

La diálisis peritoneal continua ambulatoria y su proyección a la comunidad

Ana Ma. Retana Ríos y Maricruz Pérez Hernández

Justificación

Al incrementarse la población nefrópata se ha tenido que dar más auge al programa de D.P.C.A., tanto personal médico y paramédico se prepara y actualiza para el tratamiento y manejo del paciente.

En 1980 se inició el manejo con 14 pacientes mensualmente. En 1983, 27 pacientes por mes. En 1985, 25 pacientes por mes. En 1987, 26 pacientes por mes. En 1988, 26 pacientes por mes. En 1989, 56 pacientes por mes.

La evolución histórica en relación con el descubrimiento de mejores diseños de material para la diálisis, ha permitido que el enfermo pueda ser incluido en alguno de los 4 Programas que existen en el Servicio de Nefrología para la atención de pacientes con insuficiencia renal crónica, éstos son: D.P.I., para pacientes candidatos a trasplante, D.P.C.A., Hemodiálisis y trasplante renal.

Dado que el tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica, es indefinido, de costo elevado, cupo limitado para su hospitalización; se vio la necesidad de crear un programa, en el cual la enfermera participe en forma activa, para que el enfermo lleve su tratamiento adecuado en su domicilio, sin riesgo de sufrir alguna complicación fuera del hospital, reintegrándolo a sus actividades normales durante un mayor tiempo.

Concientizando al paciente de su padecimiento y de la importancia del manejo en su hogar, es decir, que le va a permitir al enfermo, dializarse para llevar su vida lo mejor posible, esto significa que diálisis es "mejorar", descartando la idea que sólo va a vivir para dializarse, sino que puede realizar otras actividades.

Objetivos

1. Concientizar al paciente de su padecimiento y la importancia del manejo de su tratamiento en su hogar.
2. Enseñar al paciente como realizar la diálisis peritoneal

continua ambulatoria.

3. Proporcionar al paciente los medios y los conocimientos necesarios para llevar a cabo su tratamiento extrahospitalario.
4. Capacitar al enfermo para que lleve a cabo su vigilancia y control.
5. Adiestrar al paciente para que sea capaz de detectar las posibles complicaciones y determinar la conducta a seguir.
6. Lograr su rehabilitación e integración a su medio familiar y de trabajo.

Antecedentes históricos

El primer intento de diálisis fue hecho por Canter en 1923, resultando con poco éxito, debido a que las impurezas se extraían con poco éxito, debido a que las impurezas se extraían de la sangre muy lento por falta de tubos adecuados y de la preparación de soluciones adecuadas, ocasionándose inevitablemente infecciones de peritoneo.

En 1951, Grollman practica en perros, extirpandoles ambos riñones, dejando líquido de diálisis en cavidad, el cual se reemplazaba cada 8 horas por una nueva solución, demostrando que se podía prolongar más la vida que con tratamiento intermitente.

El trabajo de pioneros de Kasker y de Tenckhoff demostraron que sí se podría hacer.

En la última década Popovich y Moncrief en el año de 1977, demostraron un enfoque totalmente diferente, razonando que se podría dializar al paciente continuamente sin afectarlo, calculando los porcentajes de extracción necesaria de agua e impurezas halladas en la orina.

Oreopulos, mejoró la técnica al usar solución de diálisis al 1.5%, la aceptación entre los pacientes fue notablemente buena.

Ambas autoras: Departamento de Enfermería, Hospital de Especialidades, Centro Médico "La Raza", Instituto Mexicano del Seguro Social.

Hasta hace un decenio la atención que se le brindaba al enfermo con IRC en el Instituto Mexicano del Seguro Social, sólo se utilizaba catéter rígido conectado a dos frascos de vidrio, con Equipo en "Y" favoreciéndose la peritonitis, siendo esta complicación el primer lugar en infecciones intrahospitalarias, el promedio de vida era de dos años.

A nivel nacional en 1978, se organiza el primer simposio del C.P.C.A. en Chapala, realizando así, la difusión y expansión de este tratamiento a nivel nacional e internacional.

En el H.E.C.M.R., se inició la aplicación de catéter Tenckhoff, en 1979.

En enero de 1980, se inicia el primer programa D.P.C.A. a nivel nacional, se inicio con 4 pacientes, entre ellos el señor Alfredo Cariño Pacheco, quién actualmente permanece en el Servicio atendándose en condiciones generales estables.

Conceptos

D.P.C.A. significa Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, conocido internacionalmente con las siglas inglesa de C.A.P.D. Es uno de los programas de tratamiento a pacientes con insuficiencia renal crónica en el cual el enfermo lleva a cabo el procedimiento de dializarse en su domicilio, realizando de 3 a 5 cambios de bolsa de solución de diálisis diariamente a través de un catéter Tenckhoff permitiéndole hacer sus actividades lo más normalmente posible.

1. Para realizar este programa se requiere de un equipo multidisciplinario integrado por:

- a) Médico especialista en nefrología.
- b) Psicólogo.
- c) Dietista.
- d) Trabajadora social.
- e) Dos enfermeras generales con "experiencia", en el manejo de pacientes con padecimientos renales.

Siendo necesario contar con un área de entrenamiento con el siguiente equipo: pizarrón, reposet, proyector de películas, lavabo, mesa de Pasteur y material didáctico.

2. Área de pacientes complicados. Esta debe contar con una cama con toma de oxígeno y succión, anaquel con medicamentos de urgencia, soluciones y equipo.
3. Área para consulta médica con escritorio y archivo.
4. Área para el cambio de línea de transferencia que cuente con una cama, buró, mesa puente, un gleiro, banco de altura y lámpara de pie.
5. Área para almacén, para material que se proporciona al paciente, un baño completo con regadera, lavabo y wc.

Protocolo

Los pacientes que acuden a la Unidad de Nefrología han sido ingresados a un protocolo en el cual son valorados por diversas especialidades y de acuerdo a sus resultados son integrados a uno de los programas de diálisis.

Los parámetros que se toman en cuenta para el Programa del D.P.C.A. son los siguientes:

1. Ausencia de trastornos mentales.
2. Aceptación de su padecimiento.
3. Solvencia económica para mantenerse en buenas condiciones de higiene y alimentación.
4. Estructura familiar que le proporcione apoyo emocional.
5. Integridad física.

En resumen, se lleva una valoración de las 4 áreas:

- a) Médica.
- b) Psicológica.
- c) Nutricional.
- d) Social.

Medidas y acciones de enfermería

Las acciones del personal de enfermería se resumen en 3 etapas:

1. Evaluación y educación de pacientes que son candidatos para D.P.C.A.

Esto consiste en conocer al paciente que ha sido propuesto para el programa a través de presentación clínica. Realizar entrevistas al paciente, durante su hospitalización con el objeto de conocer su integridad física, familiar, sus hábitos higiénicos, estado emocional, funcionamiento de catéter, etc. Investigar con el personal que lo maneja sobre la aceptación de su padecimiento y su disciplina dentro del Hospital. La Enfermera, le proporciona la primera información acerca del programa, lo cual permite que el paciente decida aceptar o rechazar esta terapia. Le informa de los derechos, responsabilidades y de las complicaciones que se pueden presentar. La enfermera debe evaluar la capacidad del aprendizaje del paciente, así como la aptitud al asumir la responsabilidad de llevar su tratamiento.

2. Establecimiento de un programa de educación.

Determinar las necesidades de los pacientes, establecer objetivos, plan y desarrollo de enseñanza, evaluación y eficiencia del enfermo. Dicho programa le permitirá entender su padecimiento para ser capaz de realizar la diálisis y otros tratamientos en su hogar. Se lleva un control del programa en una libreta que maneja el paciente y la enfermera, se continua con el manejo de la cédula de evaluación para hacer anotaciones de las habilidades y fallas que presente el enfermo durante el entrenamiento,

anota indicaciones de algún cambio.

3. Apoyo a largo plazo y seguimiento de los pacientes externos.

Después del entrenamiento y durante el período de adaptación, se lleva un control semanal durante un mes, cada 15 días con exámenes de laboratorio. Posteriormente se integra a un grupo para su control médico cada 2 meses con exámenes de laboratorio. Si el paciente presenta peritonitis frecuentes, se efectuará una visita domiciliaria por paciente que lleve su tratamiento adecuadamente; se dá un reentrenamiento durante una semana para solucionar su problema. Se motiva al paciente para su ingreso al programa y su integración al Club "Hermandad Renal", que está formado por pacientes del mismo programa.

Cuando el paciente abandona el tratamiento, se solicita la intervención de la trabajadora social para su localización y conocer las causas que lo obligaron a desertar, tratando de dar una posible solución.

Conclusiones

1. El descubrimiento del catéter blando permanente ayudó notablemente a prolongar más la vida, evitar punciones traumáticas, crear 2 tipos de programa de diálisis D.P.I. y D.P.C.A. los cuales ayudan a que se prolongue más la vida de 3 a 5 años o más.
2. El D.P.C.A. permite que el paciente recupere o lleve una vida lo más normal posible.
3. Un programa del D.P.C.A., amerita una organización específica de un equipo de personal disciplinario y de una área física para el entrenamiento.
4. Deben establecerse reglamentos de disciplina para mantener un orden y armonía entre el paciente y el personal.
5. Planear un programa educativo para cada paciente.
6. Llevar un control de los pacientes enfermos hospitalizados y los que acuden espontáneamente con múltiples problemas.
7. D.P.C.A. permite que algunos pacientes se integren a su trabajo, que lleven una mejor alimentación tanto en calidad como cantidad.
8. Dentro de los exámenes de laboratorio, la química sanguínea se mantiene relativamente más usable.
9. No se requiere de máquinas eléctricas, ni de ayudantes, lo cual favorece a tener mayor libertad y autosuficiencia del paciente.
10. La enfermera, por ser la persona que está más en contacto con el enfermo, es quien puede decidir si el paciente es buen candidato a proponer para otro programa.
11. Por eso es importante la valoración médica psicológica y de enfermería, observando que en algunos pacientes la

fase depresiva es el factor que está provocando esta complicación, en otros la colonización del catéter Tenckhoff es la causa de la infección y en la mayoría de los pacientes la modificación de la técnica del cambio de bolsa es lo que repercute en su salud. Aquí la labor de la enfermera, será revisar la técnica y reentrenar al paciente si es necesario.

12. En paciente diabético se ofrece un mejor control de glicemia.

13. El efecto de cada función sexual no ha sido estudiado a fondo; se concluye que pacientes menores de 50 años pueden tener relaciones sexuales sin dificultad.

14. Durante el periodo de adaptación (un año), debe vigilarse más estrictamente al paciente para que el promedio de vida se prolongue.

15. Una de las ventajas del D.P.C.A. es que permite la realización de viajes sin que se deje de llevar el tratamiento.

Bibliografía

1. Travenol. "Entendiendo la insuficiencia renal y la diálisis peritoneal". Programa de educación continua para el personal médico y de enfermería. Libro 1E.
2. Travenol. "El concepto de la diálisis peritoneal ambulatoria continua". Programa de educación continua para el personal médico y de enfermería. Libro 2E.
3. Travenol. "Cómo hacer diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD)". Programa de educación continua para el personal médico y de enfermería. Libro 3E.
4. Travenol. "Personal e instalaciones requeridas para los pacientes en la diálisis peritoneal ambulatoria continua". Programa de educación continua para el personal médico y de enfermería. Libro 4E.
5. Travenol. "Manejo de enfermería y educación del paciente en la diálisis peritoneal ambulatoria continua". Programa de educación continua para el personal médico y de enfermería. Libro 5E.

