

CUMPLIMIENTO DE LA TECNICA DE DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA POR PARTE DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Lic. V. Mosquera, M. Grosman, Dres. M. Adragna, J. Ibañez, Enfs. G. Hernandez, S. Maldonado

INTRODUCCION

La Diálisis Peritoneal Crónica (DPC) es el tratamiento de elección para los niños con enfermedad renal crónica (ERC) que requieren diálisis. Esta técnica ha demostrado alta efectividad no solo en el objetivo fisiológico que se busca, sino que ha permitido abrir la puerta para un mejor estilo y calidad de vida, tanto para el niño bajo tratamiento como para su familia, favoreciendo así la reinserción social, familiar, escolar y proporcionando una mayor autonomía¹.

El entrenamiento de la técnica a los padres por parte del personal de enfermería es fundamental para asegurar la realización adecuada del procedimiento con el fin de minimizar las complicaciones infecciosas.

Dentro de las técnicas depurativas más usadas en nuestro servicio encontramos dos modalidades: 1) la diálisis con técnica manual que es el primer tipo de técnica dialítica usada en pacientes crónicos que consiste en infundir un volumen determinado, dejarlo un tiempo aproximado de 6 hs tras lo cual se drena en otra bolsa y se vuelve a repetir el ciclo, (generalmente se realizan 4 conexiones y desconexiones). En cada ciclo, la bolsa desechada se pesa y se calcula la diferencia con respecto al volumen infundido, obteniéndose el volumen de ultra filtrado obtenido en ese "baño", técnica que conlleva a potenciales riesgo de infecciones relacionadas al manipuleo. La otra modalidad, es la diálisis con técnica cicladora que consiste en una máquina a la cual se le programa el volumen, número de baños, la duración de cada uno y de la terapia total. La máquina calienta el líquido a 37°C y al final de la terapia indica la ultrafiltración total obtenida en ese tratamiento. Requiere una sola conexión al inicio y una desconexión al final del tratamiento, lo cual constituye un menor riesgo de infecciones para el niño bajo tratamiento.

La peritonitis continúa siendo la complicación infecciosa más frecuente en niños que realizan DPC. En los últimos años su incidencia ha disminuido gracias a la introducción de nuevos materiales descartables con un sistema de tubuladura cerradas, así como la utilización de catéter con doble cuff, sitio inserción y cuidado del sitio de salida del mismo, y detección y tratamiento de portadores de *Staphylococcus aureus*². Estos cambios beneficiaron principalmente a la población adulta, en cambio en pediatría sigue siendo un problema serio. Evaluar periódicamente la técnica de realización de la diálisis e identificar errores corregibles han disminuido los riesgos de infección.

OBJETIVO

- Evaluar el cumplimiento de la técnica manual (TM) y de cicladora (TC) de los operadores/padres de los niños que realizan DPC en el Hospital Garrahan.
- Determinar los errores más frecuentes en ambas técnicas.
- Determinar el momento oportuno de realizar el re entrenamiento.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio observacional de corte transversal, en 14 operadores de niños enrolados en el programa de DPC del Servicio de Nefrología, Sector de Diálisis Peritoneal, del Hospital Garrahan durante el mes de Febrero de 2015.

Población

Estuvo constituida por padres de los niños con ERC que forman parte del Programa de Diálisis Peritoneal Crónica del Hospital J. P. Garrahan en la actualidad: 14 operadores (9 madres, 4 padres, 1 paciente adolescente que se realizaba el procedimiento a sí misma).

Criterios de inclusión: todos los operadores bajo el programa de DPC realizando diálisis diaria.

Servicio de Nefrología.
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

de la población estudiada registró técnica perfecta (4 con TM y 1 TC). De las 12 observaciones restantes, solo 2 casos (11,76%) mostraron cumplimiento mínimo, ambas con TC. Es decir que solo 7 evaluaciones (41%) presentaron cumplimiento de la técnica de diálisis peritoneal continua (TDPC) y 10 evaluaciones no alcanzaron el mínimo requerido (59%). (Figura 1).

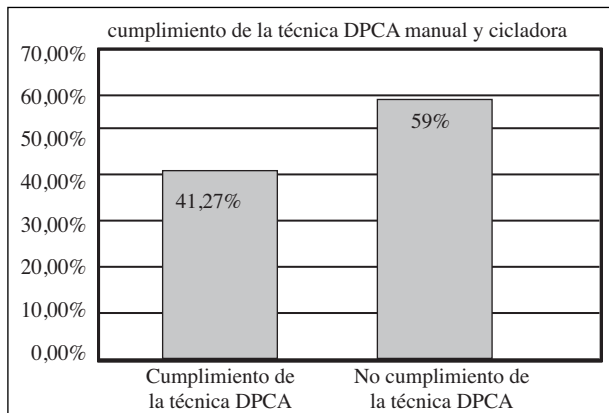


Figura 1: cumplimiento de la técnica dialítica manual y cicladora.

Con respecto a los errores más frecuentemente observados en nuestra serie de estudio se encontraron: no adherencia al lavado de manos en un 30% para ambas técnicas, siendo más frecuente el no uso del barbijo en la Técnica Cicladora y el mal lavado de manos en la Técnica Manual.

DISCUSION

La DPC es el método dialítico de elección en los niños con ERC en espera de un trasplante renal. Es especial para niños pequeños porque realiza la eliminación de solutos y agua en forma lenta y por lo tanto más fisiológica, evitando depleciones bruscas que pueden descompensar al paciente. Las dietas son más liberadas. Hay una mayor conservación de la función renal residual. Mejora el control de la tensión arterial y la anemia. Fácil de efectuar, por lo que los padres pueden realizarla a sus hijos o los pacientes adolescentes a sí mismos. No requiere accesos vasculares ni un equipamiento complejo. Socialmente, los pacientes pueden vivir alejados de los centros médicos y concurrir mensualmente a los controles y disminuye la deserción escolar¹.

Desde 1990, el Servicio de Nefrología del Hospital de Pediatría Garrahan ha venido desarrollando el Programa de Diálisis Peritoneal Crónica, acompañando el tratamiento de 148 familias. Se compone de un equipo multidisciplinario que incluye enfermeras, médicos, nutricionistas, asistentes sociales, psicólogos, etc.

Las enfermeras tienen entre otros, el rol fundamental de la docencia hacia estas familias. Desde las consideraciones higiénicas hasta el entrenamiento. Como en otros centros del mundo², una enfermera designada realiza la tarea docente con un mismo criterio, lo que favorece la empatía y la confianza entre la familia y el equipo. Los encuentros son diarios, por espacio de 1 a 2 hs. según las

posibilidades de atención y las habilidades que presenten los operadores (aproximadamente 30 a 40 hs).

Si bien algunos autores consideran que las estrategias educativas exponenciales y las experimentales son igualmente eficaces³, en nuestro caso se utiliza una educación mayormente participativa, con poco componente exponencial, con un idioma sencillo y directo.

Los resultados de estas 17 evaluaciones realizadas por 14 operadores de niños bajo tratamiento dialítico ambulatorio, mostraron un importante número de operadores que no reunían los cumplimientos de criterios de "cumplimiento mínimo" de la técnica.

Las causas que llevaron a la no adherencia al cumplimiento de la técnica probablemente incluyen la relajación y el cansancio del operador. La mayoría son operadores solitarios, generalmente madres. El nivel intelectual tiene un gran peso el plan de entrenamiento según algunos autores^{2,4}, pero para nosotros no ha sido una variable a examinar ya que no lo consideramos no es una barrera para aprender la técnica dialítica. A veces los operadores tienen poco conocimiento de lectoescritura pero pueden entender operaciones simples de suma o resta.

Con respecto a los programas de reentrenamiento, algunos estudios demuestran que su realización en forma normatizada no sería necesaria⁵, desde el Servicio de Nefrología del Hospital Garrahan y en base a nuestra amplia experiencia en esta terapéutica consideramos que un reentrenamiento a los 12 meses puede mejorar significativamente las habilidades y destrezas del operador impactando en mayor calidad de vida.

CONCLUSIONES

El 59% de las evaluaciones realizadas en nuestra serie, no se observó el cumplimiento mínimo requerido de las técnicas dialíticas ya se técnica manual o cicladora.

Consideramos que un programa de reentrenamiento a los operadores de los niños bajo tratamiento a los 12 meses será conveniente para disminuir los errores, mejorar la técnica y evitar complicaciones futuras que aumenten la morbilidad.

Será objetivo del servicio de nefrología desarrollar una línea de investigación tendiente a evaluar los índices de las infecciones relacionados al incumplimiento de las técnicas de los niños bajo tratamiento de técnicas de purativas.

REFERENCIAS

1. Warady B, Schaefer F, Alexander S. (2012). *Pediatric Dialysis*, second edition, London.
2. Warady B, Bakkaloglu S, Newland J, Cantwell M, et al. (2012). Consensus guidelines for the prevention and treatment of catheter-related infections and peritonitis in pediatric patients receiving peritoneal dialysis: Update. *Peritoneal Dialysis International*. 2012; 32: 532-586.
3. Muñoz E, Sánchez A. (2003). Diálisis peritoneal domiciliaria pediátrica. Programa docente. *Soc Esp Enferme Nefrol* 6 (4) 233-237.
4. Gómez Castilla A, Ojeda Guerrero MA. (2010). Influencia de la complejidad del plan de entrenamiento en la valoración del conocimiento del proceso de diálisis peritoneal. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 13:120-5.
5. García Meza, W. J. M., Carrillo Cervantes, A. L., Villarreal Reyna, M. D. L. Á., & Delabra Salinas, M. M. (2015). Conocimiento teórico y apego al procedimiento de diálisis peritoneal del paciente o su familiar. *Enfermería Nefrológica*, 18(2), 130-136.