

ATENCIÓN INTEGRAL INTERDISCIPLINARIA PARA PACIENTES ANCIANOS EN HEMODIALISIS.

J. Folch, M. López, A. Maillo, C. Martí, Ton Novellas, M. Reguant.
Hospital Sant Gervasi. Barcelona.

Póster

INTRODUCCIÓN

El Hospital * * * * * , es un centro de 335 camas distribuidas de la siguiente manera:

125 camas de larga estancia (más de 60 días sin límite)

100 camas de convalecencia (estancias medias de menos de 60 días)

60 camas de psiquiatría (agudos y semiagudos)

25 camas de psicogeriatría

25 camas de curas paliativas (incluyen 5 camas de HIV)

Tenemos, al mismo tiempo, un servicio de radiología, un servicio de RHB, un servicio de terapia ocupacional y una unidad de HD.

En el año 1991 el Hospital ***** era un "hospital de crónicos" con las mismas camas y la misma tipología de enfermos. Hoy por hoy en el año 1997 es un centro **SOCIO-SANITARIO**

¿Qué es lo que ha cambiado?:

Básicamente la filosofía del trato a los pacientes/usuarios.

A finales de los años 90 la Conselleria de Sanitat en coordinación con la Coselleria de Benestar Social crea el programa "Vida als Anys" como respuesta a las necesidades de enfermos geriátricos, crónicos y paliativos que en aquel momento la oferta del sector hospitalario existente no cubría y al mismo tiempo colapsaba los grandes hospitales por sus largas permanencias.

"Vida als Anys" crea un modelo experimental que a lo largo de estos años se ha

consolidado. En este modelo se contempla el tratamiento de las necesidades, de este tipo de usuarios, de forma integral, tanto desde el punto de vista médico (múltiples patologías), como psíquico y social.

"Vida als Anys" también crea un sistema de seguimiento para que este modelo cumpla con el nivel asistencial exigido así como su financiación. Su forma de valoración se basa con el cumplimiento de standares en porcentajes que a medida que se han ido cumpliendo han aumentado en número y nivel de exigencia.

El programa no sólo contempla la actividad de los centros Socio-Sanitarios sino también crea una red asistencial que abarca desde ingresos en hospitales de agudos, residencias asistidas, PADES (asistencia domiciliaria) etc. En todas ellas intervienen los profesionales de la medicina, y además trabajadores sociales, terapeutas, psicólogos, trabajadores familiares, voluntariado, etc

Al ingreso en nuestro centro al enfermo/usuario, se le hace una valoración interdisciplinar en la que se contemplan las necesidades físico-médicas, psíquicas y sociales, determinándose los objetivos a alcanzar, la estrategia que debe seguirse y el profesional o grupo de profesionales que la llevarán a termino. Los equipos interdisciplinarios los forman básicamente médicos, enfermeras, auxiliares, trabajadores sociales, rehabilitadores y terapeuta ocupacional, siendo abierto en caso necesario a otros profesionales tales como psiquiatra, psicólogo, cocina, mantenimiento, lencería etc. Estas valoraciones se repiten en intervalos de tiempo dependiendo de la clasificación del paciente (convalecencia: entre 15 días y un mes, larga estancia: cada trimestre, paliativas: 1-2 veces por semana). Dentro de este entorno se halla ubicada nuestra unidad de hemodiálisis.

Tenemos 16 puestos de hemodiálisis, distribuidos en dos salas, una de 12 sillones para autónomos o de poca dependencia y otra de 4 camas para pacientes de mayor dependencia. Trabajamos con una media de 60 enfermos en 4 turnos de 15 . De estos enfermos el 75% son ambulatorios y el 25% internos/residentes en nuestro hospital.

Estos pacientes ingresados presentan múltiples patologías, siendo además tributarios de tratamiento dialítico sustitutorio.

El aumento de la esperanza de vida de los enfermos en programa de hemodiálisis así como la mejora de la calidad ha dado como consecuencia el envejecimiento de la población de pacientes en HD (en el año 1992 la media era de 55,9 años y en el año 1996 la media es de 61 años).

Todo esto hace que enfermos con pluripatologías que precisan de ingreso para su tratamiento nos sean derivados desde distintos centros de nuestra ciudad.

Son este tipo de pacientes a los que nuestro hospital les puede ofertar los cuidados que requieren sus multipatologías y al mismo tiempo mantener o aumentar sus capacidades tanto físicas como psíquicas sin olvidar que en algunos casos la intervención de nuestro hospital es la de paliar el dolor y ofrecer una muerte digna.

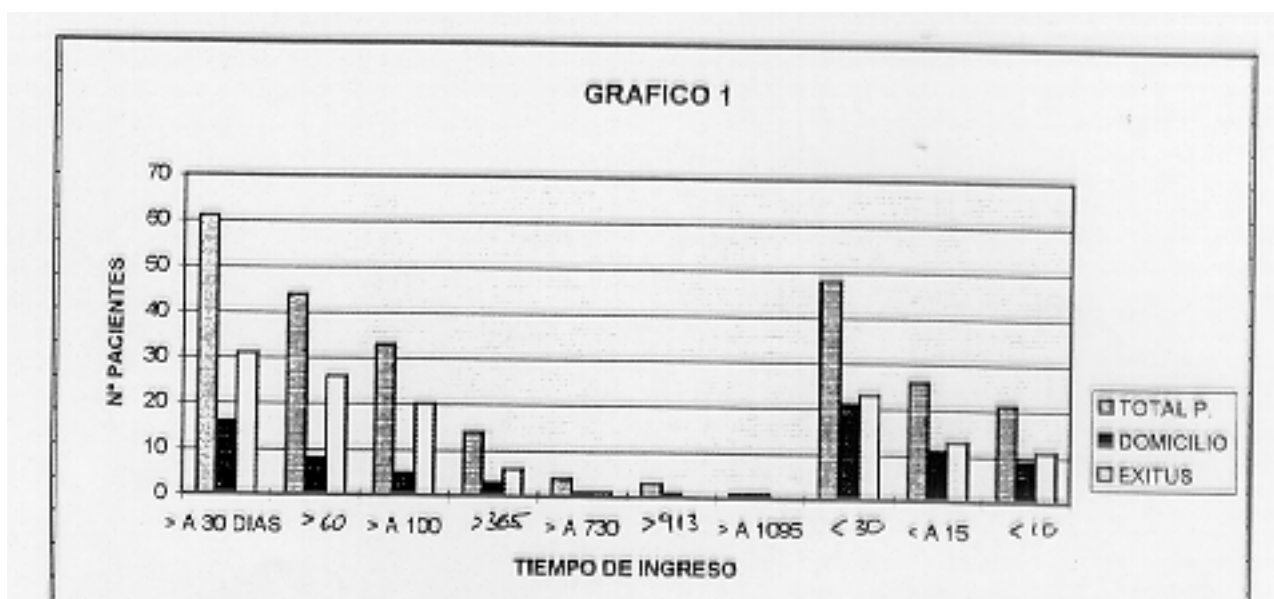
OBJETIVOS

El objetivo fundamental es el mantenimiento de la **AUTONOMIA** del individuo a través de:

- * Prevención de la cronificación.
- * Aumento de la salud de los ancianos.
- * Rehabilitación o restablecimiento de la salud.
- * Calidad de vida

MATERIAL Y METODOS

Se ha hecho el seguimiento de 109 pacientes en programa de H.D. ingresados en nuestro centro durante un periodo de 27 meses. (Gráfico 1)



Se ha utilizado para valorar los pacientes, al ingreso y en sucesivas valoraciones, la escala de Barthel (Gráfico 2) y el test de Minimental (Gráfico 3), así como para la determinación de objetivos, estrategias y profesionales implicados la hoja

interdisciplinaria elaborada por nuestro propio centro (Gráfico 4).

Las valoraciones se repiten a intervalos de tiempo preestablecidos para cada tipo de ingreso, 1-2 veces por semana para los pacientes de paliativos, de 15 días a un mes para los de convalecencia y trimestralmente para los de larga estancia.

Según la estrategia a seguir la oferta de actividades varía desde

REHABILITACION:	activa pasiva
TERAPIA OCUPACIONAL:	grupos de conversación manualidades juegos didácticos psicomotricidad musicoterapia desarrollo de los sentidos gimnasia
TIEMPO LIBRE:	paseos cine música fiestas populares baile visitas culturales
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:	lavarse peinarse vestirse transferencias comer
PALIATIVOS:	clínica del dolor soporte afectivo muerte digna

DISCUSION

Frente a las múltiples patologías y a la edad avanzada de pacientes con IRCT con tratamiento sustitutivo ingresados en nuestro hospital consideramos:

- 1.- Que dichas patologías asociadas son las causantes de su muerte a corto o largo plazo.
- 2.- Los enfermos de convalecencia durante su estancia son tratados de forma global para que el período de hospitalización no represente una pérdida de sus capacidades psíquicas y motoras pudiéndose reinsertar a su entorno social con la mejor calidad de vida de acorde con sus limitaciones.
- 3.- Los enfermos que por sus patologías o bien por problemas sociales tienen largas permanencias se intenta que el ambiente que les rodea sea lo más familiar posible pudiendo dentro de sus limitaciones disfrutar de las ofertas lúdicas, estimulativas y actividades socioculturales que ofrece nuestro centro.
- 4.- En cuanto a los enfermos paliativos, la finalidad es la de mitigar el dolor y ofrecer una muerte digna. Recordando los porcentajes expuestos en gráficos anteriores, podemos constatar que los enfermos con estancias muy cortas tienen un índice de mortalidad muy elevado, ello es debido a que son remitidos desde otros centros cuando su estado es terminal y no tienen la posibilidad de ofrecer una asistencia paliativo-terminal adecuada.
- 5.- En todos estos procesos se ha intentado involucrar al máximo la colaboración familiar.

En el caso de los pacientes convalescentes los familiares deberán asumir su cuidado por lo que se intenta que aprendan las técnicas y habilidades necesarias para ello.

Para los de larga estancia, es importante que la familia no pierda el contacto con ellos, regularicen sus visitas y puedan tener dentro del hospital una prolongación de la vida familiar.

Es imprescindible para los enfermos paliativos, el soporte familiar e igualmente necesario es el soporte que deben dar nuestros profesionales tanto al enfermo como a la misma familia.

CONCLUSIONES

Debido al envejecimiento de la población de los pacientes en tratamiento con Hemodiálisis con múltiples patologías asociadas, edad avanzada y aumento de las sociopatías, creemos que este tipo de hospital es una respuesta a las necesidades de estos enfermos que los hospitales de agudos no pueden ofrecer por su estructura y que al mismo tiempo las largas estancias dificultan su funcionamiento.

El poder asegurar en un mismo centro, toda la atención biopsicosocial del paciente por un equipo multidisciplinario especializado, mejora la calidad de vida de estos pacientes y cuando llega el momento proporciona una muerte digna.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ENFERMERIA GERIATRICA. Ribera J.M., Veiga F., Torrijos M.
MOLNLYCKE, 1991.
- 2.- MANUAL DE ACREDITACION DE HOSPITALES
THE JOINT COMMISSION ON ACREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS
1996.
- 3.- VII Seminario Español de la EDTNA/ERCA
Valencia 1997.
- 4.- EL MANUAL MERCK DE LA GERIATRIA.
ED. DOYMA 1992.
- 5.- LA INCAPACIDAD EN GERIATRIA Parreño Rodriguez J.R.
1991.
- 6.- THE FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE. KEITH R.A., GRANGEL C.V., HAMILTON
B.B.. Y SHERVIN F. S.
Advances in clinical rehabilitation VOL I
EISENBERG and GRZESIAK Eds. New York 1987.