

Diálisis peritoneal en pacientes invidentes. Nuestra experiencia en dos años

José Alfonso de la Vara Almonacid

Hospital Infanta Cristina. Madrid

Resumen:

La nefropatía diabética se ha convertido en la causa más frecuente de entrada en programa de diálisis en la mayoría de los países, y un porcentaje alto de pacientes son incluidos en técnicas de diálisis peritoneal. La decisión entre HD y DP debe hacerse de forma individualizada y debe basarse en las preferencias del paciente y la situación familiar.

La dificultad de entrenar a pacientes diabéticos con alteraciones visuales severas obliga en muchas ocasiones al entrenamiento de un familiar, aunque en nuestra experiencia la mayoría de los pacientes, incluso los ciegos, con un entrenamiento adecuado son capaces de realizar la técnica y de administrar la insulina en las bolsas de diálisis correctamente. La técnica es igual en diabéticos que en no diabéticos, solo algunos puntos diferencian su puesta en práctica. El entrenamiento suele durar más tiempo, dependiendo de la situación física y de la agudeza visual del paciente. En atención a este punto, es conveniente insistir en la colocación del material de diálisis siempre en la misma posición, para facilitar su localización.

En el año 2012 se nos plantea en nuestro servicio la transferencia de un paciente en hemodiálisis a diálisis peritoneal, paciente diabético, invidente y totalmente dependiente del ámbito familiar.

Nos planteamos como objetivo que el paciente fuese capaz de realizar el tratamiento en su domicilio. Es transferido a DP (diálisis peritoneal) por intolerancia a la hemodiálisis, HTA, mal manejo de las glucemias.

Como antecedentes:

- Coma hipoglucemia reversible resuelto sin secuelas neurológicas
- Hipoglucemia grave
- Crisis convulsiva por hipoglucemia
- Diabetes tipo 1 con afectación multisistémica descompensada

- Broncoaspiración hemática por sangrado lingual traumático
- Neumonía basal derecha por aspiración hemática
- Hemorragia severa por laceración arteriolar 2ª a traumatismo lingual
- Herida de lengua tras crisis comicial, suturada
- Hemorragia traumática moderada de borde inferior de estoma traqueal controlada con electrocoagulación.
- Insuficiencia renal clínica en estadio 5 en programa de hemodiálisis
- Infección urinaria por *Candida albicans*
- Hipocalcemia
- Coagulopatía 2ª a sangrado lingual
- Retinopatía diabética. Ptisis bulbi OD. Inicio de Queratopatía en banda OD. Hemovitreo OI
- Hipertensión arterial crónica grave de difícil control
- Infección de vías respiratorias (traqueítis)

Elaboramos un programa de entrenamiento a lo largo de un mes donde enseñamos a un familiar en el manejo de la diálisis peritoneal por un lado y enseñamos al paciente a manejarse por sí mismo en cuanto a la conexión y desconexión. La modalidad que se eligió en su día fue la de cicladora nocturna. Por espacio de un mes fuimos capaces de desarrollar en la paciente un sexto sentido capaz de ser ella misma quien se hacía los intercambios. A destacar que el paciente no tenía ningún entrenamiento tipo ONCE, ni se manejaba por sí sola.

Los inicios fueron duros, pero actualmente después de dos años en programa, demostramos que el manejo de la técnica es óptimo, se ha solucionado el problema de su hipertensión arterial y analíticamente su diabetes está perfectamente controlada. Hace una vida normal y es prácticamente independiente. Concluimos que esta modalidad de tratamiento han hecho mejor sistemáticamente la calidad de vida del paciente, y hemos solucionado los problemas médicos planteados al inicio. Fuimos capaces de que el paciente aprendiera y se mantuviese en nuestro programa.