

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

ZARAGOZA



LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR PERITONITIS EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN UN HOSPITAL
PEDIÁTRICO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTAN

**GALINDO JUÁREZ MARILIN MISHHELLIN
PEÑA JIMENEZ ANA ROSA**

DIRECTORA DE TESIS

LIC. BEATRIZ CARMONA MEJÍA

México D.F, a Marzo de 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

	Introducción	
1.-	Justificación	1
2.-	Marco Teórico	3
2.1.-	Antecedentes de diálisis	3
2.2.-	Diálisis peritoneal	7
2.3.-	Requisitos mínimos para la unidad de diálisis	15
2.4.-	Normatividad	17
2.4.1.-	Cruzada Nacional por la calidad en los servicios de salud	17
2.4.2.-	12 acciones de seguridad del paciente	18
2.4.3.-	Infecciones nosocomiales	20
2.4.3.1.-	Lavado de manos	20
3.-	Planteamiento del problema	22
4.-	Objetivos	24
5.-	Hipótesis	25
6.-	Metodología	26
7.-	Operacionalización de variables	29
8.-	Recursos	34
9.-	Aspectos éticos legales	35
10.-	Resultados	40
11.-	Análisis	63
12.-	Conclusiones	68
13.-	Referencias	71
14.-	Anexos	73

INTRODUCCIÓN

La presente tesis fue realizada con la finalidad de conocer los factores de riesgo que propician la aparición de peritonitis en pacientes del servicio de nefrología del Hospital Pediátrico Iztacalco (HPI), para, con base en los resultados proponer medidas preventivas adecuadas que disminuyan la incidencia de dicha complicación, con lo cual garantizar una atención de calidad, mejora en la condición de vida de los pacientes y reducción de costos institucionales.

Los factores de riesgo fueron medidos con base a dos instrumentos previamente validados y la información recopilada fue analizada por medio del programa estadístico SPSS, se tomo en cuenta la normatividad para el buen funcionamiento de una unidad de diálisis, y 12 las acciones de seguridad del paciente, lo que permitió tener un panorama amplio acerca de las implicaciones de cada uno de los factores de riesgo en la aparición de los casos de peritonitis.

Se pudo concluir que los factores de riesgo más determinantes son los que tienen que ver con la falta de cumplimiento del personal de enfermería en los procesos que determinan la esterilidad de la técnica de diálisis peritoneal, así como el nivel económico y de escolaridad tanto del paciente como de su cuidador primario, ya que con ello se limita la prevención y detección oportuna que a su vez conlleva a la resolución oportuna del problema.

1.- JUSTIFICACIÓN

El HPI es un Hospital gubernamental que brinda atención de segundo nivel a la población pediátrica , en él se encuentra el servicio de Nefrología que cuenta con un programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC).

El servicio de nefrología cuenta con 11 camas sensables y en el programa se encuentran inscritos 16 niños cuyas edades oscilan entre los 5 y 17 años de edad. Por día se mantiene en el servicio un porcentaje de ocupación entre el 45 y 55% de (7 a 9 pacientes).

Cada niño inscrito en el programa acude al servicio de 2 a 3 veces por semana y permanece en hospitalización 24 horas para recibir 16 baños dializantes. El número puede variar de acuerdo a su estado de salud.

En lo que concierne al HPI, este no cuenta con un programa formal ó guía de educación para la salud, tanto para el paciente como para su cuidador primario, (en la mayoría de los casos es uno de los padres), El conocimiento que cada uno posee sobre su padecimiento, tratamiento y auto cuidado es el adquirido durante el transcurso del tiempo en su estancia hospitalaria.

Debido a que el buen estado de cada paciente es en gran medida responsabilidad de él y de su cuidador, compete al personal de enfermería brindar el conocimiento que les ayude a lograrlo.

Actualmente no se cuenta con una guía que ayude a prevenir la aparición de peritonitis asociadas a diálisis en pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica del HPI.

Los pacientes que ingresan al servicio de Nefrología no reciben capacitación acerca de su auto cuidado ni cuentan con una guía que los capacite para llevar a cabo su tratamiento en casa.

Por lo antes señalado se elaboró la siguiente investigación para identificar la frecuencia de algunos factores de riesgo para la aparición de peritonitis durante la atención a los pacientes con diálisis peritoneal del hospital.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES DE LA DIALISIS PERITONEAL

Probablemente los egipcios hayan sido los primeros en describir la cavidad peritoneal 3.000 años a. c., encontrándose escritos en el Papiro de Eberth. A nivel internacional el primer intento de diálisis fue realizado en 1923 sin mucho éxito debido a que las soluciones infundidas no eran capaces de filtrar adecuadamente los desechos tóxicos de la sangre, esto aunado al hecho de que las técnicas utilizadas inevitablemente causaban infecciones peritoneales.

Para 1951 a partir de diversos experimentos realizados por Groollman, se demuestra que el dejar en cavidad líquido dializante por intervalos de unas cuantas horas para después sustituirlo por solución nueva proporcionaba un prolongamiento de la vida, estos estudios fueron mejorados por Kasker y Tenckhoff. En 1947 Palmer creó con ayuda de Quinton, el primer catéter permanente de silicona con un sello en el sitio de salida, y lo implantó con túnel subcutáneo largo. Más tarde fue modificado por Tenckhoff colocando dobles manguitos de Dacron y en la actualidad sigue siendo uno de los catéteres más utilizados.

Desde 1940 hasta 1960 se utilizó la modalidad únicamente en su forma intermitente y para tratamiento de la insuficiencia renal aguda. En 1962 Boen inició el diseño de equipos automáticos y comenzó a tratar con diálisis peritoneal intermitente a pacientes crónicos sobre todo a partir de 1965. Hasta que en 1977

se establecen las concentraciones exactas para la solución dializante, lo que mejora considerablemente la técnica.

En lo que respecta al ámbito nacional, es 1979 cuando se inicia con la instalación de catéter Tenckhoff para dar inicio en 1980 al primer programa DPCA. Los fracasos más grandes ocurridos en la década de los ochenta en los programas de DPCA fueron aquellos en donde, sin conocimiento básico del binomio paciente - diálisis peritoneal, se procedió a la instalación de catéteres, al entrenamiento de los propios pacientes y a enviarlos a sus domicilios sin un programa multidisciplinario de diálisis peritoneal ambulatoria.

Cerca del 50% de las complicaciones y errores en la diálisis peritoneal son los procesos infecciosos; los factores que participan son múltiples. La peritonitis se considera todavía la complicación más importante en la DPCA.

En una encuesta nacional realizada en 1992 por el Instituto Mexicano del Seguro Social, se detectó una prevalencia de 200 pacientes por millón de habitantes tratados con diálisis peritoneal.

En 1993, BAXTER colaboró en un estudio prospectivo, aleatorio y multicéntrico para comparar la incidencia de peritonitis con el uso de varios sistemas para DPCA. Dicho estudio fue realizado en México, por el Grupo Colaborativo Mexicano para estudios nefrológicos.

En el estudio participaron 12 centros hospitalarios del IMSS, del ISSSTE y de la SSA; se incluyeron 147 pacientes incidentes en DPCA que aleatoriamente fueron distribuidos en tres grupos:

- Convencional de espiga.
- Básico en Y.
- Bolsa Gemela.

Después de la aleatorización, los grupos fueron similares en edad, sexo, peso corporal, estado nutricional e incidencia de Diabetes Mellitus. El periodo de seguimiento del estudio fue de 12 meses.

La incidencia de peritonitis resultó significativamente menor en los pacientes que emplearon bolsa gemela con un episodio cada 25 meses por paciente (1:25), en aquellos con sistema básico en "Y" se registro un caso cada 12 meses (1:12) y con sistema convencional un episodio cada 6 meses (1:6).

La sobrevida libre de infección al año fue de 29 % para el grupo tratado con sistema convencional, 54% para el de básico en "Y" y 75% para el de bolsa Gemela.

Por otra parte, según el estudio publicado en 2006 por Meza Pastrana sobre factores de riesgo de peritonitis recurrente en pacientes pediátricos con IRC en DPCA, el germen más frecuentemente encontrado en los casos de peritonitis dentro de una población estudiada en un periodo de 6 años fue *S. aureus*, que corresponde a la flora normal de la piel y menciona como un factor importante para la recurrencia de peritonitis el nivel económico, pues para que un programa

de diálisis sea llevado a cabo con eficacia se requiere de orientación y educación del paciente en los aspectos higiénicos, área habitacional ideal y nutrición.

De acuerdo a lo expuesto por Tornay Muñoz en su programa docente para DP domiciliaria pediátrica, generalmente la madre se convierte en el cuidador primario del paciente pediátrico y es de suma importancia que sean capacitadas para que conozcan a detalle todo lo que tiene que ver con Diálisis Peritoneal y con ello lograr un tratamiento efectivo y la reducción de complicaciones. Tornay menciona que el cuidador primario debe ser capaz de:

- Efectuar la técnica y tratamiento correctamente.
- Efectuar los cuidados del orificio de salida del catéter peritoneal adecuadamente.
- Detectar complicaciones, tomando la determinación y medidas convenientes.
- Mantener una higiene idónea tanto de sí mismo, como del paciente, de la zona de intercambios y del resto del domicilio.
- Identificar los signos de alarma del padecimiento de acuerdo a su comprensión.
- Identificar los alimentos recomendados, prohibidos y permitidos con moderación.

Tornay Muñoz identifica como primordial obstáculo el nivel educativo, ya que si las madres de los pacientes son analfabetas es necesario un asesoramiento extra y algunas veces la colaboración de más personas que ayuden a hacer más fácil el aprendizaje, aparte de que se requiere mayor tiempo para el dominio de los temas.

2.2.- DIÁLISIS PERITONEAL

La diálisis peritoneal consiste en introducir líquido dializante (consiste en una solución electrolítica de composición similar al plasma, compuesta por sodio 136-146 mEq/ml, potasio 0 a 3 mEq/ml, cloro 96-115 mEq/ml, magnesio 1-1.5 mEq/ml, calcio 2.5-3.5 mEq/ml, glucosa 200-250 mg/dl) a la cavidad peritoneal, utilizando el peritoneo para filtrar y limpiar la sangre. El peritoneo es una membrana delgada y semipermeable que se encuentra en el interior del abdomen; recubre y mantiene en su lugar a los diferentes órganos. Durante la diálisis peritoneal, los desechos y el exceso de agua se eliminan de la sangre al pasar por el peritoneo.

1. Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA)

En esta modalidad de diálisis el líquido siempre se encuentra dentro del peritoneo limpiando la sangre en forma continua y permitiendo al paciente realizar sus actividades y moverse libremente.

La DPCA es una terapia que se realiza manualmente, la gran mayoría de los pacientes requieren 4 cambios por día, los 7 días de la semana. Cada cambio tiene 3 pasos:

1. Drenaje: extraer el líquido de la cavidad peritoneal por gravedad.
2. Infusión: introducir la solución de diálisis nueva en la cavidad peritoneal, a través del catéter.

3. Permanencia: período en el que el líquido de diálisis permanece dentro de la cavidad peritoneal.

2.- Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA)

Se realiza de manera nocturna mediante el uso de una máquina cicladora, la cual controla el tiempo de los cambios, drena la solución utilizada e infunde solución nueva al peritoneo. Asimismo, la máquina está diseñada para medir cuidadosamente la cantidad de fluido que entra y sale del peritoneo.

La principal modalidad de la DPA es la Diálisis Peritoneal Continua Cíclica (DPCC) en la cual el paciente no drena el último cambio que se infundió por la noche, sino que permanece en la cavidad peritoneal durante todo el día y al iniciar la terapia nuevamente lo drena; obteniendo una mejor depuración.

TÉCNICAS PARA COLOCACIÓN DE CATÉTER

1.- Técnica ciega: consiste en realizar una disección de la piel y el tejido subcutáneo, a través del cual se introduce el catéter con una guía, el catéter es fijado con puntos de sutura a la piel. Para comprobar su correcta localización, se realizará una radiografía de tórax-abdomen.

2.- Técnica quirúrgica: se realiza en quirófano disecando tejido subcutáneo y abriendo la fascia anterior del músculo recto del abdomen, atravesando hasta llegar a la fascia posterior. Una vez visualizado el peritoneo se introduce el catéter dejando el extremo distal en el saco de Douglas.

TIPOS DE CATÉTER

- **Catéter de Tenckhoff:** es comúnmente de silicona y consta de 3 segmentos una porción **intraperitoneal** con perforaciones para facilitar el paso del líquido de diálisis del exterior a la cavidad peritoneal y viceversa. En esta porción la mayor parte de los catéteres tienen una tira radio opaca o son totalmente opacos a los rayos X y suele ser recta. La siguiente porción es **intra-mural ó subcutaneo** tiene uno o dos manguitos ó cuff de Dacron, estos provocan una respuesta inflamatoria que progresa, permitiendo el crecimiento del tejido fibroso y de granulación en un mes aproximadamente, favoreciendo la fijación del catéter. La porción que podemos ver una vez colocado el catéter, es la porción **externa**, donde se pone un conector para colocar el prolongador, apropiado al sistema que se va a utilizar. Existe catéter tenckhoff recto y tiene forma de espiral y es mejor conocido como cola de cochino.
- **Catéter de Toronto o T.W.H.,** tiene dos discos de silicona perpendiculares en el tramo final del catéter, para separar el epiplón y el intestino lejos de los agujeros del catéter.
- **Catéter de Lifecath,** presenta una angulación preformada de 90° en su posición subcutánea, que termina en dos discos separados por unas columnas. En la periferia del disco se produce la entrada y salida del liquido y como el área de este es grande el liquido sale y entra lentamente evitando la atracción del epiplón hacia el catéter.

- **Catéter Autoposicionante**, tiene la misma forma que un catéter de Tenckhoff pero con una modificación, en su extremo distal tiene un aumento del diámetro de unos 2 cm., que es un añadido de un peso de 12 gr. que favorece que el catéter este siempre en la parte inferior de la cavidad peritoneal, evitando el mal funcionamiento por desplazamiento.
- **Catéter de Missouri**, es similar al catéter de Tenckhoff pero presenta la misma fijación interna que el catéter de Toronto para que se desplace tiene una curvatura natural de 45°.
- **Catéter en Cuello de Cisne**: con un ángulo entre los dos dacron o cuff, facilitando la dirección de la porción intraperitoneal del catéter hacia la pelvis y la porción externa al salir exteriormente una dirección descendente.

PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL

La peritonitis es la principal complicación de Diálisis Peritoneal Ambulatoria tanto en la modalidad manual (CAPD) como en automatizada (APD). La infección tiene gran impacto en el pronóstico a largo plazo pues disminuye el tiempo de vida útil de la membrana peritoneal.

En muchos episodios de peritonitis la causa de infección no se conoce. La contaminación del dializante por las bacterias durante el cambio de la bolsa es probablemente la causa más común de peritonitis.

El diagnóstico de peritonitis se basa en tres elementos:

- **Síntomas y signos clínicos.**

Síntomas y signos en Peritonitis en DP (Alexander von Graevenitz, Clin Microb Rev, Jan 1992, pp 36-48)*

▪ Dolor abdominal difuso	70-80%
▪ Fiebre	35-60 %
▪ Náuseas	30-35%
▪ Vómitos	25-30 %
▪ Calofríos	20-25%
▪ Diarrea	< 10%
▪ Problemas de drenaje	15%
▪ Leucocitosis	30-45%
▪ Hemocultivos positivos	muy raros

Diagnostico:

- **Recuento celular del líquido peritoneal.**

Debe hacerse ante la presencia de líquido turbio cuyo estudio presente un recuento absoluto de leucocitos mayor. de 100 leucocitos por uL y un recuento diferencial con más 50% de polimorfonucleares. El porcentaje de polimorfonucleares es un indicador mucho más sensible de peritonitis que el recuento absoluto: El peritoneo normal tiene muy pocas células PMN por lo que una proporción > 50% sugiere fuertemente el diagnóstico aún si el recuento absoluto de leucocitos es < 100.

- **Cultivo de líquido peritoneal.**

Tinción de Gram: si es negativo no significa que no haya peritonitis. Sí puede ser predictor de infección por hongos lo cual significa iniciar de inmediato terapia antifúngica.

Cultivo: Un cultivo (-) no excluye el diagnóstico de peritonitis. Dependiendo de la técnica de siembra se puede tener un 5-20% de cultivos negativos. En niños, el 20% de los episodios de peritonitis pueden tener cultivo (-).

FISIOPATOLOGIA DE LA RESPUESTA PERITONEAL

El peritoneo es una membrana serosa, delinea todas las paredes internas de la cavidad abdomino-pélvica y cubre la mayor parte de las vísceras abdominales. La parte que recubre el interior de las paredes del abdomen se denomina peritoneo parietal, y la parte que cubre las vísceras se llama peritoneo visceral.

La serosa peritoneal se comporta como una barrera pasiva, semipermeable al paso del agua y sustancias de bajo peso molecular; esta cualidad es lo que ha permitido el empleo de la diálisis peritoneal en casos de insuficiencia renal. Durante el proceso de diálisis peritoneal las soluciones hiperosmolares pueden ocasionar un flujo de agua hacia la cavidad peritoneal entre 300 y 500 mL por hora.

El peritoneo recibe dos tipos de agresiones fundamentales durante la DP: la contaminación bacteriana y la exposición a líquidos de diálisis. La contaminación bacteriana puede causar una inflamación aguda (peritonitis). Las soluciones de diálisis facilitan las peritonitis y colaboran a la lesión crónica del peritoneo.

El desarrollo de una peritonitis infecciosa depende del equilibrio entre inoculo y capacidad de defensa peritoneal. La concentración de leucocitos peritoneales tiende a disminuir con el tiempo en DP.

Los macrófagos son los leucocitos más abundantes del peritoneo y representan la línea fundamental en la defensa peritoneal. La segunda célula más abundante es el linfocito T, cuyo papel en la defensa peritoneal está poco estudiado.

La peritonitis constituye un estado de inflamación aguda, con participación de las células mesoteliales, vasculares, intersticiales y leucocitos, que resultan activados y secretan mediadores de la inflamación. Distinguimos tres etapas en la inflamación peritoneal:

1. Reclutamiento y activación de leucocitos: La presencia de bacterias en el peritoneo activa a las células mesoteliales y macrófagos que secretan múltiples mediadores de inflamación
2. Daño tisular: La muerte y desprendimiento del mesotelio produce extensas zonas con ausencia de mesotelio, recubiertas de fibrina. El mesotelio normal tiene una secreción lubricante, una superficie no trombogénica y actividad fibrinolítica. El mesotelio lesionado pierde estas propiedades, y, predomina la actividad antifibrinolítica, lo que favorece el depósito de fibrina y las adherencias peritoneales.
3. Resolución de la inflamación y regeneración tisular: En pocos días se produce un descenso drástico del número de leucocitos, los neutrófilos son sustituidos por macrófagos y comienza el remodelamiento del peritoneo. La recuperación de la normalidad tisular puede tardar hasta tres meses. En ocasiones, fracasa la resolución de la inflamación contribuyendo a la lesión crónica del peritoneo.

PREVENCIÓN DE PERITONITIS

En base a un estudio publicado por la Revista Chilena pediátrica, en el 2008. Algunas de las recomendaciones para evitar las Peritonitis asociadas a Diálisis Peritoneal son:

- Utilizar un catéter Tenckhoff enroscado condoble cuff y tipo cuello de cisne (swanneck).
- Elegir según edad y peso: menor de 1 mes: 38,8 cm, infantil: 42 cm, adulto: 62,2 cm.
- Preferir instalación quirúrgica por cirujano experimentado, vía de abordaje y técnica quirúrgica según experiencia del cirujano.
- Si las condiciones lo permiten esperar un tiempo de cicatrización de al menos 2 semanas antes de usar el catéter.
- La orientación del orificio de salida debe ser hacia abajo (propia del catéter tipo swanneck).
- Los sistemas de desconexión (twin-bag) deben preferirse sobre los sistemas que impliquen espigar o puncionar las bolsas o matraces de diálisis (sistemas “abiertos”).
- La modalidad de diálisis automatizada NO ha demostrado categóricamente ser superior a la modalidad manual (CAPD) en la prevención de peritonitis.

2.3.- REQUISITOS MÍNIMOS PARA LA UNIDAD DE DIÁLISIS

1.- Sala de entrenamiento. Debe contener todos los elementos necesarios para la enseñanza de la técnica y el desarrollo del auto cuidado por parte de los pacientes.

- Lavabo.
- Báscula.
- Calentador de bolsa.
- Báscula para pesar bolsas.
- Tripie.
- Sillas.
- Mesa de demostración.
- Reloj.
- Material de curación.
- Camilla o cama.
- Almacén pequeño de material de DPCA.
- Estetoscopio y baumanómetro.
- Material de docencia: gráficos, folletos, vídeo, etc.

2.- Sala de intervenciones. Espacio donde se colocan y retiran los catéteres. El equipamiento debe ser similar al de un quirófano de cirugía ambulatoria programada.

3.- Sala de atención a los pacientes. Espacio multifuncional destinado a la exploración y cuidados médicos o de enfermería que los pacientes requieran. En esta zona se realizarán los cambios de DPCA, debe disponer del mismo equipamiento que una sala de entrenamiento, material para muestras biológicas, carro de curaciones y una pequeña farmacia con aquellos medicamentos más utilizados.

4.- Sala de espera. Donde permanecen los pacientes y sus acompañantes hasta que son atendidos por el personal de la Unidad.

5.- Séptico. Destinado al almacenaje de los elementos sucios.

6.- Almacén. Zona destinada al almacenaje de los materiales y productos requeridos para la realización de la DP.

7.- Archivo de historias clínicas. De fácil y rápido acceso para el personal de la unidad.

2.4.- NORMATIVIDAD

2.4.1.- CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Los esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud se remontan a finales de la década de 1950, cuando se iniciaron las primeras auditorías médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Entre 1985 y 1986 destaca la implantación de los primeros círculos de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología de la SSA. Sin embargo, es en la década de los noventa cuando es posible identificar un verdadero movimiento hacia la calidad de los servicios.

En la segunda mitad de la década se establece la Unidad de Organización y Calidad que posteriormente sería elevada al nivel de Dirección; con la implantación del Plan Integral de Calidad (PIC), el Premio IMSS de Calidad, el sistema de encuestas de satisfacción y estudios de percepción de los derechohabientes.

En la Secretaría de Salud se inició en 1997 el Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica, incluyendo la primera evaluación del nivel de calidad en la historia de esta institución, así como la capacitación de cientos de directivos y personal de dichas unidades. La Secretaría de Salud impulsó también la certificación de los hospitales junto con el Consejo de Salubridad General en 1999.

Una de las iniciativas más importantes de la Secretaría de Salud en esta materia fue la creación en 1996 de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el desarrollo de sus homólogas en varios Estados de la República. Durante la segunda mitad de la década de 1990, los servicios médicos de PEMEX y del ISSSTE desarrollaron esfuerzos que revelan el interés del sector público en mejorar la atención a sus derechohabientes.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 que se identifica a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como una de las cinco estrategias sustantivas para hacer frente a los retos que el Sistema de Salud mexicano enfrenta. La Cruzada fue diseñada en base a experiencias, documentales y testimoniales de trabajadores de la salud reconocidos (del IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud), con las opiniones y validación de un Consejo Asesor.

Por otra parte, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 menciona como uno de sus objetivos el brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.

2.4.2.- 12 ACCIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Es en 1999 que se publica el libro “Herrar es humano” por el Instituto de Medicina de EEUU en el que se menciona que entre 44000 y 98000 americanos mueren cada año por errores atribuibles a la atención médica, todos ellos prevenibles.

A partir de esta publicación surge la inquietud por parte de los prestadores de atención en materia de salud en todos los niveles; y surge a nivel internacional el término Seguridad del Paciente, como una reflexión sobre el tipo de atención medica que se proporciona.

Entendemos como Seguridad del Paciente al conjunto de condiciones que garantizan que un enfermo estará al resguardo de padecer nuevos problemas de salud, independientes del que lo condujo a buscar ayuda médica.

Según la agencia para la calidad e investigación en Salud de los Estados Unidos se entiende por seguridad del paciente al “conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención medica a lo largo de enfermedades y procedimientos”.

Las medidas de seguridad del paciente son las siguientes:

- 1.- Identificación de paciente
- 2.- Manejo de medicamentos
- 3.- Comunicación clara
- 4.- Uso de protocolos y/o manejo de guías diagnósticas y terapéuticas.
- 5.- En cirugías y procedimientos las “C” solo son cuatro
- 6.- Caída de pacientes
- 7.- **Infecciones nosocomiales**

Es preciso identificar a los pacientes, que por sus condiciones, tiene mayor riesgo de contraer infecciones. Por otro lado, un aseo de manos, así como otras medidas especificas para evitar la transmisión de infecciones,

constituyen medidas fundamentales cuya omisión puede significar un grave daño a la integridad de los pacientes.

- 8.- Factores humanos
- 9.- Co-corresponsabilidad del paciente respecto a su enfermedad y tratamiento.
- 10.- Clima de seguridad para el paciente.
- 11.- Metodología para el reporte, seguimiento y corrección de eventos adversos, centinela y quasi fallas
- 12.- Manejo de crisis

2.4.3.- INFECCIONES NOSOCOMIALES

Las infecciones nosocomiales son un riesgo implícito en un medio que se concentran enfermedades y tratamientos para su cura, no tienen por qué ser inevitables muchas de ellas, es decir podemos reducir su incidencia.

Todo miembro del equipo de salud debe lavarse las manos antes y después de revisar cada paciente y de todo procedimiento.

2.4.3.1.- LAVADO DE MANOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) Y la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente, lanzan en 2005, el primer reto global de Seguridad del Paciente “Una atención limpia es una atención más segura”, con la implementación de una estrategia basada en 5 componentes:

- 1.- Cambio del sistema: higiene de manos rápida, fácil y confiable.
- 2.- Adiestramiento y educación.

3.- Observación y retroalimentación.

4.- Recordatorios en el lugar de trabajo.

5.- Desarrollo y apoyo para un clima institucional de seguridad.

Seguido del lanzamiento de esta campaña, se han reforzado los esfuerzos para que el cumplimiento del lavado de manos se lleve en su totalidad por todos los miembros de la unidad hospitalaria.

Por otra parte, la Epidemiología de las Infecciones Intrahospitalarias (IIH), ha demostrado que, además de los factores de riesgo propios del huésped, los factores de la atención son de mayor importancia, especialmente los relacionados con procedimientos invasivos.

Se sabe que el lavado de manos es la medida básica más importante y simple para prevenir las IIH y que los objetivos están orientados a eliminar la flora microbiana transitoria y disminuir la flora normal de la piel; prevenir la diseminación de microorganismos por vía mano portador. Por lo tanto, todos los miembros del equipo de salud deben incorporar este procedimiento a su rutina de trabajo diario. Actualmente existe evidencia suficiente de que la mejora de la higiene de manos puede reducir dramáticamente el número de infecciones asociadas a la atención médica.

3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La aplicación de la DPCA en México se inició en 1979, se estima que más del 50% de los pacientes con insuficiencia renal crónica, se encuentran con DPCA. Teniendo como complicaciones más frecuentes la obstrucción, la fuga del catéter y la peritonitis, que es la complicación más frecuente a la que se enfrentan las instituciones de salud en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica, dicha complicación representa grandes costos agregados, tanto a las instituciones como a las familias de los pacientes.

Agregado a esto la incidencia de peritonitis a nivel individual representa una disminución en el funcionamiento de la membrana peritoneal lo que a su vez conlleva al acortamiento de un tratamiento benéfico.

El riesgo de padecer peritonitis es directamente proporcional a la duración de la diálisis: 60% para el final del primer año del tratamiento 80% a los 2 años y 90% a los 3 años. Teniendo como índice internacional de peritonitis 1 caso por cada 25 meses.

En pediatría una de las prioridades es el prolongar y ofrecer calidad de vida a los pacientes sometidos a DPCA.

En el HPI se han registrado, en el periodo de enero-abril de 2010, 9 casos de peritonitis y en el 2009 se presentaron 20 casos por lo que es primordial adoptar medidas que disminuyan esta incidencia.

Los pacientes con DPCA del hospital, se encuentran entre los 6 y los 17 años por lo que deben ser participes y colaborar en su tratamiento, es responsabilidad de los padres y del personal de salud, orientarlos y capacitarlos para que puedan hacerlo de forma responsable y eficaz, así como benéfica para ellos mismos tratando con esto de evitar al máximo probables complicaciones que deterioren progresivamente su estado de salud.

Derivado de lo anterior, surge la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgo que determinan la aparición de peritonitis en los pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia dialítica del HPI?

4.- OBJETIVOS

GENERAL:

1.- Identificar los factores de riesgo que determinan la aparición de peritonitis en los pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia dialítica del HPI.

ESPECÍFICOS

1.- Analizar los factores de riesgo que determinan la aparición de peritonitis por categoría laboral, y actualización en diálisis de las enfermeras de HPI.

2.- Identificar los factores de riesgo que determinan la aparición de peritonitis de acuerdo con las condiciones de vida de los pacientes, su nivel socioeconómico y sus hábitos higiénicos.

5.-HIPOTESIS

H1 Existen factores de riesgo que determinan la aparición de peritonitis en los pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia dialítica del HPI.

Ho No existen factores de riesgo que determinen la aparición de peritonitis en los pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia dialítica del HPI.

6.-METODOLOGÍA

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Se trató de un estudio cuantitativo, observacional y descriptivo para identificar los factores de riesgo que determinan la aparición de peritonitis en los pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia dialítica del HPI.

6.2. POBLACIÓN.

Comprendió el 100% de los pacientes inscritos en el programa de DPCA del HPI durante los meses de junio-julio del año en curso.

6.2.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

-Pacientes pediátricos en programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria.

- Personal de enfermería que labora en el servicio de Nefrología del HPI.

6.2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personal de Enfermería asignado al servicio de Nefrología turno matutino, vespertino y nocturno del HPI.
- Pacientes hospitalizados en el servicio de Nefrología del HPI con diagnóstico de IRC sometidos a DPCA.

6.2.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Personal de enfermería, médico y pacientes que se rehusaron a participar en el estudio.
- Pacientes hospitalizados en el servicio de Nefrología con diagnóstico distinto al de IRC.

6.2.5 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que por alguna razón abandonaron el programa de diálisis peritoneal.

6.3. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron obtenidos a través de la aplicación de un formato que valoró los factores de riesgo para la aparición de peritonitis en cada uno de los pacientes durante su estancia hospitalaria en un periodo de dos meses para finalmente detectar aquellos que se relacionaron con mayor frecuencia en la aparición de peritonitis. Así mismo se aplicó un formato que calificó los puntos a seguir para la realización de la técnica de diálisis peritoneal y el conocimiento que el personal posee acerca de la misma.

6.4. CUANTIFICACIÓN DE RESPUESTAS

Las respuestas fueron cuantificadas de acuerdo a la sumatoria que se hizo de todos los ítems contenidos en los instrumentos de evaluación, cada respuesta afirmativa tuvo un valor nominal de 1 mientras que una respuesta negativa equivalió a 0.

6.5. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Para la agrupación, síntesis y procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 17.

7.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

7.1 CORRESPONDIENTE A LA TÉCNICA DE DPCA

VARIABLE	DEFINICIÓN	VALORES
CATEGORIA LABORAL	Categoría del personal de enfermería que va a ser evaluado durante la realización del procedimiento	1) ENFERMERA ESPECIALISTA. 2) LICENCIADA EN ENFERMERÍA. 3) ENFERMERA TÉCNICA ESPECIALIZADA. 4) ENFERMERA TÉCNICA. 6) AUXILIAR DE ENFERMERÍA.
REVISA INDICACIONES MEDICAS	La concentración del líquido dializante varía en cada paciente según sus necesidades de depuración y su estado general.	1)SI 0)NO
COLOCACIÓN DE CUBREBOCAS	Tanto el personal que realiza la técnica de diálisis como el paciente debe utilizar cubre bocas para evitar la contaminación del catéter y la solución dializante.	1)SI 0)NO
SANITIZACIÓN DE LA MESA DE TRABAJO	Se impregna la mesa con solución clorada, por un tiempo mínimo de 5 segundos y el exceso de solución es retirada con gasa estéril utilizando principios de asepsia y antisepsia. Se considera efectiva cuando estos pasos son llevados a cabo.	1)EFECTIVA 0)NO EFECTIVA
LAVADO DE BOLSA	Pretende eliminar los gérmenes que pudieran encontrarse en el empaque de	1)SI

	la bolsa debido a su almacenamiento.	0)NO
ABRIR BOLSA	La bolsa debe ser retirada de su empaque tratando de manipularla lo menos posible	1)SI 0)NO
MEDICAMENTOS	Ministrar medicamentos en caso de ser indicado previa asepsia del puerto de la bolsa con una torunda alcoholada y evitando la excesiva manipulación.	1)SI 0)NO
BOLSA DRENADA	Se coloca la bolsa drenada en la mesa de trabajo y se pinza antes del lavado de manos para evitar contaminar la bolsa limpia.	1)SI 0)NO
TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS	Pasos a seguir en la realización de la técnica de lavado de manos establecida por la Secretaria de Salud. Se considera no efectiva con la omisión de al menos 1 paso de la técnica.	1)EFECTIVA 0)NO EFECTIVA
TÉCNICA DE DIÁLISIS PERITONEAL	Pasos a seguir en la realización de la técnica de diálisis peritoneal establecida en el hospital. Se considera no efectiva con la omisión de al menos 1 paso de la técnica.	1)EFECTIVA 0)NO EFECTIVA

7.2 CORRESPONDIENTE AL FORMATO DE PACIENTES INSCRITOS AL PROGRAMA DPCA

VARIABLE	DEFINICIÓN	VALORES
SEXO	Características anatómicas y cromosómicas del hombre y la mujer.	1)FEMENINO 2)MASCULINO
EDAD	Número de años cumplidos hasta el día del levantamiento de la encuesta.	1) 0-5 AÑOS 2) 6-11 AÑOS 3) 11-15 AÑOS 4) 16-20 AÑOS
RECIDENCIA	Lugar en el que vive actualmente el paciente.	1)URBANA 2)RURAL
ESCOLARIDAD	Máximo nivel educativo que posee el paciente.	1)ANALFABETA 2)PRIMARIA 3)SECUNDARIA 4)MEDIO-SUPERIOR
CUIDADOR	Persona responsable de hacer cumplir el tratamiento del menor.	1)PADRE 2)MADRE 3)HERMANOS 4)OTROS

ESCOLARIDAD CUIDADOR	Máximo nivel educativo que posee el cuidador primario.	1)ANALFABETA 2)PRIMARIA 3)SECUNDARIA 4)MEDIO- SUPERIOR 5)UNIVERSITARIO
---------------------------------	--	---

VARIABLE	DEFINICIÓN	VALORES
VIVIENDA	Se valora de acuerdo al tipo de material con que se encuentra construida, basándose principalmente en el techo y suelo, se considera adecuada cuando es totalmente de concreto.	1)ADECUADA 0)INADECUADA
SERVICIOS BASICOS	Se consideran como ser vicios básicos el agua, la luz y el drenaje. Son insuficientes cuando se cuenta con menos de dos.	1)SUFICIENTES 0)INSUFICIENTES
DORMITORIOS	Numero de cuartos independientes a la sala, comedor, cocina y baño; utilizados para dormir	1) 1 2) 2 3) 3 4) 4
HACINAMIENTO	Se determina a partir del número de persona que comparten un dormitorio, si es mayor a 3 se considera como hacinamiento.	1)SI 0)NO

COLOCACIÓN DE CATÉTER	Ciega cuando fue realizada en la unidad de diálisis por el nefrólogo. Quirúrgica si se llevo a cabo en el quirófano por un cirujano.	0)CIEGA 1)QUIRÚRGICA
TIEMPO CON DPCA	Periodo de tiempo que el paciente ha sido tratado con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.	1) 0-12 MESES 2) 13-24 MESES 3) 25-36 MESES
VARIABLE	DEFINICIÓN	VALORES
CUIDADOS DEL CATÉTER	Comprende aquellas acciones que el paciente debe llevar a cabo para garantizar condiciones óptimas del catéter, entre estas se encuentra el baño diario, la curación del sitio de inserción, la orientación hacia abajo del sitio de salida y la nula exposición del mismo. Se consideran adecuados si se cumplen mínimo tres de los criterios.	1)ADECUADOS 0)INADECUADOS

8.- RECURSOS

RECURSOS MATERIALES:

- Fotocopias del instrumento para la valoración de los factores de riesgo.
- Fotocopias del instrumento para la valoración de la técnica y el conocimiento que posee el personal.
- Papelería en general
- Computadora.
- Impresora.
- CD's y Unidad de almacenamiento USB.

RECURSOS HUMANOS:

- 1 pasante de la Licenciatura en Enfermería
- 1 Directora de Tesis.

RECURSOS FINANCIEROS:

El financiamiento de la investigación estuvo a cargo de la pasante

9.- ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

En toda investigación se debe tener apego al marco jurídico y legal para salvaguardar los derechos tanto del investigador como de la población en estudio (pacientes) esta investigación se basó en los siguientes aspectos éticos y legales.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

- Artículo 4.- Toda persona tiene derecho a la protección a la salud.
- Artículo 123. Fracción XIII.- Las empresas estarán obligadas a proporcionar a sus trabajadores capacitación o adiestramiento para el trabajo.

Código Civil.

- Artículo 2615.- El que preste servicios profesionales solo es responsable, hacia las personas a las que sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de la pena que merezca en caso de delito.

Ley General de Salud.

- Título primero. Artículo 2.- El derecho a la protección de la salud tiene la finalidad del bienestar físico y mental del hombre y la mujer , así como la prolongación y el mejoramiento de la calidad humana.
- Título séptimo. Artículo 110.- La promoción a la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud.

Ley General de Planificación.

- Marca que todas las instituciones públicas contaran con manuales de procedimientos en todos los niveles.

Ley de Profesionalización.

- Artículo 33.- El profesionista estará obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio del cliente, así como al desempeño de su trabajo.
- Artículo 34.- Cuando hubiera inconformidad por parte del cliente respecto al servicio realizado, el asunto se resolverá ya en el término judicial, ya en lo privado si así lo confieren las partes.

NOM 045 – SSA2 – 2005 Para la vigilancia epidemiológica y control de las infecciones nosocomiales.

La Organización Panamericana de la Salud conjuntamente con la Sociedad de Epidemiología Hospitalaria de Estados Unidos de América, realizó una conferencia regional sobre prevención y control de infecciones nosocomiales. Los objetivos de dicha conferencia fueron formulados para estimular la implementación de mecanismos para retomar la preparación de normas e instrumentos homogéneos, sobre la prevención y control de infecciones nosocomiales. El objetivo fundamental por el que se instituyó el control de las infecciones nosocomiales fue garantizar la calidad de la atención médica.

Las infecciones nosocomiales representan un problema de gran importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan mayores tasas de morbilidad y mortalidad, con un incremento consecuente en el costo social de años de vida potencialmente perdidos, así como de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidades, lo cual se suma al incremento en los días de hospitalización y del gasto económico.

A pesar de que se reconoce a la infección nosocomial como una complicación donde se conjugan diversos factores de riesgo y susceptible en la mayoría de los casos de prevenirse, se debe señalar que existen casos en los que la infección nosocomial se presenta debido a condiciones inherentes al huésped.

Se considera que el problema es de gran magnitud y trascendencia. Por ello, es indispensable establecer y operar sistemas integrales de vigilancia epidemiológica que permitan prevenir y controlar las infecciones de este tipo.

Declaración de los Derechos del Niño.

- Artículo 4º.- El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.
- Artículo 5º.- El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.

Carta de Derechos del Niño Hospitalizado.

- Artículo 3.- Los padres deben ser ayudados y alentados para que compartan el cuidado de sus hijos.
- Artículo 4.- Los niños y sus padres deben tener el derecho de estar informados de manera apropiada para su edad y entendimiento.
- Artículo 6.- Los niños y sus padres tienen derecho a la participación informada en todas las decisiones que tengan que ver con el cuidado de su salud.

DECLARACIÓN DE HELSINKI

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento; posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

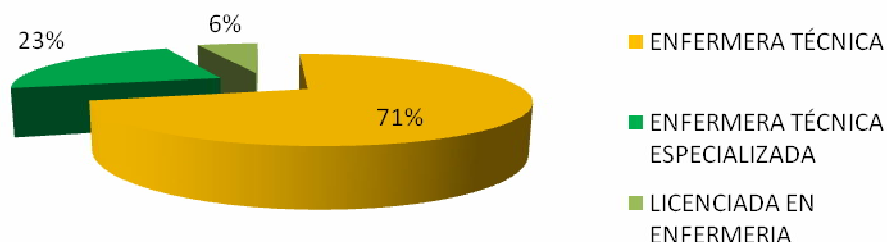
Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal.

Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público.

10.-RESULTADOS

Gráfica 1.
***EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA PREVIA A LA
REALIZACIÓN DE DPCA***

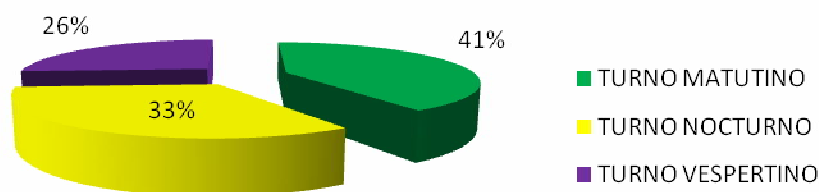
Categoría laboral del personal evaluado



Del total del personal evaluado acerca de la técnica de diálisis peritoneal y lavado de manos (49 personas), el 71% (20) son enfermeras técnicas, 23% (13) enfermeras técnicas especializadas, el 6% (16) son licenciadas en enfermería.

Gráfica 2.
EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA PREVIA A REALIZAR DPCA

Turno del personal evaluado

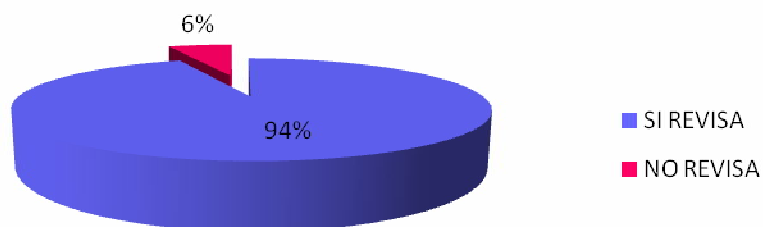


Del total, 41% (35) pertenecen al turno matutino, 33% (11) al nocturno y 26% (3) labora en el turno vespertino.

Gráfica 3.

EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA PREVIA A REALIZAR DPCA

Personal que revisa indicaciones médicas antes de realizar la DP

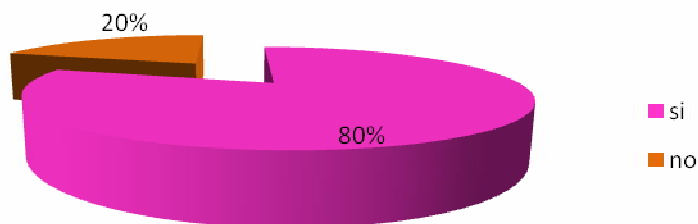


El 94% (46) del personal encuestado revisó indicaciones médicas antes de comenzar la realización de DPCA, mientras que 6% (3) no lo hizo.

Gráfica 4.

EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA PREVIA A REALIZAR DPCA

Personal que lava la bolsa y la seca con un campo limpio



80% (39) del personal lava la bolsa y posteriormente la seca con un campo limpio antes de realizar la técnica de DP mientras que un 20% (10) no lo hace.

Gráfica 5.

EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA PREVIA A REALIZAR DPCA

Colocación de cubrebocas enfermera-paciente

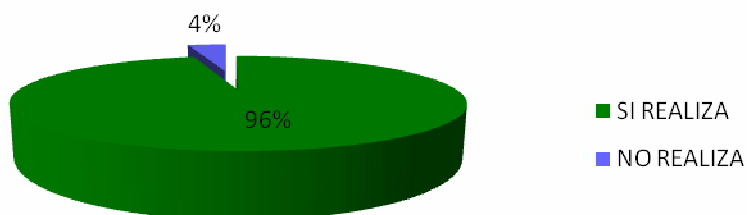


Respecto a la colocación de cubrebocas enfermera- paciente antes de iniciar la técnica de DPCA 92% (45) si los colocó mientras que un 8% (4) no.

Gráfica 6.

EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA PREVIA A REALIZAR DPCA

Realiza la sanitización de la mesa de trabajo previa a la técnica de DPCA

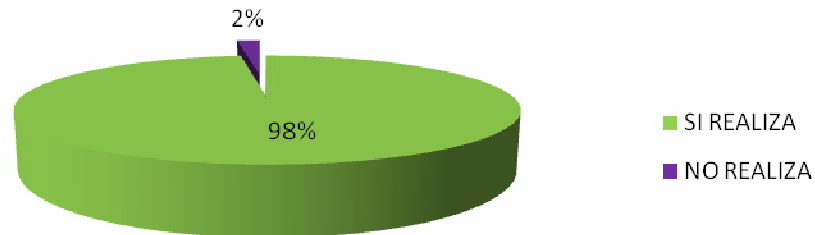


El 96% (46) del personal evaluado realizó la adecuada sanitización de la mesa de trabajo previa a la realización de la técnica de DPCA, mientras que el 4% (3) no lo realizó.

Gráfica 7.

EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA PREVIA A REALIZAR DPCA

Total de personal que abre la bolsa en forma correcta

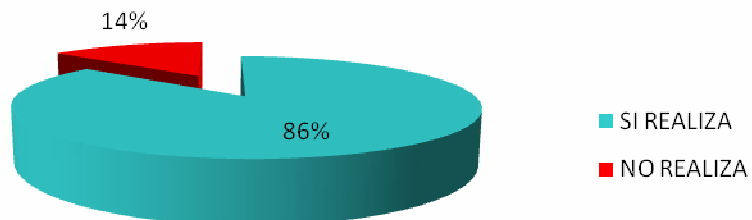


98% del personal (48) abrió la bolsa en forma correcta, mientras que 2% (1) no lo realizó.

Gráfica 8.

EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA PREVIA A REALIZAR DPCA

Infunde medicamentos indicados previa asepsia del puerto

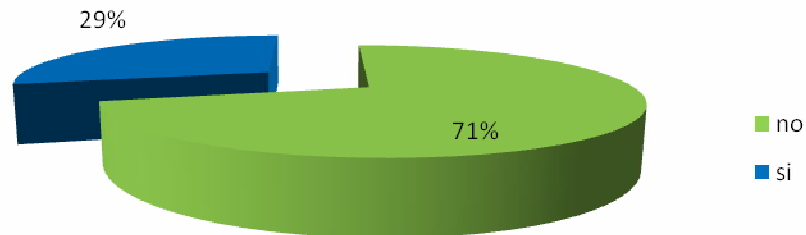


El 86% (42) del personal realiza asepsia del puerto para la infusión de los medicamentos, el 14 % (4) no la realiza.

Gráfica 9.

EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA PREVIA A REALIZAR DPCA

Personal que recibe capacitación

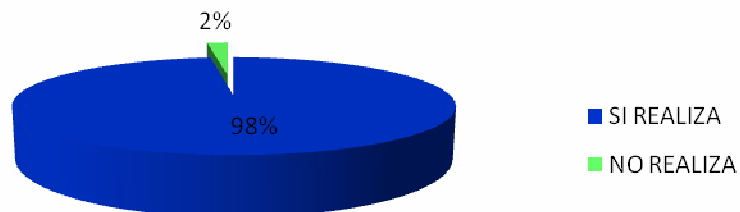


71% (35) del personal evaluado no ha recibido capacitación alguna sobre diálisis y solo el 29% (14) si.

Gráfica 10.

EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA PREVIA A REALIZAR DPCA

Coloca la bolsa drenada en la mesa de trabajo verificando que el paso hacia la cavidad peritoneal se encuentre cerrado y pinza la bolsa por arriba de la bayoneta

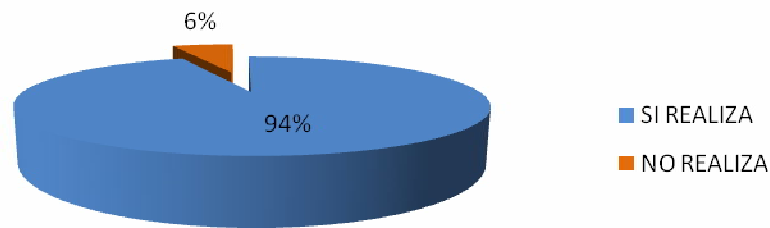


98% (48) si lo realizo, el 2 % (1) no.

Gráfica 11.

TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS PREVIA REALIZACIÓN DE DPCA

Se moja las manos con agua

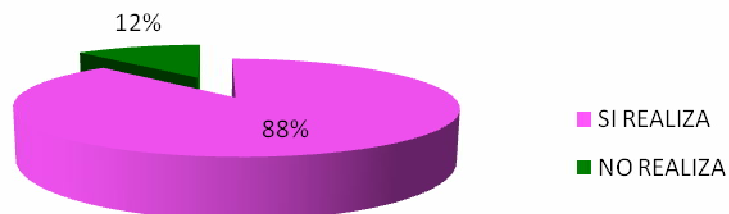


EL 94% (46) del personal se mojó las manos con agua antes de comenzar la técnica de lavado de manos, mientras que el 6% (3) no lo hizo.

Gráfica 12.

TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS PREVIA REALIZACIÓN DE DPCA

Deposita en las palmas de las manos jabón suficiente

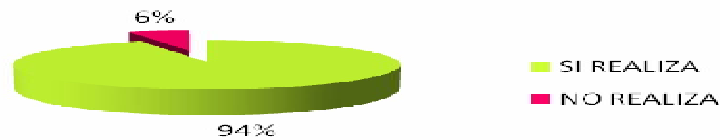


En lo que se refiere a depositar en la palma de las manos una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de la mano, el 88% (43) lo realizó y el 12 % (6) no.

Gráfica 13.

TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS PREVIA REALIZACIÓN DE DPCA

Frota las palmas de las manos entre sí

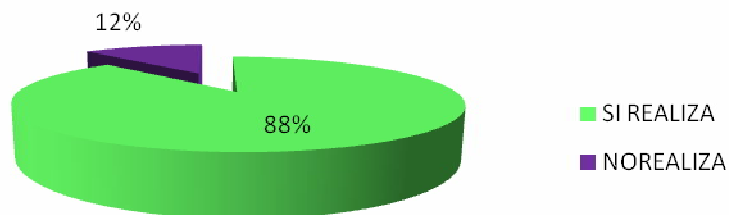


El 94% (46) del personal frota la palma de las manos entre sí mientras se lava las manos, y el 6% (3) no lo hizo como primer paso de la técnica.

Gráfica 14.

TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS PREVIA REALIZACIÓN DE DPCA

Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa

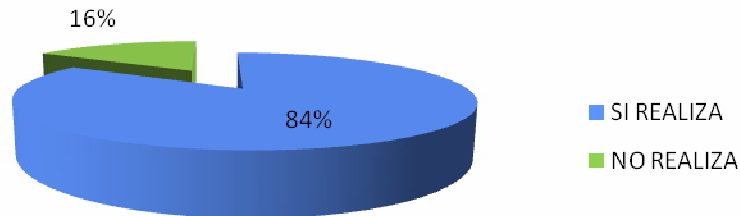


Del total del personal, un 88% (43) frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa, mientras que el 12% (6) no lo realizó.

Gráfica 15.

TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS PREVIA REALIZACIÓN DE DPCA

Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, sujetándose los dedos

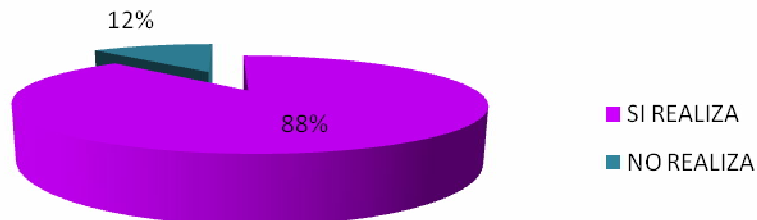


El 100% (49) del personal frota las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados. El 84% (41) del total del personal frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, sujetándose los dedos y un 16% (8) no lo hizo.

Gráfica 16.

TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS PREVIA REALIZACIÓN DE DPCA

Frota con movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa

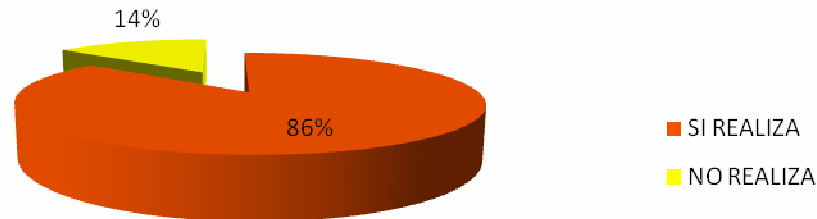


En lo que respecta al rubro de frotar con movimientos de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa, un 88% (43) si lo realizó mientras que un 12%(6) no.

Gráfica 17.

TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS PREVIA REALIZACIÓN DE DPCA

Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa

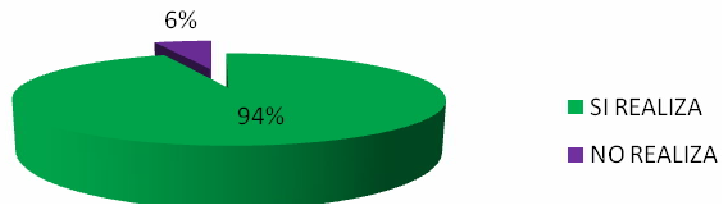


El 86% (42) del personal si cumple con el criterio de frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa mientras que el 14% (7) no lo realizó.

Gráfica 18.

TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS PREVIA REALIZACIÓN DE DPCA

Se enjuaga las manos con agua y las seca con una toalla de un solo uso

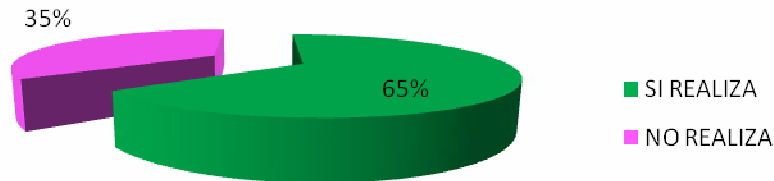


Casi la totalidad del personal, 94% (46) usó una toalla de un sólo uso para secarse las manos después de habérselas enjuagado y sólo un 6% (3) no lo hizo

Gráfica 19.

TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS PREVIA REALIZACIÓN DE DPCA

Se sirve de la toalla para cerrar la llave

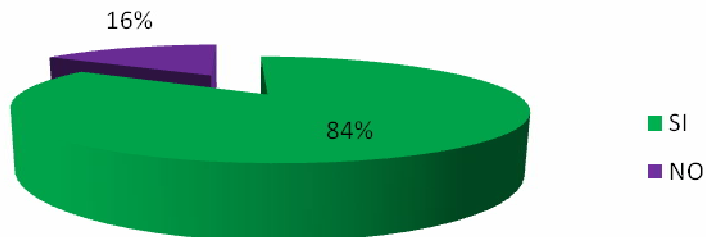


El 65% (32) personal si cumplió con el último criterio de la técnica de lavado de manos que se refiere a utilizar la toalla para cerrar la llave, el 35% (17) no cumplió.

Gráfica 20.

CORRESPONDIENTES A LA TÉCNICA DE DPCA

Retira el protector de la bolsa limpia evitando tocar el sitio de inserción

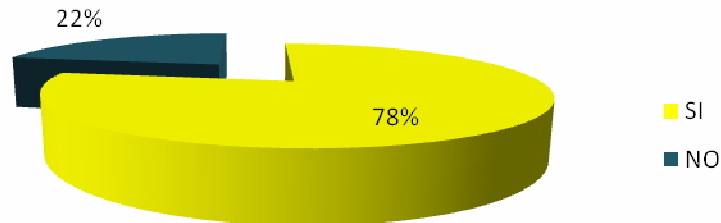


En lo que respecta a retirar el protector de la bolsa limpia evitando tocar el sitio de inserción, un 84% (41) lo hace correctamente y un 16 % (8) no lo hizo.

Gráfica 21.

TÉCNICA DE DPCA

Retira la espiga de la bolsa drenada y la inserta en la bolsa limpia con firmeza evitando tocar el sitio de inserción

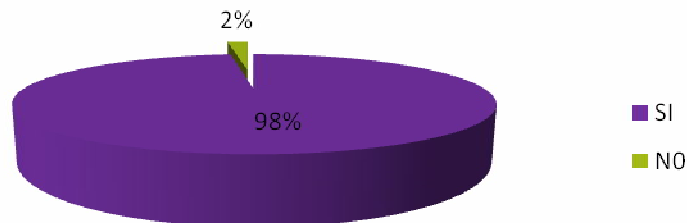


El 78% (38) retira la espiga de la bolsa drenada y la inserta en la bolsa limpia con firmeza evitando tocar el sitio de inserción, el 22% (11) del personal no lo realiza.

Gráfica 22.

TÉCNICA DE DPCA

Cuelga la bolsa de solución dializante y retira el exceso de aire

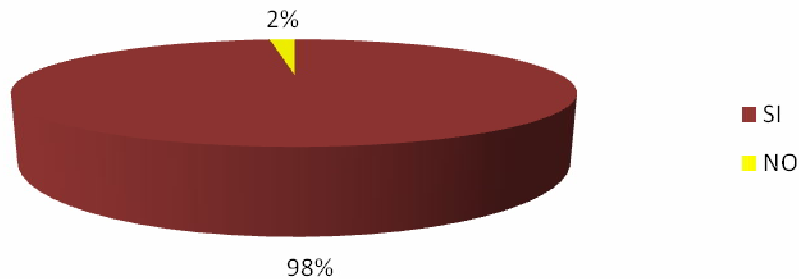


El 98% (48) del personal cuelga la bolsa de solución dializante y retira el exceso de aire, 2% (1) no lo realiza. Todo el personal cierra la llave de paso al terminar la infusión.

Gráfica 23.

TÉCNICA POSTERIOR A LA DPCA

Traslada la bolsa al séptico

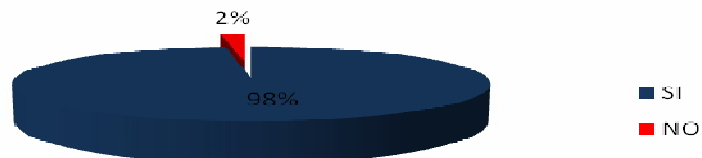


El 100% (49) del personal cuantifica la bolsa drenada al finalizar la técnica de diálisis. El 98% (48) traslada la bolsa drenada al séptico inmediatamente después de haber realizado la técnica y por el contrario 2 % (1) no la traslado.

Gráfica 24.

TÉCNICA POSTERIOR A LA DPCA

Guarda la pinza del paciente

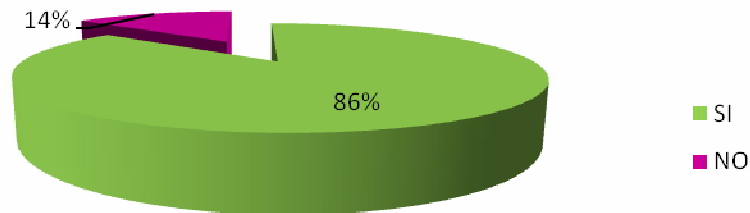


El 98% (48) del personal guardo la pinza del paciente dentro de la bolsa estéril después de realizar la técnica de diálisis peritoneal, sólo un 2% (1) omitió este paso.

Gráfica 25.

TÉCNICA POSTERIOR A LA DPCA

Se lava las manos después de la técnica

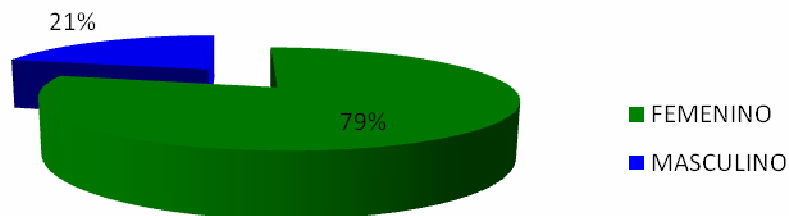


El total del personal realizó los registros correspondientes en la hoja de enfermería y en la de diálisis al terminar la técnica. Solo 86% (42) del personal evaluado se lava las manos después de haber realizado la técnica de diálisis, y el 14% (7) no lo realiza.

Gráfica 26.

REALIZADA A LOS PACIENTES SOMETIDOS A DPCA

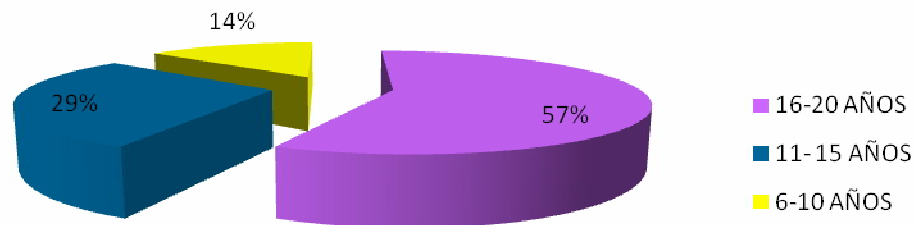
Sexo de los pacientes



Del total de los pacientes que se encuentran inscritos en el programa de diálisis peritoneal (14 pacientes) 79% (11) son mujeres y 21% (3) son hombres.

Gráfica 27.

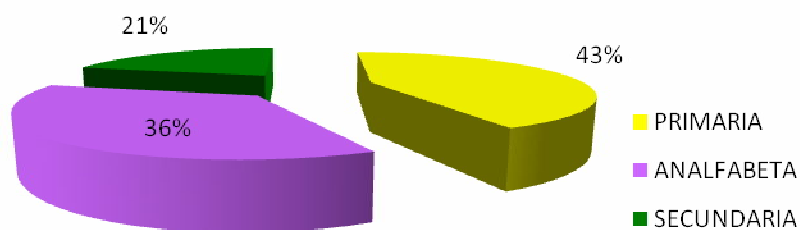
Edad de los pacientes en el programa de DPCA



Del 100% de la población el 57% (8) corresponde al rubro de 16 a 20 años, el 29% (4) dentro de 11 a 15 años, y el 14 % (2) de 6 a 10 años.

Gráfica 28.

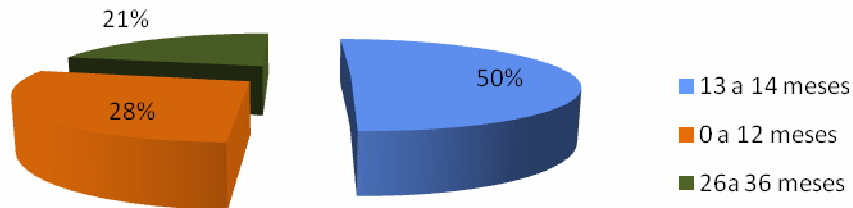
Nivel educativo de los pacientes en el programa de DPCA



En cuanto a la escolaridad 43% (5) tiene como nivel máximo de estudios la primaria, un 36% (6) no tiene ningún tipo de estudios y un 21% (3) la secundaria.

Gráfica 29.

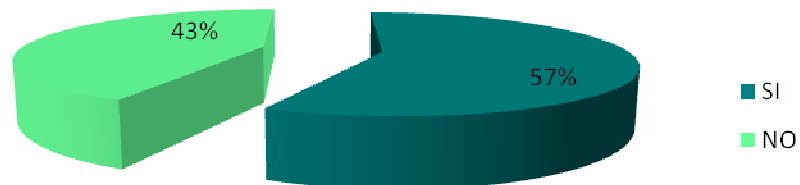
Tiempo que llevan los pacientes en el programa de DPCA



El 100% de la población fueron sometidos a técnica quirúrgica para la colocación de su catéter. El 50% (7) del total de los pacientes lleva sometido al tratamiento con diálisis de 13 a 24 meses, 29% (4) de la población un periodo de 0 a 12 meses y un 21% (3) de 25 a 36 meses.

Gráfica 30.

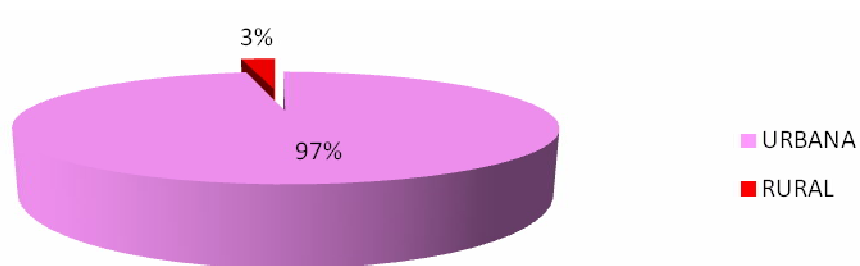
Cuidados adecuados al catéter



Tomando en cuenta la realización de la curación de catéter, la orientación del catéter en su fijación, la exposición del catéter y la realización del baño; un 57% (8) realizo adecuadamente los cuidados al catéter de diálisis peritoneal y un 43% (6) no.

Gráfica 31.

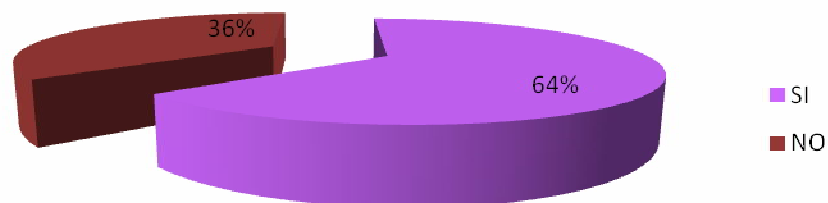
Zona de procedencia de los pacientes



El 93% (13) de los pacientes reside en un área urbana, sólo un 7% (1) vive en un área rural.

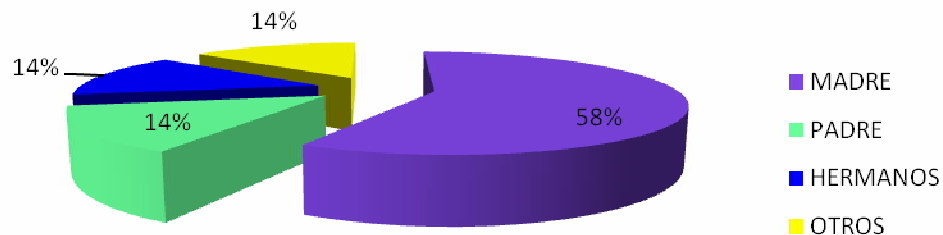
Gráfica 32.

Pacientes en el programa de DPCA con hacinamiento



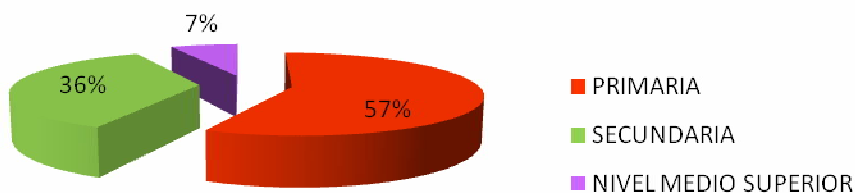
Tomando en cuenta el número de cuartos disponibles para ser utilizados como dormitorios y el número de personas que duermen en él, 64% (9) viven en hacinamiento, mientras que 36% (5) no.

Gráfica 33.
Parentesco del cuidador primario



El 58% (8) de la población tiene como cuidador primario a su madre mientras que el 14% (2) son cuidados por su padre y hermanos u otros (tíos).

Gráfica 34.
Nivel educativo del cuidador primario



En cuanto a la escolaridad del cuidador primario el 57% (8) del total cursó únicamente la primaria, 36% (5) concluyó hasta la secundaria y sólo un 7% (1) llegó a nivel superior.

CUADRO # 1
DATOS GENERALES

CATEGORIA	Frecuencia	%
Enfermera técnica	20	71%
Enfermera técnica especializada	23	23%
Lic. En enfermería	6	6%
TOTAL	49	100%

CUADRO # 2
DATOS GENERALES

TURNO	Frecuencia	%
Matutino	35	41%
Nocturno	11	33%
Vespertino	3	26%
TOTAL	49	100%

CUADRO # 3
EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA PREVIA A DPCA.

	SI REALIZA		NO REALIZA	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Revisa indicaciones médicas	46	94%	3	6%
Personal que lava la bolsa y la seca con un campo limpio	39	80%	10	20%
Coloca cubre bocas enfermera paciente	45	92%	4	8%
Realiza el lavado de la bolsa con agua y jabón, así como el respectivo secado con un campo limpio.	46	96%	3	4%
Abre la bolsa de forma correcta.	48	98%	1	2%
Infunde medicamentos indicados previa asepsia del puerto.	42	86%	4	14%
Coloca la bolsa drenada en la mesa de trabajo verificando que el paso hacia la cavidad peritoneal se encuentre cerrada y pinza la bolsa por arriba de la bayoneta	48	98%	1	2%

CUADRO #4

TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS PREVIA A DPCA.

	SI REALIZA		NO REALIZA	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Moja las manos con agua	46	94%	3	6%
Deposita en las palmas una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de la mano.	43	88%	6	12%
Frota las palmas de las manos entre sí.	46	94%	3	6%
Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.	43	88%	6	12%
Frota las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.	49	100%	-	-
Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, sujetándose los dedos.	41	84%	8	16%
Frota con movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma derecha y viceversa.	43	88%	6	12%
Frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa.	42	86%	7	14%
Se enjuaga las manos con una toalla de un solo uso.	46	94%	3	6%
Se sirve de la toalla para cerrar la llave.	32	65%	17	35%

CUADRO #5

CUADRO CORRESPONDIENTE A LA TÉCNICA DE DPCA

	SI REALIZA		NO REALIZA	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Retira el protector de la bolsa limpia evitando tocar el sitio de inserción.	41	84%	8	16%
Retira la espiga de la bolsa drenada y la inserta en la bolsa limpia con firmeza evitando tocar el sitio de inserción.	38	78%	11	12%
Cuelga la bolsa de solución dializante y retira el exceso de aire.	48	98%	1	12%
Cierra la llave de paso al terminar la infusión.	49	100%	-	-
Cuantifica la bolsa drenada.	49	100%	-	-
Traslada la bolsa al séptico.	48	98%	1	2%
Guarda la pinza de paciente.	48	98%	1	2%
Realiza los registros correspondientes.	49	100%	-	-
Se lava las manos.	42	86%	7	14%

CUADRO DE REQUISITOS MINIMOS PARA LA UNIDAD DE DIALISIS

REQUISITO	SI CUENTA	NO CUENTA	EN CONDICIONES NO OPTIMAS
1.- Sala de entrenamiento		✓	
2.-Lavabo	✓		
3.-Báscula para pacientes	✓		
4.-Calentador de bolsas			✓
5.- Báscula para pesar las bolsas	✓		
6.-Tripie	✓		
7.- Sillas	✓		
8.- Mesa de demostración		✓	
9.- Reloj	✓		
10.- Material de curación	✓		
11.- Camilla, cama		✓	
12.- Almacén pequeño de material de DPCA			✓
13.- Estetoscopio y baumanómetro			✓

REQUISITO	SI CUENTA	NO CUENTA	EN CONDICIONES NO OPTIMAS
14.- Material de docencia gráficos, folletos, videos etc.		✓	
15.- Sala de intervenciones		✓	
16.- Sala de atención a los pacientes			✓
17.- Sala de espera		✓	
18.- Séptico			✓
19.- Almacén			✓
20.- Archivo de historias clínicas			✓

11.- ANÁLISIS

Del total de la muestra del personal de enfermería (49 personas) 71% (20) son enfermeras técnicas, 23% (23) enfermeras técnicas especializadas y el 6% (6) licenciadas en enfermería. De este total 41% (35) pertenecen al turno matutino; 33% (11) al nocturno y 26% (3) al turno vespertino.

Generalmente es el personal del turno matutino el que se encuentra fijo dentro del servicio y recibe algún tipo de capacitación formal antes de incorporarse al área de nefrología, lo cual debería cumplirse para todos los turnos.

El 39% (19 personas) del total del personal evaluado no realiza adecuadamente la preparación previa a la diálisis peritoneal. De estas 19 personas 95% no asiste a ningún tipo de curso o recibe capacitación alguna, lo que nos deja ver claramente la relación entre la falta de preparación y el cumplimiento incorrecto del procedimiento.

El 20% no realiza adecuadamente el lavado de la bolsa con agua y jabón así como el respectivo secado con un campo limpio; 14% no infunde medicamentos previa asepsia del puerto, y el 8% no realiza colocación de cubre bocas enfermera paciente. En un 6% de los casos se encontró que no revisa indicaciones médicas ni realiza sanitización de la mesa y por ultimo 2% no abre la bolsa de forma correcta, no coloca la bolsa drenada en la bolsa de trabajo verificando que el paso a la cavidad peritoneal se encuentre cerrado.

En lo que respecta a la técnica de lavado de manos solo el 43% del personal evaluado (21 personas) la realiza adecuadamente, mientras que el 57% (28 personas) inadecuadamente; fallando en por lo menos un criterio de la técnica. Esto se convierte en un dato significativo si tomamos en cuenta que el lavado de manos representa la forma más importante y más simple para evitar infecciones, al realizar esta técnica en forma incompleta estamos dando pie a que la flora transitoria de la piel permanezca en ella y con ello la transmisión de microorganismos sea mayor.

Según los datos obtenidos, del 57% del personal que realiza la técnica inadecuadamente, el 35% no se sirve de la toalla para cerrar la llave (criterio 10), 29% no frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos (criterio 6); 12% no deposita en la palma de las manos una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de la mano (criterio 2) y un 14% no frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa (criterio 8).

12% de esta población no frota con movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.

Por último los criterios 1, 3 y 9 son omitidos por un 6% cada uno. Estos se refieren a mojarse las manos con agua antes de iniciar la técnica, frotar las palmas de las manos entre si y secarse las manos con una toalla de un solo uso.

Cabe destacar que el único criterio realizado por el 100% del personal evaluado es el 5 que habla sobre frotar las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.

Referente a la técnica de diálisis peritoneal el 41% de la población (20 personas) no realiza adecuadamente la técnica de diálisis peritoneal, mientras que el 59% de la población (29 personas) si la realiza.

Del personal que realiza la técnica adecuadamente, 66% no asiste a ningún tipo de capacitación o curso; mientras que el 35% si asiste.

El rubro más afectado entre la población que realiza la técnica en forma inadecuada (20 personas) fue: “¿Retira la espiga de la bolsa drenada y la inserta en la bolsa limpia con firmeza evitando tocar el sitio de inserción?, el cual fue omitido en 12% de los casos.

El 16% no retira el protector de la bolsa limpia evitando tocar el sitio de inserción, otro 14% no se lava las manos después de realizar la técnica y un 12% no cuelga la bolsa de solución dializante y retira el exceso de aire y no guarda la pinza del paciente.

En lo que respecta a los pacientes la mayoría son del sexo femenino y el 57% se encuentran en una edad entre los 16 y los 20 años.

El 93% viven en áreas urbanas lo que les facilita el acceso a los servicios básicos para la vivienda como son agua, drenaje y luz, así mismo el que sus casas estén construidas con materiales adecuados (techo y piso de cemento), junto con que,

en el 58% de los casos el cuidador primario sea la madre da como resultado que la realización de los cuidados al catéter sea la adecuada en la mayoría de los casos. Lo cual concuerda con lo descrito por Tornay Muñoz quien menciona que en este caso, la madre, debe ser capaz de: efectuar la técnica y tratamiento correctamente, efectuar los cuidados del orificio de salida del catéter peritoneal adecuadamente y detectar complicaciones, tomando la determinación y medidas convenientes; lo cual en el caso del HPI no se cumple, ya que la capacitación hacia los familiares en cuanto a la realización de DP, no se lleva a cabo.

Por otro lado la escolaridad tanto del cuidador primario como del propio paciente representa un problema en cuanto a la prevención de complicaciones.

En el 57% de los casos el cuidador primario tiene como escolaridad máxima la primaria y solo un 7% cursó la educación media superior. En el caso de los pacientes un 36% no tienen ningún tipo de estudios ya que por su padecimiento y edad no asisten a una institución educativa.

Todo esto concuerda con lo descrito por Meza Pastrana en su estudio realizado en 2006 donde menciona que los episodios recurrentes de peritonitis en pacientes pediátricos tienen que ver con el nivel económico y el nivel educativo, ya que si el cuidador primario no cuenta con un nivel educativo apropiado, no será capaz de adquirir el conocimiento necesario para llevar a cabo las medidas pertinentes.

Que estos poseen ya que las indicaciones que estos reciben no pueden ser ejecutadas en forma correcta debido al grado de conocimientos que pueden adquirir ya que una parte importantes son analfabetas; lo que representa doble labor de enseñanza.

Además 64% de la población viven en hacinamiento al contar con sólo un cuarto, independiente del baño y la cocina, destinado para dormir.

En lo que respecta al tratamiento, al 100% se les colocó el catéter para DP con técnica quirúrgica dentro de un área hospitalaria y la mitad de ellos llevan sometidos a DPCA un tiempo entre los 13 y 14 meses.

12.-CONCLUSIONES

Se identificaron como factores de riesgo que determinan la aparición de peritonitis en pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia dialítica del HPI, la falta de capacitación al personal que labora dentro del servicio de nefrología, primordialmente en el turno nocturno; en lo que respecta a la realización del procedimiento de DP por el personal, se encontró que las fallas más frecuentes son las relacionadas con la realización de la técnica de lavado de manos, la omisión de algunos pasos de la técnica la convierten en incorrecta y en una puerta de infección. Otras fallas en las que también incurrió el personal de enfermería fueron durante la realización de la técnica de DP, específicamente a la hora de hacer la inserción de la línea del catéter de diálisis en la bolsa de líquido, lo que representa la contaminación de un área que debería mantenerse siempre estéril.

La adecuada realización de la técnica de DPCA aumenta la esperanza de vida prolonga el tratamiento y disminuye los factores de riesgo de complicaciones tales como la peritonitis entre otras, así como la disminución de recursos institucionales teniendo impacto sobre todo en el costo-beneficio de las mismas; además el seguir el adecuado manejo de guías, manuales y protocolos para las técnicas y procedimientos conlleva al mejoramiento en el estado de salud del paciente y de su calidad de vida.

Otros factores de riesgo que son importantes y concuerdan con estudios realizados anteriormente por diversos autores son: los cuidados inadecuados por

parte del paciente en su hogar; ya que muchos no cuentan con las condiciones de vivienda adecuadas, lo que repercute en las prácticas higiénicas. Por otra parte el nivel educativo también se encontró como un limitante pues aunque se explique a los padres y sobre todo a los pacientes, sobre las medidas que deben llevarse fuera de la institución hospitalaria, estas, pocas veces son atendidas debido a las falta de conocimiento, deficiencia que tampoco es cubierta por la institución ya que no se cuenta con un programa de asesoría, aunado a que el personal que se encuentra en el servicio de nefrología de este hospital, no siempre es el mismo por lo que no todos se encuentran capacitados en su totalidad.

La categoría laboral no representó una determinante, ni se encuentra relacionada con la actualización continua, ya que existe personal con licenciatura que incurre en fallas, así como personal técnico que por el contrario realiza adecuadamente todo el procedimiento aun sin recibir ningún tipo de capacitación.

Otro punto importante de mencionar es que el área física del servicio de nefrología representa otro factor de riesgo ya que algunas de sus características no son adecuadas, por ejemplo, no existe una sala para intervenciones y en caso de existir una emergencia esta es atendida en el área de hospitalización, no se cuenta un baño con división de regadera-WC, ni un espacio para los casos que precisen aislamiento, además no se cuenta con el material preciso para la capacitación.

Podemos concluir que la suma de todos estos factores hace recurrente la aparición de casos de peritonitis en pacientes con tratamiento de DPCA en el HPI, por lo que se acepta nuestra hipótesis de trabajo la cual afirma que los factores de riesgo determinan la aparición de peritonitis en los pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia dialítica del HPI.

13.- REFERENCIAS

- 1.- Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de los derechos del niño; 1959.
- 2.- Bañobre González A. Efectividad de la intervención educativa en cuidadores de pacientes dependientes en diálisis y valoración de la carga. Rev. De la sociedad Española de Enfermería Nefrológica 2005; 8(2): 139-145.
- 3.- Barrera P. Complicaciones infecciosas en diálisis peritoneal crónica. Revista chilena pediátrica 2008; 79(5) 522-536.
- 4.- Barrera P. Complicaciones infecciosas en diálisis peritoneal crónica. Revista chilena pediátrica 2008; 79(5) 522-536.
- 5.- Baxter S.A. de C.V. www.latinoamerica.baxter.com/mexico/legales 2006.
- 6.- Carballo Monreal M. Adherencia individual y familiar al tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria continua. Rev. De Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro SOCAL 2008; 16(1): 13-18.
- 7.- Castro Cerradle E. panorama epidemiológico de la insuficiencia renal crónica en México. México 2006.
- 8.- Cirera Segura F. Programa de educación para los pacientes de diálisis peritoneal domiciliaria en España. Nefrología 2008; 6: 127-132.
- 9.- DOF. Código civil Federal de 1928; 2010.
- 10.- DOF. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917; 2010.
- 11.- DOF. Ley General de Salud de 1984; 2010.
- 12.- Fernández Sánchez S. Atención integral al niño con afecciones renales. Revista cubana de enfermería 2000; 16(2):88-91.
- 13.- García García L. Valoración y registro de signos primarios de infección en sitio de salida de cateter peritoneal. Revista de enfermería del IMSS 2005; 13(1): 23-26.
- 14.- García pastorella M. Microorganismos más frecuentes en pacientes con peritonitis en diálisis peritoneal continua ambulatoria. Mayo de 2006.
- 15.- Gastelbondo Amaya R. Guía de manejo conservador en niños con insuficiencia renal crónica. Revista de pediatría de Colombia 2007.
- 16.- J. Locatelli A. 22 años de Diálisis peritoneal crónica en Argentina. Rev Nefrologica. Diálisis y trasplante 2001; 53:13-16.

- 17.- Meza Pastrana M J. Factores de riesgo de peritonitis recurrente en pacientes pediátricos con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Enfermedades infecciosas y Microbiología* 2006; 26(2).
- 18.- MINISTERIO DE SALUD. “*Guía Clínica Insuficiencia Renal Cronica Termina*”. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.
- 19.- NOM 045 – SSA2 – 2005 para la vigilancia epidemiológica y control de las infecciones nosocomiales.
- 20.- Parlamento Europeo. Carta europea de los derechos de las niñas y niños hospitalizados; 1986.
- 21.- Picó Vicent L. Catéteres para diálisis peritoneal. *Rev. De la sociedad Española de Enfermería nefrológica* 1999; 2(4)
- 22.- Programa Nacional De Salud 2001-2006. México.
Proyecto de creación de una unidad de diálisis peritoneal en el hospital 12 de Octubre. Madrid, España 2005.
- 23.- Proyecto de creación de una unidad de diálisis peritoneal en el hospital 12 de Octubre. Madrid, España 2005
- 24.- Reyes Pérez J. Comportamiento clínico de peritonitis en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal continua ambulatoria Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca, 2006-2008. Managua, Febrero 2009.
- 25.- Silva Ferrera J. Insuficiencia renal crónica en pacientes menores de 19 años de un sector urbano. *Revista MEDISAN* 2007;11(3).
- 26.- Subsecretaria de Innovación y calidad. 10 acciones para seguridad del paciente. *Boletín Seguridad del Paciente*. Septiembre 2005; 1: 1-3.
- 27.- Subsecretaria de Innovación y calidad. 10 acciones para seguridad del paciente. *Boletín Seguridad del Paciente*. Diciembre 2001; 2: 5-7.
- 28.- Subsecretaria de Innovación y calidad. Una atención limpia es una atención más segura. *Boletín Seguridad del Paciente*. Septiembre 2007; 7.
- 29.- Tornay Muñoz E. Diálisis peritoneal domiciliaria pediátrica. Programa docente. *Revista española de Enfermería Nefrológica* 2003; 6(4): 17/22.

14.-ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIO SUPERIORES "ZARAGOZA"
LICENCIATURA EN ENFERMERIA
HOSPITAL PEDIATRICO IZTACALCO



Cuestionario para pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico.

Instrucciones: Lea detenidamente las preguntas y conteste en forma clara y breve.

FECHA._____

FOLIO No._____

1.- Sexo:

2.- Edad:

3.- Lugar de residencia ☐ Urbano ☐ Rural

4.- Escolaridad:

5.- Cuidador primario:

6.- Escolaridad del cuidador primario:

7.- Material con el que ésta construida la vivienda:

8.- ¿Su vivienda cuenta con los servicios básicos (agua, luz, drenaje)?

9.- No. de cuartos disponibles para dormir, separados de la sala, comedor, baño y cocina, con los que cuenta:

10.-No. de habitantes que comparten un mismo cuarto para dormir:

11.- Técnica por medio de la cual fue colocado su catéter de diálisis peritoneal:

() Ciega () Quirúrgica

12.- Tiempo que lleva sometido a diálisis peritoneal:

13.-Cuidados al catéter de diálisis peritoneal:

- ¿Cada cuando realiza baño completo?

- ¿Cada cuando realiza curación de catéter?

- ¿Hacia qué orientación fija su catéter?

- ¿Cómo evita la exposición de su catéter?

APLICO: _____



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIO SUPERIORES "ZARAGOZA"
LICENCIATURA EN ENFERMERIA**



GUIA DE COTEJO PARA LA TECNICA DE DIALISIS PERITONEAL POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA

INSTRUCCIONES: Marque con una **x** en la columna SI cuando se cumple con el criterio de la guía y NO en caso de que no se cumpla.

1.- CATEGORIA LABORAL:

- () ENFERMERA ESPECIALISTA. () LICENCIADA EN ENFERMERIA.
() ENFERMERA TECNICA ESPECIALIZADA. () ENFERMERA TECNICA.
() AUXILIAR DE ENFERMERIA.

	SI	NO
2.- Revisa indicaciones médicas		
3.- Colocación de cubrebocas enfermera y paciente.		
4.- Sanitización de la mesa de trabajo.		
5.- Realiza el lavado de la bolsa con agua y jabón, así como el respectivo secado con un campo limpio.		
6.- Abre la bolsa en forma correcta.		
7.- Infunde medicamentos previa asepsia del puerto		
8.- Coloca la bolsa drenada en la mesa de trabajo verificando el paso hacia la cavidad peritoneal se encuentre cerrada y pinza la bolsa por arriba de la bayoneta.		
9.- ¿Recibe capacitación continua de diálisis peritoneal?		

11.- TECNICA DE LAVADO DE MANOS:	SI	NO
11.1.- ¿Se moja las manos con agua?		
11.2.- ¿Deposita en la palma de las manos una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de la mano?		
11.3.- ¿Frota las palmas de las manos entre sí?		
11.4.- ¿Frota la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa?		
11.5.- ¿Frota la palma de las manos entre sí, con los dedos entrelazados?		
11.6.- ¿Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos?		
11.7.- ¿Frota con movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa?		
11.8.- ¿Frota la punta de los de dos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa?		
11.9.- ¿Se enjuaga las manos con agua y las seca con una toalla de un solo uso?		
11.10.- ¿Se sirve de la toalla para cerrar la llave?		

12.- TECNICA DE DIALISIS PERITONEAL:	SI	NO
12.1.- ¿Retira el protector de la bolsa limpia evitando tocar el sitio de inserción?		
12.2.- ¿Retira la espiga de la bolsa drenada y la inserta en la bolsa limpia con firmeza evitando tocar el sitio de inserción?		
12.3.- ¿Cuelga la bolsa de solución dializante y retira el exceso de aire?		
12.4.- ¿cierra la llave de paso al terminar la infusión?		
12.5.- ¿Cuantifica la bolsa drenada?		
12.6.- ¿Traslada la bolsa drenada al séptico?		
12.7.- ¿Guarda la pinza del paciente?		
12.8.- ¿Realiza los registros correspondientes?		
12.9.- ¿se lava las manos?		

APLICO: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA



Por medio del presente documento se le invita a participar en un protocolo de investigación, el cual será realizado con fines exclusivamente académicos y cuyos datos son presentados a continuación.

Título del protocolo: Factores de riesgo para desarrollar peritonitis en pacientes con insuficiencia renal crónica en un hospital pediátrico.

Sede donde se realizará el estudio: Hospital pediátrico Iztacalco. De la secretaria de salud del D.F.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo que determinan la aparición de peritonitis en los pacientes con insuficiencia arenal crónica en terapia dialítica del hospital pediátrico Iztacalco.

Las entrevistas se harán en forma verbal y los datos proporcionados serán confidenciales, su participación será anónima, por lo tanto su nombre y otros datos personales no aparecerán cuando los resultados sean publicados o utilizados en investigaciones futuras.

Si esta de acuerdo en participar en esta entrevista, favor de firmar.

Nombre y firma del paciente o responsable: _____

Fecha: _____

DE ANTEMANO MUCHAS GRACIAS!!!

CUADRO DE REQUISITOS MINIMOS PARA LA UNIDAD DE DPCA

REQUISITO	SI CUENTA	NO CUENTA	EN CONDICIONES NO OPTIMAS
1.- Sala de entrenamiento			
2.-Lavabo			
3.-Báscula para pacientes			
4.-Calentador de bolsas			
5.- Báscula para pesar las bolsas			
6.-Tripie			
7.- Sillas			
8.- Mesa de demostración			
9.- Reloj			
10.- Material de curación			
11.- Camilla, cama			
12.- Almacén pequeño de material de DPCA			
13.- Estetoscopio y baumanómetro			
14.- Material de docencia gráficos, folletos, videos etc.			
15.- Sala de intervenciones			
16.- Sala de atención a los pacientes			
17.- Sala de espera			
18.- Séptico			
19.- Almacén			
20.- Archivo de historias clínicas			