

LA HEMODIALISIS NOCTURNA: HACIA LA REHABILITACION SOCIOLABORAL

M.^a C. Bigas M. Pons* D. Andreu***

*Centro de Tratamiento de la insuficiencia Renal, S.A. (C.E.T.I.R.S.A.)
Escuela de Enfermería Universidad de Barcelona

INTRODUCCION

La actividad biológica de los seres vivos se relaciona con el ciclo día noche. El hombre es un ser diurno, en el núcleo supraquiasmático se emiten unas señales a las diferentes partes de; cuerpo formando el denominado ritmo circadiano que regula la necesidad de reposo y sueño con la actividad. Estas señales se emiten por influencia de una hormona, la melatoína cuya producción está influida a su vez por la luz, la de; día frena su producción y la oscuridad de la noche la aumenta, esto justifica el ritmo día-noche.

Esta circunstancia fisiológica regula la actividad humana, en nuestra sociedad se trabaja de día y se descansa de noche. La atención sanitaria no es ajena a esta tendencia social y la mayor parte de actividades se llevan a cabo durante el día, dejando para la noche únicamente la asistencia urgente o de mantenimiento; tan sólo la presión asistencial obliga a realizar actividades tradicionalmente diurnas por la noche.

Al paciente renal habitualmente se le ofrece tratamiento depurador durante el día, perdiendo por esta causa posibilidades de realizar una jornada laboral completa y dificultando por tanto su rehabilitación sociolaboral.

Por otra parte una buena gestión obliga a utilizar de forma eficiente los recursos, el dializar a los pacientes sólo durante el día conlleva una infrautilización de estructuras e instalaciones de las cuales se puede obtener un mejor aprovechamiento si se utilizan más veces en las 24 horas del día.

OBJETIVOS

Con el fin de facilitar al máximo la autonomía de los pacientes y utilizar de forma eficiente los recursos disponibles, desde 1986 se implantó en nuestra unidad de diálisis horario nocturno de 21 a 1 hora, de domingo a viernes al que podían acceder todos los pacientes que lo desearan.

Conocer la opinión de los pacientes que están en el turno nocturno, valorar su grado de satisfacción y conseguir que el paciente de dicho turno sienta cumplidas sus expectativas, eran nuestros principales objetivos.

PACIENTES Y METODO

Desde 1986 hasta diciembre de 1994 se han realizado en el turno nocturno 51.000 hemodiálisis a 106 pacientes. Las pautas de hemodiálisis fueron similares a las de horario diurno (monitores con ultrafiltración controlada, membranas biocompatibles, concentrado de bicarbonato, duración de H.D. 4 horas).

Se analiza la morbilidad (no de ingresos hospitalarios), mortalidad, no de trasplantes renales, desplazamientos por vacaciones, y capacidad laboral.

A los 36 pacientes que actualmente se dializan en el horario nocturno se les encuestó con el fin de conocer su opinión, y grado de satisfacción. Se elaboró un cuestionario con preguntas de identificación (sexo, edad, estado civil, no de hijos, profesión, situación laboral, tiempo de permanencia en hemodiálisis), respetando al máximo el anonimato; además se les preguntó sobre ventajas e inconvenientes del turno nocturno, trato personal, calidad de servicio valorada con una subescala de tres puntos.

Una vez hubieran rellenado el cuestionario, podían depositarlo en un buzón que se instaló en sus vestuarios.

También se estudió la rentabilidad del turno nocturno.

RESULTADOS

La media de edad de los pacientes del turno nocturno se sitúa en la década de 40 a 50 años; esto representa un 37%, mientras que la media de edad de los pacientes diurnos se halla en la década de los 60 a 70 años que representa un 60% (Fig. 1).

Existe un predominio del sexo masculino en la población en hemodiálisis según el R.M.R.C. del 1993 y es de un 61% pero curiosamente en nuestro turno nocturno existe un mayor porcentaje de mujeres (57%) respecto a los hombres (43%) (Fig. 2). Esto se debe a que en las mujeres se suman dos motivos para la elección del turno nocturno: los laborales y los familiares.

Si asumimos como medida de morbilidad el n.º de ingresos hospitalarios a lo largo de los años que tenemos registrados, existe una diferencia significativa con un aumento del n.º de ingresos hospitalarios en los pacientes del turno diurno respecto al turno nocturno (Fig. 3).

La mortalidad en el turno nocturno a lo largo de los años explorados (desde 1986 hasta 1994) ha sido prácticamente nula excepto en los dos últimos años en que prácticamente se ha igualado al turno diurno. Esto es debido que los pacientes del turno se han ido envejeciendo a lo largo de estos 9 años de permanencia en hemodiálisis (Fig. 4).

Referente a los trasplantes renales, en los años 1986 y 1987 el no de trasplantes fue similar en ambos turnos, pero a partir de 1988 hasta la actualidad el mayor n.º de trasplantes se ha realizado en el turno nocturno siendo especialmente significativo en el último año (7% HDD-30% HDN) (Fig. 5).

Desde 1990 hasta la actualidad que tenemos registros de los desplazamientos por vacaciones excepto el primer año, en los otros cuatro años siempre ha sido superior el porcentaje de pacientes desplazados en el turno HDN (Fig. 6).

Respecto a la capacidad laboral plena la presentan un 44% de los pacientes en HDN frente a un 4% en HDD (Fig. 7). En el otro extremo del gráfico se sitúa la incapacidad laboral total que la presentan un 3% de los pacientes en HDN frente a un 70% de los pacientes en HDD. En el resto de opciones las diferencias no son significativas

Los resultados de las encuestas realizadas a los pacientes en HDN pone de manifiesto que:

1. La elección del turno fue voluntaria en el 93% de los casos (Fig. 8).
2. Los motivos para la elección de la HDN fueron en un 50% laborales, 34% para mayor disponibilidad de tiempo libre, y un 16% por motivos familiares (Fig. 9).
3. (13) pacientes del turno HDN citaron como ventaja más importante el disponer de más tiempo libre, (10) cumplir el horario laboral, (2) pacientes decían por estar más tiempo con la familia, (4) pacientes por recuperarse mejor y (1) todas las ventajas (Fig. 10).
4. La mayoría de los pacientes (20) no hallaron ningún inconveniente al turno de HDN, (5) pacientes aducían dormir menos, (2) presentaban pereza al salir y (1) decía perder la mañana siguiente (Fig. 10).

5. La valoración que hicieron los pacientes del turno HDN sobre el trato personal y la calidad de servicios fue óptima en todos los casos.

La mayoría de los pacientes (34%) del turno HDN el tiempo de permanencia en TSIR es de 5 años debido a que un 20% de la totalidad de los pacientes ya han sido trasplantados en una ocasión, le siguen en número (24%) los pacientes que llevan menos de un año en TSR (Fig. 11).

La rentabilidad del turno HDN es de un 5% de reducción del coste, por mejor aprovechamiento de los gastos generales y costes del equipo, permaneciendo invariables los costes de personal y material fungible (Fig. 12).

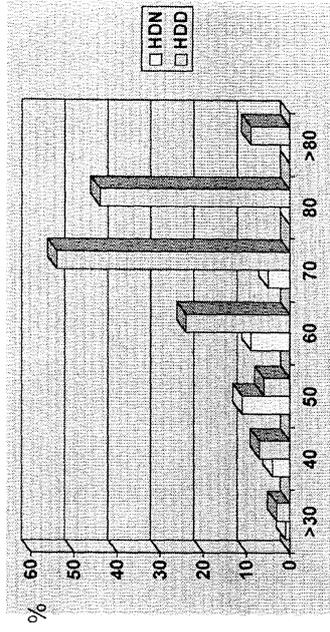
CONCLUSIONES

- Mayor optimización de los recursos.
- Disponer de más tiempo libre.
- Mayor cumplimiento de la jornada laboral.
- Más dedicación a la familia.
- Las diferencias entre los pacientes del turno diurno y nocturno en relación a: (n.º de ingresos hospitalarios, exitus, n.º de trasplantes renales) son atribuibles a la diferencia de edad.
 - El mayor n.º de pacientes en el turno nocturno son mujeres ya que en ella se suman 2 factores (motivos laborales y familiares).
 - Los pacientes del turno nocturno al ser más jóvenes y más rehabilitados son los que más se desplazan por motivos laborales o vacacionales.
 - La elección del turno nocturno ha sido voluntaria en la práctica totalidad de los pacientes,
 - La valoración sobre el trato personal y la calidad de los servicios ha sido óptima en los pacientes encuestados.

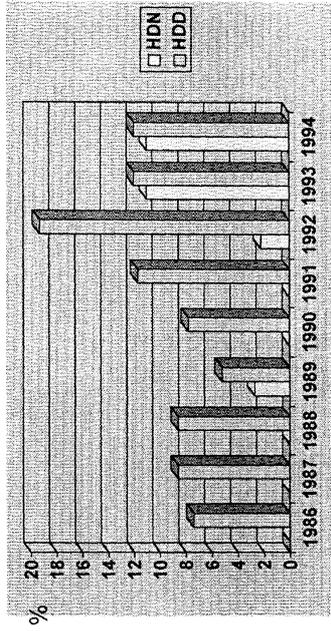
BIBLIOGRAFIA

- Registro de malalts renals de Catalunya (informe estadistic 1993).
- Alsina, J.. Nefrología. Licenciatura. Serie Manuales Clinicos. 1989 Savat Ed. Barcelona.
- Brenner-Rector El riñón, 31 ed. Panamericana Ed. 1989 Madrid.
- Andrés, J., Fortuny, C.: Cuidados de Enfermería en la Insuficiencia Renal. Gallery Ed. 1993 Madrid.
- Guyton, A.: Tratado de Fisiología Médica. 8 ed. Interamericana Ed. 1992 Madrid.
- Plant, W. D. y cols.: Problemas Eticos en los Programas de diálisis. EDTNA/ERCA Journal vol, 20 n-1 2 (versión española)

 **EDAD**
HEMODIALISIS NOCTURNA

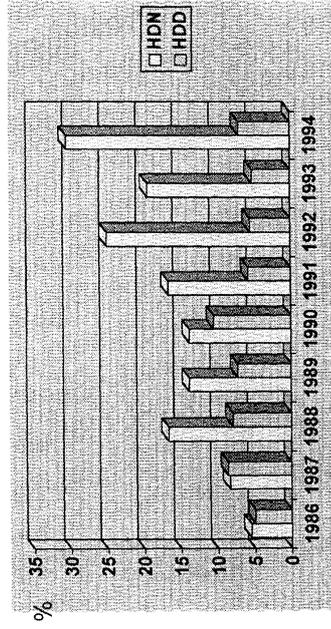


EXITUS
HEMODIALISIS NOCTURNA



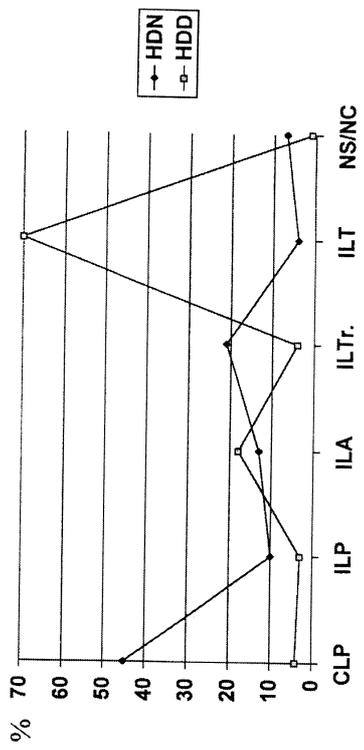


HEMODIALISIS NOCTURNA



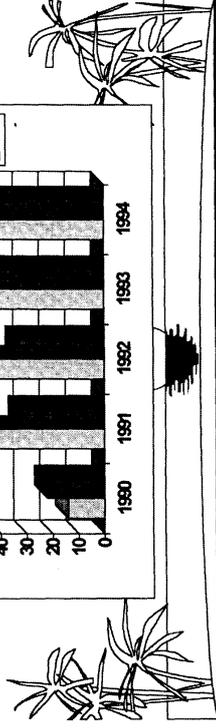
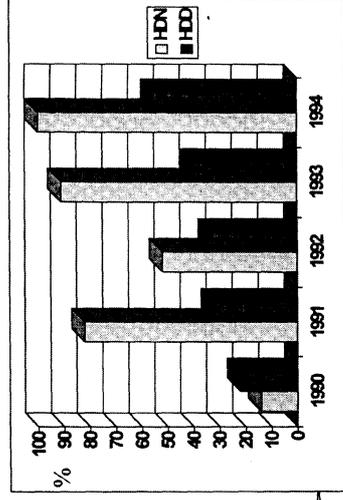
CAPACIDAD LABORAL

HEMODIALISIS NOCTURNA



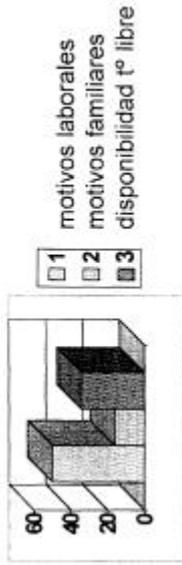
VACACIONES

HEMODIALISIS NOCTURNA



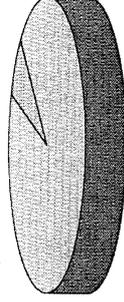
MOTIVOS
HEMODIALISIS NOCTURNA

- > MOTIVOS LABORALES
- > MOTIVOS FAMILIARES
- > DISPONIBILIDAD TIEMPO LIBRE

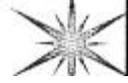


ELECCION
HEMODIALISIS NOCTURNA

7% NO VOLUNTARIA



93% VOLUNTARIA



VENTAJAS - INCONVENIENTES
HEMODIALISIS NOCTURNA

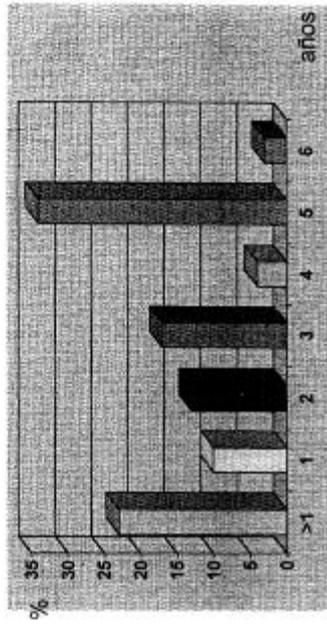
► **VENTAJAS**

- 10 -CUMPLIR HORARIO
- 13 -MAS TIEMPO LIBRE
- 2 -MAS TIEMPO CON FAMILIA
- 4 -FACIL RECUPERACION
- 1 -TODAS

► **INCONVENIENTES**

- 5 -DORMIR MENOS
- 2 -ALTERACIONES DEL SUEÑO
- 1 -PERDIDA MAÑANA
- 2 -PEREZA ALSALIR
- 20 -NINGUNO

 **Tº PERMANENCIA**
HEMODIALISIS NOCTURNA



OPTIMIZACION
HEMODIALISIS NOCTURNA

