( )Trabaja a tiempo completo en el mismo empleo previo a la enfermedad.</li><li>• ( )Idem en distinto empleo.</li><li>• ( )Trabaja tiempo parcial en el mismo empleo.</li><li>• ( )No trabaja al no encontrar empleo capaz de realizar.</li><li>• ( )No necesita trabajar por estar retirado o pensión suficiente.</li><li>• ( )No puede trabajar pero se vale por si mismo. Vida normal.</li><li>• ( )Invalido, precisa ayuda para el cambio.</li></ul>	
OBSERVACIONES:	

VIVIENDA:

TIPO: Rural() Urbana familiar() Urbana comunitaria()

SUPERFICIE: \_\_\_\_\_ m2  
Nº habitaciones \_\_\_\_\_  
Nº habitantes que conviven \_\_\_\_\_

HABITACULO(para el intercambio):  
Baño() Dormitorio() Sala comedor() Exclusivo()

AGUA CORRIENTE: SI NO

BAÑO: SI NO

SANITARIOS: SI NO

ASPECTO GENERAL: Ordenado() Desordenado()Muy limpio() Limpio() Algo sucio()  
Sucio() Muy sucio()

ENFERMOS CONVIVIENDO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

GANADO DOMESTICO: \_\_\_\_\_

VECINOS(Problemas relacionados con la enfermedad): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MATERIAL DESECHABLE (Problemas para dispensarlos): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES (Modificaciones necesarias): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

APÉNDICE 2

VISITA DOMICILIARIA

Motivo de la visita CONTROL o EVALUACION

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: ¿Se han realizado las modificaciones aconsejadas en la visita inicial? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CASA COMERCIAL \_\_\_\_\_ Sistema \_\_\_\_\_

SERVICIO: Bueno() Malo() Regular()

MATERIAL: Suficiente() Escaso() Excesivo()

Observaciones \_\_\_\_\_

MATERIAL NO FUNGIBLE: limpieza funcionamiento uso

• Balanza: \_\_\_\_\_

• Peso: \_\_\_\_\_

• Termómetro: \_\_\_\_\_

• Mobiliario: \_\_\_\_\_

• Pie de gotero: \_\_\_\_\_

• Calentador: \_\_\_\_\_

• Tensiometro: \_\_\_\_\_

• Otros: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

CUIDADOS CATETER PERITONEAL:

• Apósito: Limpio() Sucio() Bien colocado() Mal colocado() Alergia()

• Orificio: Limpio() Sucio() Enrojecido() Costra() Pus() Sangre() Fuga()

• Curas: Nº semana \_\_\_\_\_ Correcta: SI NO

• OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



<b>HIGIENE PERSONAL:</b>		<b>Paciente(1) y Familiar(2)</b>	
• General:	limpio()	sucio()	
• Manos:	limpio()	sucio()	
• Uñas:	limpio()	sucio()	cortas() largas()
• Frecuencia ducha/semana	_____		
<b>REALIZACIÓN DEL INTERCAMBIO:</b>	<b>CORRECTO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	
• Higiene de manos y mascarilla.	SI NO	_____	
• Preparación del material necesario.	SI NO	_____	
• Lavado de manos.	SI NO	_____	
• En su caso, preparación medicación.	SI NO	_____	
• Comprobaciones en bolsa nueva.	SI NO	_____	
• En su caso, admón de medicación.	SI NO	_____	
• Conexión.	SI NO	_____	
• Drenaje.	SI NO	_____	
• Dificultad en el drenaje.	SI NO	_____	
• Infusión.	SI NO	_____	
• Colocación cobertor o clamp.	SI NO	_____	
• Seguridad en la manipulación.	SI NO	_____	
• Velocidad	_____		
• Conciencia de error	_____		
• Tiempo invertido	_____		
<b>OBSERVACIONES:</b>	_____		
_____			
<b>COMPLICACIONES:</b>			
• Fuga de líquido.	SI NO	_____	
• Infección de orificio.	SI NO	_____	
• Rotura y/o desconexión línea.	SI NO	_____	
• Bolsa rota o dudosa.	SI NO	_____	
• Peritonitis.	SI NO	_____	
• Hemoperitoneo.	SI NO	_____	
• Coágulos de fibrina.	SI NO	_____	
• Sobrecarga de peso.	SI NO	_____	
• Deplección de volumen.	SI NO	_____	
• Hipertensión arterial.	SI NO	_____	
• Hipotensión ortostática.	SI NO	_____	
<b>OBSERVACIONES:</b>	_____		
_____			
<b>COMENTARIOS GENERALES:</b>			
_____			
_____			

## Bibliografía

- La enfermera en el domicilio: Factor humano. Isabel Galindo. V Jornadas de enfermería de diálisis peritoneal. Marzo 1999.
- Atención domiciliaria. Editorial Tribuna Sanitaria, nº 87, nov. 1996. Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería.
- Atención domiciliaria. R. Nursing. Junio 1996.
- La atención a domicilio, gran reto de futuro para la enfermería. R. de la Unión Profesional. Nº 28 octubre 1998.
- Visita domiciliaria en DPCA, experiencia de 10 años. Luz Langaron y cois. Complejo hospitalario "Xeral-Cies", Vigo. Libro de comunicaciones XXII Congreso Nacional SEDEN octubre 1997.
- Protocolo visita domiciliaria en pacientes DPCA. Marta García Encina y cois. Complejo hospitalario "Xeral-Cies". Vigo Libro de comunicaciones XIV Congreso Nacional SEDEN. Octubre 1989.
- DPCA: Valor de la visita domiciliaria en la predicción de las infecciones. A. Guerra, C. Cruz y cois. Hospital Ntra. Sra. del Pino. Libro de comunicaciones. XIX Congreso Nacional SEDEN. Sept. 1994.