

ESTRATEGIAS DE MEJORAS EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE PACIENTES NEFROLÓGICOS ENTRE DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES

Ana Belén Arrabal Téllez, Javier Martín Martínez, Francisco Díez de los Ríos Cuenca, Carmen Trujillo Campo

Hospital Carlos Haya. Málaga

OBJETIVO GENERAL

Garantizar la continuidad de cuidados del paciente renal

OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Favorecer la comunicación entre los profesionales de la atención primaria y la atención especializada.
2. Elaborar informe de continuidad de cuidados mensual de pacientes en diálisis y derivar a atención primaria los más frágiles.
3. Aumentar la coordinación de enfermería de ambos niveles asistenciales.

INTRODUCCIÓN

Los enfermos renales que tratamos en la unidad de nefrología, son pacientes crónicos con tratamientos específicos, y cada uno de ellos necesita unos cuidados individuales, independientemente del proceso de enfermedad en que se encuentren, ya sea en hemodiálisis, diálisis peritoneal, prediálisis o trasplante. La intención nuestra es establecer unos canales de comunicación más o menos reglados para conectar los circuitos de atención a determinados problemas.

Cuando un paciente ingresa en nuestra unidad de encame, se le hace una valoración integral a su llegada aplicándoles un plan de cuidados individualizado durante su estancia hospitalaria. Una vez que el paciente es dado de alta, nos vemos en la necesidad de continuar y transmitir esos cuidados y dirigidos a los diferentes niveles asistenciales, como es la atención primaria y los diferentes centros de hemodiálisis periféricos, mediante una hoja de continuidad de cuidados al alta. Nuestro interés profesional es elaborar un informe de enfermería mensual de nuestros pacientes en hemodiálisis, que por sus circunstancias especiales vienen de forma ambulatoria sin estar ingresados, y acuden al hospital periódicamente para cumplir su tratamiento dialítico.

Con este informe pretendemos que queden reflejados los cambios en la evolución tanto de su proceso de enfermedad como de grado de dependencia de las actividades de la vida diaria, mejorando así la comunicación entre los diferentes niveles y al mismo tiempo creando una continuidad de cuidados unificada, ya que estos pacientes debido a su complejidad y a la cronificación de su proceso junto con los cambios de perfiles familiares (que disminuye la disponibilidad de los cuidadores informales) y los cambios producidos en los roles socio- sanitarios, producen modificaciones en el ciclo vital y aumenta la demanda de necesidades de atención sanitaria domiciliada.

Al mismo tiempo, intentar que nuestros pacientes mantengan su rol social con unos niveles de calidad de vida aceptables que permitan mantener las relaciones interpersonales y la realización en los campos de la convivencia y en su tarea diaria como el resto de la sociedad. Esta hoja sería nuestro instrumento para mantener informados del proceso asistencial del paciente en hemodiálisis, a su cuidador informar y a su enfermera referente de su centro de salud, mejorando sus expectativas y su calidad de vida, reduciendo a su vez el número de ingresos hospitalarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Nos hemos basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson, utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC para elaborar diagnósticos e intervenciones enfermeras para cumplimentar un plan de cuidados y poder así registrarlo en nuestra alta de enfermería. Para asegurar la continuidad de cuidados interniveles, hemos elaborado una hoja de valoración mensual M paciente, donde quede reflejado su evolución y cambios mientras continúe con su tratamiento sustitutivo de hemodiálisis,

utilizando el plan de cuidados que tenemos en nuestra unidad, siguiendo la misma metodología y utilizando nuestro propio soporte informático.

En este informe aparecerían vados apartados: datos personales M paciente, diagnóstico de enfermería, problemas de colaboración, intervenciones enfermeras sugeridas, problemas de autonomía etc., incluyendo el grado de dependencia del paciente. (Barthel). Hemos elaborado también, para la gestión de casos, un circuito de transmisión de información de nuestros pacientes renales mediante el cual se mantiene un “feed-back” continuo entre los profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales.

CONCLUSIONES

Con este informe de enfermería: se favorece la comunicación interniveles asistenciales; se garantiza una continuidad de cuidados; se aumenta la confianza de nuestros pacientes hacia otros profesionales de otros niveles; se mantiene informado del proceso asistencial de enfermedad del paciente a su cuidador principal y a su enfermera referente de su Centro de Salud; se mejoran sus expectativas y su calidad de vida; con todo esto nuestros pacientes se incluirían en los programas de la cartera de servicio de atención primaria y, junto con sus cuidadores informales, se verían beneficiados con las mejoras establecidas por la Ley de Dependencia de octubre 2006, y otros programas en marcha, hipertensión, diabetes, Planificación familiar, etc.