

MANTENEMOS NUESTRO OPTIMISMO TRAS DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN D.P.C.A. – 2º TRIMESTRE. 1996.

AUTORES:

A. López Cañadas

I. Galindo Molina

I. Sierra López

C. Gómez Roldán

Hospital General de Albacete. 1.996.

PALABRAS CLAVE:

D.P.C.A.

ENFERMERÍA

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Tras más de diez años de funcionamiento de la Unidad de Diálisis Peritoneal en nuestro Centro, nos proponemos una revisión objetiva de todos los aspectos relevantes relacionados con la técnica de la D. Peritoneal para comprobar si los resultados obtenidos nos hacen modificar nuestra actitud, optimista en principio, con las posibilidades y futuro de la D.P.

CAMPO DE TRABAJO

El área geográfica que abarca nuestra zona sanitaria es la provincia de Albacete y sur de la de Cuenca, con una población aproximada de 450.000 habitantes.

DATOS GENERALES

Nuestro estudio abarca desde Julio de 1985 hasta Julio de 1995. El número total de pacientes tratados en este tiempo ha sido de 148, con un total de 4176 meses/pacientes en tratamiento.

La dotación en personal de nuestra Unidad es de :

- 2 ATS (turno de mañana).
- 1 Nefrólogo.

FIGURA 1
Datos epidemiológicos IRC en Albacete

• **PREVALENCIA ACTUAL DE PACIENTES EN DIALISIS: 519 pac./1000000 hab.**

Los datos publicados por la SEN y registrados a 31 Dic. 1992 por la EDTA (con sólo un 69,5% de Centros que respondieron), muestran una prevalencia de 384 pac./1000000 hab.
Esta cifra correspondería a unos 552 pac./1000000 hab.

• **NUEVOS PACIENTES EN 1994: 43.**

• **NUEVOS PACIENTES EN 1995 (hasta julio): 27**

CRITERIOS PARA LA INCLUSIÓN DE PACIENTES EN NUESTRO PROGRAMA

- A todos nuestros pacientes (si no existe contraindicación severa) se les permite la libre elección de técnica (HD o DPCA), previa información elemental de las características fundamentales de cada una de ellas. Con la dotación material y humana que tenemos en la actualidad pensamos que el número máximo de pacientes a los que podemos dar atención correcta está alrededor de cincuenta.
- Existen pacientes que llegan a nuestro programa por imposibilidad de hacerse HD (falta de acceso vascular, intolerancia a HD...).
- Existen pacientes que no tienen una contraindicación absoluta para la HD, pero que nuestra experiencia nos indica como mejor opción la DP:
 - Enfermedad coronaria.
 - Adolescentes.
 - Pacientes de actividad laboral difícil de compatibilizar con los horarios de HD.
- Excepcionalmente y siempre que sea posible recurrir a la HD, se han excluido pacientes por incapacidad para realizar la técnica con un mínimo de garantías, si no han contado con la colaboración familiar seriamente comprometida.
- El total de los pacientes valorados se han dializado con la técnica de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (si exceptuamos cortos períodos en DPI). La Diálisis Peritoneal Automatizada extrahospitalaria no se ha incluido en este estudio por ser nuestra experiencia con estas técnicas posterior al período que abarca el estudio.

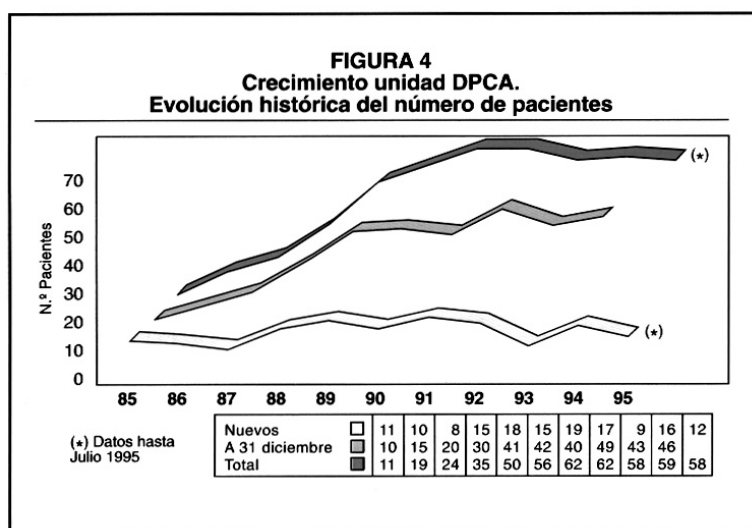
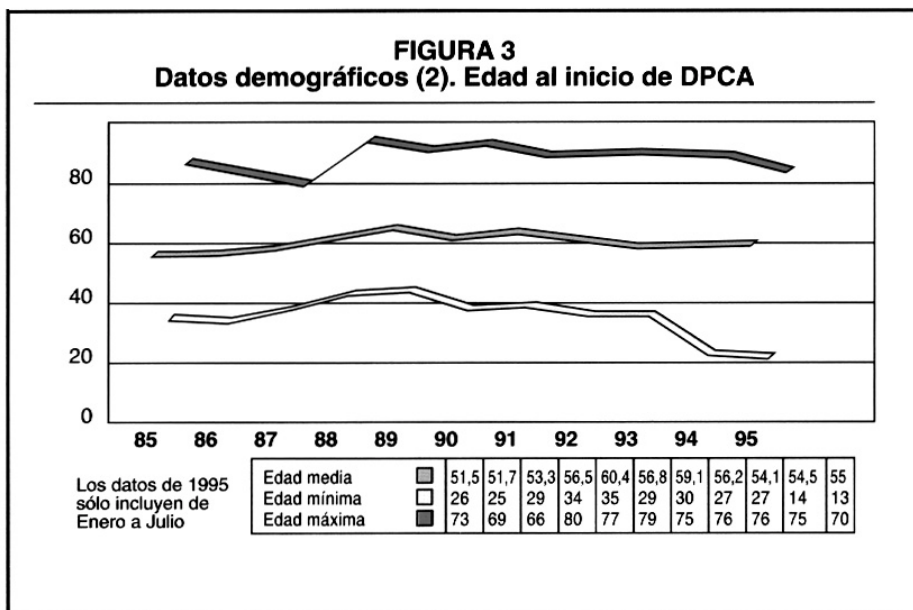
FIGURA 2
Datos generales epidemiológicos

• **NUMERO DE PACIENTES TRATADOS: 148**

- Mayores de 65 años: 46 (31%).
- Diabéticos: 34 (23%).

• **EVOLUCIÓN:**

- Exitus: 52.
 - A Hemodiálisis: 26.
 - Trasplantados: 16.
-



La edad media de los pacientes a la entrada en el programa se ha mantenido bastante estable, alrededor de los 55 años. El paciente más joven tiene 13 años y al mayor 80.

El número de pacientes que permanecían en el programa se fue incrementando progresivamente hasta que, a partir del 4º/5º año sin modificar los criterios de inclusión, se establece un equilibrio entre entradas y salidas, lo que hace que el programa se mantenga en una población constante de 45-50 pacientes.

Los pacientes diabéticos tratados han sido 34 (23% del total). La tendencia actual es a disminuir el porcentaje de pacientes diabéticos en programa de DP, principalmente por dos motivos:

1. La extensión de la DP cada vez más a pacientes sin patologías asociadas, lo que hará disminuir la proporción de diabéticos frente a no diabéticos.
2. Que los criterios de inclusión de diabéticos en HD se han hecho menos restrictivos, a diferencia con los primeros años del programa, en los que casi todos los diabéticos se incluían en técnicas de DP.

A lo largo de estos diez años el flujo de pacientes entre HD y DP ha sido constante, siendo igual el paso de pacientes de DP a HD que al contrario (26 pacientes). Este flujo no ha sido constante sino que ha ido aumentando el cambio de pacientes desde HD a DP; por otro lado lógico ya que en el programa de nuestro Centro hay unos 130 pacientes en HD frente a los 45 aproximadamente en DP.

En nuestra experiencia, el paso fluido entre pacientes de una a otra técnica es normal, ya que es un indicador del buen funcionamiento de un Servicio de Nefrología en el que se utilizan ambas técnicas dialíticas con igualdad de oportunidades, sin decantarse a priori por una u otra opción, dejando a los pacientes que sean ellos los que libremente (salvo contraindicación específica) elijan la modalidad dialítica.

En cuanto al trasplante renal, la tendencia es a incrementarse, posiblemente debida a dos causas:

1. El aumento general de trasplantes en los últimos años.
2. Al contar en nuestro programa con más pacientes susceptibles de incluir en programa de trasplante renal.

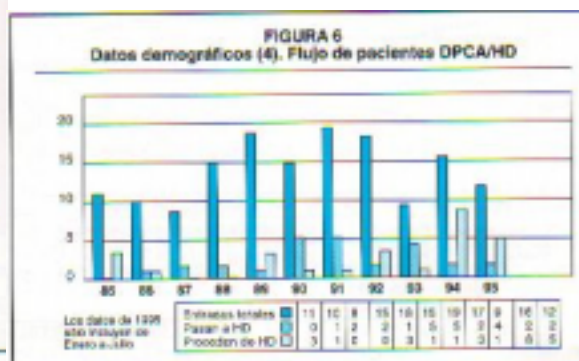
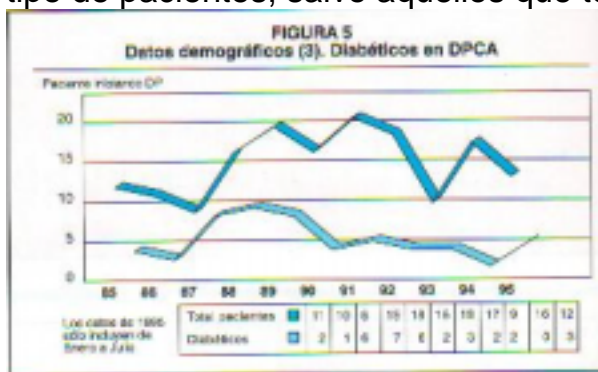
El 55% de los pacientes que comenzaron tratamiento dialítico lo hicieron en DPCA (cifra elevada en comparación con otros centros), ya que esta técnica dialítica está valorada con las mismas posibilidades que la HD, ofertándose como una técnica terapéutica sin restricciones previas.

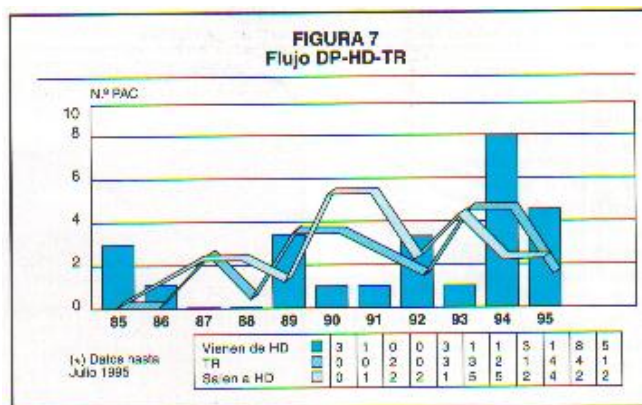
PERITONITIS

Como en todo programa de DPCA, el factor desencadenante de la mayoría de incidencias de riesgo, han sido las peritonitis. Las nuevas técnicas son una ayuda fundamental en la disminución de la tasa de peritonitis.

Como observamos en la figura 9, tras la implantación de una técnica, hay una caída en la tasa de peritonitis; creemos que pueda estar motivado, además de por la mejoría que en sí representa la nueva técnica, por llevar simultáneamente un reciclado en la formación del paciente al enseñarle un nuevo procedimiento.

No obstante, pensamos que siempre persistirá una incidencia de peritonitis no deseable y que será muy difícil de corregir, pues dependerá de la idiosincrasia de nuestros pacientes, puesto que intentar una población de pacientes ideales, nos llevaría a una selección muy escrupulosa de los mismos, rompiendo con uno de nuestros principios básicos en relación a la DP, que es el de estar convencidos de que se trata de una buena técnica dialítica para todo tipo de pacientes, salvo aquellos que tengan contraindicaciones muy concretas.





METODOLOGÍA DE TRABAJO

Nuestra sistemática de trabajo se fundamenta en tres pilares:

Relación paciente/enfermería:

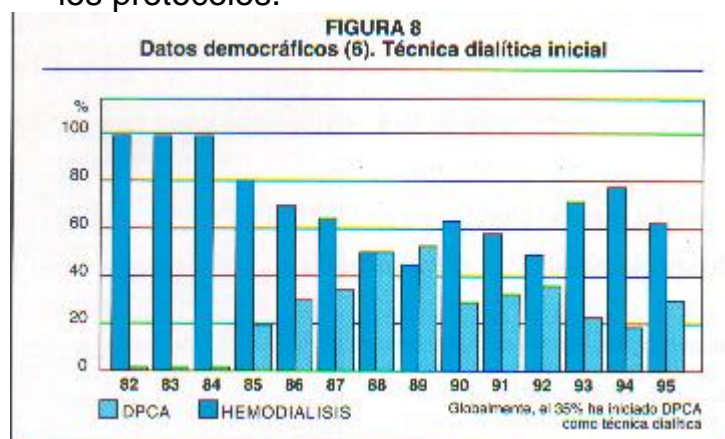
- Contactos previos, información, entrenamiento...
- Cuidados a pacientes ingresados.

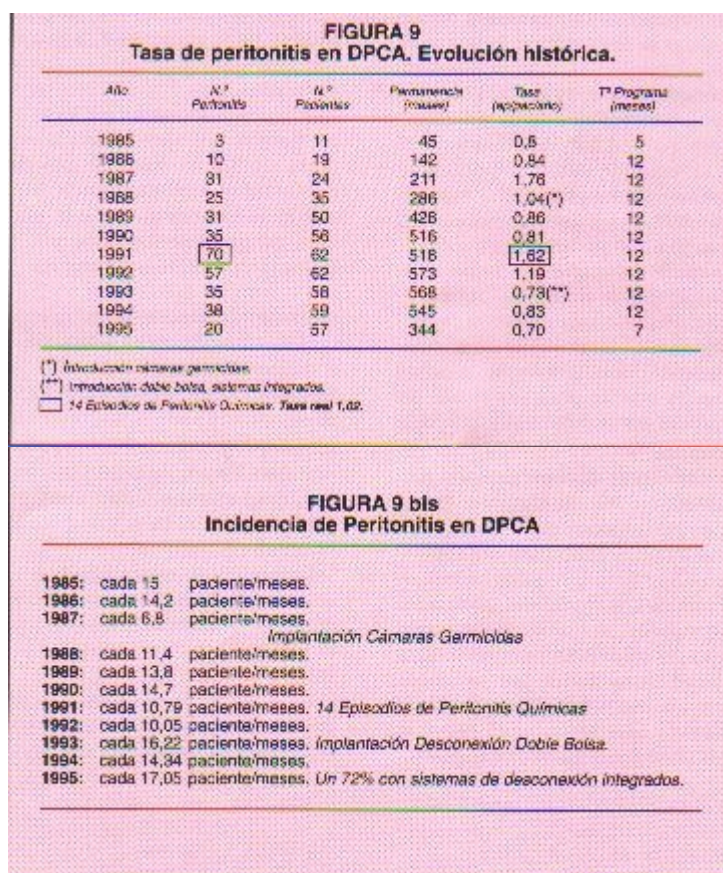
Protocolización:

- Tener protocolizados las diferentes técnicas y cuidados, nos permite disponer de unos criterios básicos para todo el personal que se relaciona con la DP.
- Los protocolos son fundamentales a la hora de valorar los resultados con criterios científicos y facilitan la realización de cualquier estudio o investigación.

Controles periódicos de los pacientes:

- Visitas domiciliarias: inicial, cada cuatro meses y ante cualquier incidencia que pensamos susceptible de resolver en el domicilio del paciente.
- Visitas del paciente al centro con una periodicidad que lo marca la situación clínica del paciente, siendo lo normal cada uno o dos meses. Esta visita está marcada fundamentalmente por la revisión del Nefrólogo (la realiza conjuntamente con la enfermería de DP), los controles analíticos programados y las exploraciones complementarias (TEP, mapa óseo, ECG...) necesarias en un momento determinado o con la periodicidad que indiquen los protocolos.





CONCLUSIONES

- Para el desarrollo de un programa de DP, es imprescindible contar con un personal de enfermería motivado. Su labor como entrenador/educador y contacto permanente con el paciente es insustituible.

Dentro de la relación paciente/enfermero-a nosotros destacamos la importancia de las visitas domiciliarias. Con nuestra experiencia de más de 1200 visitas realizadas al domicilio de nuestros pacientes, defendemos el que éstas se realicen periódicamente, en base a que nos aportan un mejor conocimiento del paciente y su entorno y conseguimos un mayor grado de confianza hacia nosotros, pues podemos darle una atención personalizada y fuera de contexto “sanitario/funcionario” que muchas veces nos impone el ritmo de trabajo en un hospital y que dificulta mejorar la imagen negativa que, en general, se ha tomado de los trabajadores de la Sanidad Pública.

Las visitas a domicilio nos permiten, así mismo, disponer de un tiempo precioso para poder realizar técnicas especiales como cambios de líneas, prolongadores de catéteres, pelado de manguitos extrusados, etc., que con un mínimo de medios se pueden realizar en el domicilio de los pacientes, en un ambiente más relajado y menos agresivo que el hospital, en cuanto a flora microbiana.

Las visitas domiciliarias son ideales para realizar las encuestas dietéticas, pues no vamos a encontrar mejor momento para que los datos que el paciente o su familia nos den sobre la ingesta de aquel, sean fáciles de

recordar y valorar, pues nos puede mostrar fácilmente la manera de preparar los alimentos y las medidas reales más usuales.

- La evolución de un programa de DP va a responder a la actitud que con respecto a la DP se tenga en el Servicio de Nefrología donde se instaure. Si se considera una técnica terapéutica en igualdad de condiciones a la HD y se dota de medios materiales y humanos adecuados, tendremos como resultado un Servicio de Nefrología potenciado, tanto en posibilidades terapéuticas como científicas en general.

La fluidez de relaciones con la consulta de Prediálisis, será básica en el desarrollo del programa de DP.

- Las técnicas modernas facilitan la extensión de la DP en sus diferentes versiones a una serie de pacientes que hasta hace poco se consideraban no aptos para DP.

La incidencia de peritonitis disminuye, pero en un programa abierto, en que la selección de pacientes es mínima, siempre existirá una incidencia de peritonitis que nos parecerá elevada.

La incidencia de peritonitis no es el único indicador de calidad de un programa de DP. La calidad de vida, la posibilidad de tratamiento a pacientes sin otra salida, las características de los pacientes a los que tratamos, etc., son factores que debemos valorar adecuadamente.

- Después de todo lo expuesto, es decir, el resumen de la experiencia de nuestros primeros diez años en DPCA, pensamos que la DP (en sus diferentes modalidades) es una técnica que se complementa con la HD, que para muchos pacientes es el tratamiento más adecuado y que no podemos concebir un Servicio de Nefrología moderno sin un programa de DP.

