

# **ENTRENAMIENTO DOMICILIARIO EN DIÁLISIS PERITONEAL: UNA FORMA MAS LOGICA Y EFECTIVA**

*Isabel Muñoz Gutiérrez, Nelida Rodrigo Cabrerizos, Olga Celadilla Díez,  
Victoria Martínez Gordo, M<sup>a</sup>. José Castro Notario, Abelardo Aguilera,  
Gloria Del Peso, M<sup>a</sup>. Auxiliadora Bajo, \*R. Selgas*

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz y  
\*Hospital Universitario La Princesa. Madrid

## **INTRODUCCION**

Teniendo en cuenta que la diálisis peritoneal (DP) es un procedimiento ambulatorio que intenta desvincular a los pacientes con insuficiencia renal crónica de la estrecha relación hospitalaria que frecuentemente encontramos en ellos (1), nos preguntamos si las actividades asociadas a la DP, como los entrenamientos, tendrían más sentido si se realizan en el domicilio del paciente. Fue así como a partir de mayo de 1997 empezamos en nuestra Unidad a realizar entrenamientos domiciliarios, de tal forma que nuestro objetivo fundamental fue conocer al paciente en su entorno (familia, casa) y la influencia que podía ejercer sobre el desarrollo de la DP. En el presente trabajo exponemos nuestra experiencia en este sentido.

## **PACIENTES Y MÉTODOS**

Entre mayo de 1997 y enero de 1999, se entrenaron domiciliariamente 32 pacientes con insuficiencia renal crónica en DP (17 varones y 15 mujeres). De ellos, 31 eran pacientes nuevos, de los cuales 28 iniciaron diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD) y tres diálisis peritoneal automatizada (DPA). Un paciente que procedía de CAPD (con una estancia de 68 meses en CAPD) fue entrenado para DPA. La edad media fue  $54.5 \pm 14.8$  años. Las causas de insuficiencia renal crónica fueron: nefritis tubulo-intersticial en ocho casos, glom2ades congénitas en uno y de etiología no filiada en cuatro. Los sistemas utilizados fueron: Twin-Bag en 21 (75%), Stay-Safe en cinco (17.8%), y Andy-Plus en dos (7.2%).

Para evaluar los factores que podrían influir en el tratamiento domiciliario y en el seguimiento posterior en DP, analizamos 2 grupos de factores: personal (nivel cultural, higiene personal, capacidad psicomotriz, estado cognoscitivo, ansiedad, depresión y comorbilidad) y los relacionados con el entorno del paciente (familia y casa).

El nivel cultural fue definido de acuerdo a los siguientes criterios: analfabeto (no sabe leer ni escribir), saber leer y escribir, educación primaria y secundaria, y universitario.

Las relaciones del paciente con su entorno familiar fueron elevadas de acuerdo con el grado de interés por parte de la familia en la enfermedad del paciente: visitas acompañadas, conocimiento de la mediación, citas, afecto y aceptación o rechazo a la presencia de un nuevo material en casa. Una adecuada relación familiar-paciente fue considerada cuando coincidían al menos 3 de estos parámetros.

La higiene personal fue evaluada de acuerdo a la cantidad de veces que el paciente se ducha, cambia de ropa e higiene de las uñas. Una buena higiene fue definida cuando al paciente se duchaba y cambiaba de ropa interior diariamente, regular cuando lo hacía cada 48 horas y mala cuando era cada más de 48 horas.

La higiene en casa fue evaluada según la cantidad de veces por semana que se limpiaba. Buena higiene fue considerada cuando se limpiaba diariamente o cada 48 horas, regular entre 48-72 horas y mala mas de 72 horas. Fue evaluada también la presencia de animales domésticos.

La capacidad psicomotriz fue evaluada de acuerdo con el grado de destreza manual que presentaba el paciente al realizar los intercambios. Fueron considerados con buena destreza manual aquellos que no tenían ningún tipo de limitación ni trastorno físico que les limitara. Mala cuando presentaban alguna limitación, como temblor en manos, enfermedades osteodegenerativas o incoordinación de cualquier otro origen.

La ansiedad y depresión fueron evaluadas de acuerdo con la escala de depresión hospitalaria (1). El nivel de atención fue evaluado diariamente durante el entrenamiento, siendo clasificados en 3 grupos: bueno, regular y malo. El estado cognitivo fue evaluado de acuerdo con la presencia de somnolencia o letargia, distinguiéndose 2 grupos: grupo 1 con presencia de ambos síntomas y grupo 2 en ausencia de estos.

La comorbilidad fue evaluada en función de la presencia o ausencia de hipertensión, neumopatías, cardiopatía, anemia no corregida (hemoglobina < 9,5 g/dl), y enfermedades osteodegenerativas. Se asignó un punto a la presencia de cualquiera de ellas, de tal forma por comorbilidad 5 era la mas grave.

Para evaluar la acogida de la enfermera por parte de los pacientes o familiares en su casa, se tomaron en consideración 3 parámetros: aceptación de las visitas, recibimiento amable y ofrecimiento de alimentos por parte del paciente o familiares. Si se cumplían 2 criterios, se consideraba una buena aceptación.

Los relacionados con la técnica accidentes fueron también cuantificados.

## RESULTADOS

La tabla 1 muestra los datos analíticos generales de nuestros pacientes. La media de días de entrenamiento domiciliario en los 32 pacientes en DP estudiados fue de  $5.5 \pm 1.5$  días. El tiempo de entrenamiento hospitalario habitual en nuestra Unidad es de 8 a 10 días.

En relación a su situación laboral, 11 estaban jubilados, siete eran laboralmente activos, siete desarrollaban actividades en casa y siete estaban en régimen de incapacidad laboral.

Veintinueve pacientes vivían en familia (padres, hijos o cónyuge) y tres vivían solos. En 28 de los que vivían acompañados, la familia aceptaba adecuadamente el tratamiento y les apoyaban en lo relacionado con él, Sólo en un caso la familia presentaba rechazo al tratamiento y con poco apoyo.

En relación al nivel cultural, una paciente fue catalogada como analfabeta, 19 sabían leer y escribir cinco habían cursado educación primaria y secundaria, siete habían realizado estudios universitarios.

En relación a la higiene personal, esta fue considerada buena en 24 pacientes (75%), regular en seis (18.7%) y mala en dos (6,3%). Once tenían animales en casa (35.5%), principalmente perros y gatos.

La higiene en casa fue considerada buena en 30 pacientes (93%) y mala en dos. La higiene personal y la del domicilio fueron evaluadas 2-3 meses después del entrenamiento en estos dos últimos pacientes, con el fin de dar las indicaciones necesarias para mejorar la higiene.

Cuando evaluamos los transtornos psicomotrices, encontramos que 27 pacientes (84%) no presentaban ningún tipo de limitación, mientras que 5 sí.

Cuando evaluamos los factores que influyen en la capacidad de aprender el procedimiento, encontramos que 13 (41.9%) estaban deprimidos, 27 (84%) pusieron una atención adecuada a la enseñanza, y 23 pacientes (71.8 %) no mostraron alteraciones cognitivas. El resto (9 pacientes) tenían tendencia al sueño. En 11 de los 13 pacientes catalogados como deprimidos fue necesario repetir la información acerca de la técnica, mientras que sólo 8 de los 19 pacientes no deprimidos hubo que repetirla ( $p < 0.05$ ).

En general, todos los pacientes aceptaron muy bien las visitas domiciliarias.

Veinticinco pacientes tenían más de 6 meses de seguimiento en nuestra consulta prediálisis, tanto en la consulta médica como en la de enfermería. En ningún de estos pacientes fue necesario repetir la información con posterioridad, y los días de entrenamiento empleados fue menor que en el resto, aunque sin diferencias significativas ( $5.5 \pm 1$  vs  $6.5 \pm 1$ ,  $p=0.054$ ).

Hubo además 3 accidentes relacionados con la técnica (1 ruptura y 2 pérdidas del tapón).

**Estadística:** los valores se expresan como media  $\pm$  desviación estándar. El método estadístico empleado fue el test de Student para comparación de medias. Se consideró estadísticamente significativo una  $p<0.05$ .

## DISCUSION

Nuestros resultados muestran la importancia de conocer el entorno social y familiar del paciente, lo que redundará en un mejor aprovechamiento de las enseñanzas del sistema de DP, y posiblemente en la previsión de complicaciones a largo plazo.

El seguimiento previo del paciente en una consulta de enfermería prediálisis les prepara para estar más receptivos en el momento del entrenamiento. Los pacientes seguidos en la consulta de enfermería nefrológica de nuestro servicio, presentaron mejor asimilación del procedimiento, lo que se demuestra por un menor tiempo de entrenamiento empleado.

Otros factores como la depresión también influyen negativamente en el aprendizaje. Varios estudios demuestran que uno de los principales problemas de los pacientes en diálisis son los trastornos psico-sociales, frecuentemente asociados a depresión y ansiedad (3-6). Estos complican la evolución a largo plazo (7-10). Nuestros resultados muestran una influencia negativa de la depresión sobre el aprendizaje de la técnica, enfatizando la necesidad de un tratamiento oportuno previo.

Otro de los aspectos positivos del entrenamiento domiciliario fue una mejora en las condiciones higiénicas, tanto personales como en el domicilio, que redundan en el bienestar del paciente y en sus posibles complicaciones.

En conclusión, el entrenamiento domiciliario para DP induce una adaptación más rápida al procedimiento y acorta el tiempo de enseñanza necesario para su aprendizaje. El conocer el ambiente familiar, las condiciones de la vivienda y en general el entorno del enfermo, proporcionan una información muy importante en el seguimiento posterior. Las visitas domiciliarias ayudan a identificar situaciones que pueden influir negativamente en el desarrollo de la DP.

**TABLA 1. Datos Generales**

	Basal	Actual
Hb (g/dl)	$10.3 \pm 1.5$	$11.5 \pm 1.2$
Hierro sérico (ng/ml)	$66.5 \pm 20.7$	$84.1 \pm 31.3$
IST (%)	$22.8 \pm 6.5$	$34 \pm 10.6$
Albumina (g/dl)	$4.1 \pm 0.9$	$3.9 \pm 0.4$
Transferrina (mg/dl)	$310 \pm 457$	$231.3 \pm 185.6$
Colesterol (mg/dl)	$203 \pm 43.5$	$211 \pm 49.2$
nPCR (g/kg/semana)	$1.03 \pm 0.35$	$1.15 \pm 0.33$
KT/V	$2.4 \pm 0.6$	$2.34 \pm 0.59$

IST: índice de saturación de transferrina

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Peritoneal Dialysis University. Dr Krediet Renal Unit. Academia Medical Center. University of Amsterdam.
2. Zigmond AS, Snaith RP.: The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psyquiatr Scand* 1983, 67: 361-370.
3. Levenson JL., Glocheski S.: Psychological affecting end-state renal disease. A review. *Psychosomatics* 1991, 32: 382-389.
4. Carbonel C, Ríos B, García-Camba E.: Alteraciones afectivas, situación laboral y hemodiálisis. *Psicopatología* 1982, 3: 31-40.
5. Levy NB.: A review of psychonephrology 1990. *Dial and Transp* 1991, 20-30.
6. Maher BA., Lamping DL., Dickinson CA.: Psychosocial aspects of chronic hemodialysis: the national cooperative study. *Kidney Int* 1983, 23: 50-57.
7. Shulhuman R., Price JDE., Spinelli J.: Biopsychosocial aspects of long-term survival on end-stage renal failure therapy. *Psychological Medicine* 1989, 19: 945-954.
8. Kutner NG., Fair PL., Kutner MH.: Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. *J Psychosomat Res* 1985, 29: 23-31.
9. Smith MD., Hong BA., Robson AM.: Diagnosis of depression in patients with end-stage disease. Comparative analysis. *Am J. Med* 1985, 79: 160-166.
10. Hinrichsen GA, Lieberman JA, Pollack S, Steinber H.: Depression in hemodialysis patients. *Psychosomatic* 1989, 30: 284-289.