

PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS RESIDENTES EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO – 4º TRIMESTRE. 1996.

AUTORES:

*T. Movellas
A. Maillo
M. Naches
G. Wulff*

Hospital San Gervasi. Barcelona. 1996.

PALABRAS CLAVE:

*HEMODIÁLISIS
ASPECTOS SOCIOSANITARIOS
ENFERMERÍA*

El hospital de Sant Gervasi, es un Centro Socio-Sanitario vinculado al programa de “VIDA ALS ANYS”, en el que se trata al paciente de forma integral, tanto en el aspecto físico, psíquico como social.

El centro tiene una capacidad de trescientas diez camas, distribuidas en:

- Unidad de convalecencia.
- Unidad de cuidados paliativos.
- Psiquiatría.
- Geriatria.
- Unidad de Hemodiálisis.

La Unidad de Hemodiálisis dispone de 20 puestos, donde reciben tratamiento en la actualidad 60 pacientes, el 25% son residentes y el resto en régimen ambulatorio. Dicho servicio consta de dos salas: una con 12 monitores (ampliable hasta 16, según necesidades) para pacientes semi-autónomos y otra con 4 para pacientes de mayor dependencia.

Los pacientes en programa de Hemodiálisis, debido a su problemática “Biopsicosocial” son acreedores de ingresos de larga estancia, que en algunos casos son indefinidas.

Debido a las características del centro estamos recibiendo pacientes con multipatologías; edad avanzada, años en programa de diálisis, problemática social, discapacitados (la mayoría no incluidos en lista de trasplante)

Estos pacientes son remitidos de otros centros, donde recibían exclusivamente tratamiento dialítico y que debido a un empeoramiento de sus patologías, no pueden por su estructura, dar respuesta a sus necesidades, tanto psico-físicas como sociales.

OBJETIVOS

Descripción del programa de Terapia Ocupacional para pacientes con I.R.C. en Hemodiálisis periódicas con estancias prolongadas en nuestro centro, basado en:

- Estímulos de autosuficiencia (A.V.C., Actividades de la Vida Diaria)
- Funciones cognitivas (lenguaje, visión, comprensión, etc...)
- Relación social (Actividad, relación social, ideación, familia, etc...)

Dentro de la concepción globalizadora del individuo por parte del programa “VIDA ALS ANYS”; La Unidad de terapia ocupacional, tiene como objetivo fundamental el mantenimiento de la autonomía del individuo, a través de:

- Prevención de la cronificación.
- Rehabilitación o restablecimiento de la salud.
- Mejorar la calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Trabajo realizado sobre 14 pacientes-residentes, 6 mujeres y 8 hombres, con edades comprendidas entre 38 y 82 años, (media de 68, 13), efectuado y evaluado por el equipo multidisciplinario del centro.

Programa de terapia ocupacional:

Las actuaciones de terapia ocupacional están basadas en la exploración funcional repetida regularmente, primando un carácter:

Preventivo: Mantener la función, la autonomía y la autoestima.

Curativo o asistencial: De una progresión más lenta.

1. Actividades generales:

- a) Realización de los ejercicios: Se consideran las preferencias del paciente, integrándolas en las actividades de la vida diaria, motivo por el cual el tratamiento se efectúa en la sala de terapia y/o en la habitación.
- b) Ayudas o mejoras técnicas: Sólo se proponen de forma puntual en el mismo momento en que se encuentra una dificultad en las actividades de la vida diaria, como opción después de varios intentos de aprender una nueva manera de hacer, que permita la autonomización para una actividad sin ayudas técnicas.
- c) Factores a tener en cuenta en la evaluación: Dada la pluripatología de las personas mayores, para el tratamiento adecuado de las mismas, se realizará una evaluación teniendo en cuenta:
 - Deficiencia y alteración analítica de una estructura o función del organismo.
 - Discapacidad, perturbación de las aptitudes o del rendimiento funcional que derivan de una deficiencia.
 - Minusvalía, perjuicio social o situacional que deriva de la deficiencia o de la discapacidad.
- d) Escala de evaluación: Es pertinente elaborar una escala de autonomía inicial, así como la observación metódica durante su estancia hospitalaria, para lo cual es necesario la participación de los equipos interdisciplinarios.
Esta valoración se realiza de forma puntual por parte de la terapeuta en las reuniones interdisciplinarias que se llevan a cabo semanalmente.
A través de las escalas disponibles realizamos una valoración de los individuos teniendo en cuenta el aspecto globalizador, para lo cual observamos una triple dimensión.
 - Física: Se valoran las actividades esenciales de la vida diaria. Como lavarse, vestirse, desplazarse, etc. Para ello aplicamos el test de Barthell.
 - Psíquicas: Considerando la actividad cognitiva del individuo, el comportamiento, la memoria, la comunicación, etc. Las tablas de indicadores que utilizamos, considerando el tipo de población atendida, es el Mini-examen.
 - Social: Con el objetivo de valorar el nivel de dependencia en las unidades instrumentales de la vida diaria en los usuarios de este recurso, se aplicará en fase experimental, los “índices de las actividades instrumentales de la vida diaria” de Lawton y Brody.
- e) Ubicación de las actividades: Las mismas se llevan a cabo en taller de terapia ocupacional o en las habitaciones.

- Habitación: El objetivo de ésta será mantener la función, sobre todo si la persona debe permanecer en la cama, no se debe hacer nada que el paciente pueda hacer por sí mismo, de lo contrario la evolución lleva a una pérdida de la autonomía y un aumento de la dependencia.
- Individual en talleres: Este tipo de actividad dependerá del déficit que se quiera trabajar en el paciente, según afecte la motricidad del miembro superior, la visión o los miembros inferiores. Siempre hemos de tener en cuenta las preferencias y experiencia del paciente, para que la motivación tenga un carácter intrínseco.
- Terapia ocupacional en grupo: Las actividades en grupo son particularmente útiles a causa de su potencial de resocialización (comunicación, tolerancia mutua, respeto de reglas) y de estimulación (emulación, ánimo entre los propios pacientes) Los grupos serán habitualmente restringidos de tres a seis pacientes y serán constituidos en base a las discapacidades facilitando así la adaptación de los ejercicios hacia un fin terapéutico. Las sesiones no durarán más de 30 ó 45 minutos para no ocasionar fatiga ni trastornos de la concentración.

2. Actividades específicas

a) Actividades en la habitación:

- Cama: Desde la terapia ocupacional se valora el nivel de autonomía para pulsar el timbre, acceder a la mesita de noche, comer, asearse, peinarse.
- Silla: Se procurará que todos los pacientes tengan sillones que cumplan los principios ergonómicos de la sedestación en geriatría: sillón poco profundo, de altura suficiente, con asiento y respaldos firmes, apoyabrazos largos y reposapiés bien regulados en altura. Para las personas encamadas (que se deslizan hacia delante cuando están sentadas) aparte de trabajo terapéutico del equilibrio, es necesario un sistema de mantenimiento. En el caso de pacientes hemipléjicos, es necesario un apoyabrazos de espuma o de madera (a medida, adaptado al sillón a fin de sostener el miembro afectado)
- Marcha y desplazamiento: A fin de prevenir la pérdida locomotora y la reautonomización del paciente, colaborando, de forma activa con los fisioterapeutas, se podrán reeducar aquellos aspectos que facilitarán el paso del decúbito a la bipedestación así como el retorno a la marcha, sobre todo a nivel de los asideros, en la elección de una silla de ruedas y en la revisión y acondicionamiento del desarrollo de la deambulación.
- Satisfacción de necesidades: Dado que un número importante de incontinencias no están directamente ligadas a una función de la vejiga o de los esfínteres, sino que son incontinencias producidas por la dependencia, es función del terapeuta aportar soluciones y facilitar estrategias para resolver dicha situación. Siempre contando con el resto del equipo asistencial.
- Aseo: Se realizará en sedestación delante del lavabo, en una posición confortable y segura que limite el riesgo de caídas. Es necesario adaptar la altura del espejo teniendo, al mismo tiempo, todos los utensilios al alcance de la mano.
El ejercicio de este tipo de autonomía presenta muchas ventajas: mantenimiento del esquema corporal, rehabilitación sensitivo motora de los miembros superiores, estimulación de las funciones superiores mediante el reconocimiento y utilización de los objetos necesarios, la orientación témporo-espacial y los cuidados de la propia imagen. Las sesiones de gimnasia en grupo también pueden ser adecuadas para trabajar este tipo de funciones.
Ayudas técnicas: esponja en lugar de guante, fijador de jabón, peine y cepillo con mangos largos, asideros...
Vestido: El reentrenamiento de los gestos de vestirse es útil tanto en problemas ortopédicos (rigidez articular o riesgos de luxación) como en problemas neurológicos

(apraxia, trastornos de la lateralidad, demencia) Se pueden utilizar diferentes tipos de ayudas técnicas aunque hemos de tener en cuenta que a menudo son rechazadas por el paciente. Por ello hemos de recurrir a algún tipo referencial como etiquetas y velcro en lugar de botones para facilitar el vestirse. A los pacientes dementes se les debe colocar la ropa por orden de colocación. Los pacientes de la unidad de larga estancia deberían vestirse a fin de mantener un mayor grado de autonomía y afectividad.

- Comidas: Se intenta que éstas se realicen en el sillón y a ser posible en una sala, no en la habitación. La instalación correcta en el sillón es indispensable para facilitar una mejor movilidad de los miembros superiores y poder trabajar la presión. Se potenciará la ingesta de forma autónoma reeducando las funciones motoras en caso que se presenten minusvalías físicas, garantizando así la calidad de vida y su integración psicosocial. Pueden utilizarse algunas ayudas técnicas: cubiertos ligeros con mangos adaptados, vasos con doble asa, superficies para mesas antideslizantes, adaptación de platos, cuchillos, tenedor...
- Medicamentos: El paciente debe saber identificarlos, prepararlos e ingerirlos para facilitar así su toma a la hora de la reinserción familiar.

b) Actividades en taller:

- Manualidades: Para la rehabilitación de los movimientos finos de la mano y el control del codo y del hombre.
- Juegos: A través de los cuales se trabajará la presión, la concentración, la memorización, la función visual, olfativa, táctil.
- Terapia relacional: Como medio para reducir la angustia del deterioro cognitivo y funcional en las demencias, otorgando pautas de ritualización, secuenciación y orden, lo cual permitirá disminuir la degradación personal.

c) Actividades en grupo:

- Psicomotricidad: Desde este espacio trabajaremos el movimiento (desde el dominio y reconocimiento del material así como la autoestima), la finalidad máxima en geriatría es la resocialización del anciano, desarrollando los sentidos perceptivos y de control de cada situación, potenciando los procesos de adaptabilidad continuada. Incidiendo de forma continuada en el universo afectivo de la persona, adaptando su discapacidad al entorno.
- Gimnasia: permite el mantenimiento físico (movilidad, reflejos, respiración)
- Grupo de estimulación manual: Para potenciar la extremidad superior contralateral al lado deficitario. Son actividades simples que pretenden incidir en la lucha contra la pérdida de la iniciativa, la ausencia de expresión, el retraimiento y la regresión psicomotora.
- Grupo lavabo: Evaluación y entrenamiento de los gestos necesarios para el aseo.
- Grupo de expresión y estimulación sensoriomotriz: Son actividades simples que pretenden incidir en la lucha contra la pérdida de la iniciativa, la ausencia de expresión, el retraimiento y la regresión psicomotora. Todos los pacientes residentes de Hemodiálisis están incluidos en el programa de terapia ocupacional, están valorados previamente y se realizan periódicamente TEST DE BARTHELL (capacitación física) y TEST DE MINIMENTAL (capacitación psíquica) Estas valoraciones son efectuadas por el equipo MULTIDISCIPLINARIO del centro.

DISCUSIÓN

PATOLOGÍAS SUSCEPTIBLES DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Demencias:
 - Seniles.
 - Vasculares.

- Mixtas.
- Otras.

En este tipo de pacientes, es necesario realizar una estimulación psicomotriz, reeducación de conductas y tratamiento de los trastornos práxicos. Así como también el mantenimiento de las funciones cognitivas, la estimulación del lenguaje y de las capacidades senso-motrices.

- Enfermedades Neurológicas:

- Enfermedad de Parkinson.
- Enfermedades vasculares-cerebrales.
- Otras.

Como primordial objetivo procuramos conseguir una estabilización de la pérdida de la capacidad funcional que le afecta, el mantenimiento y mejora de sus capacidades, garantizando la calidad de vida y el estímulo del bienestar físico y de su integración psico-social en condiciones óptimas.

CONCLUSIONES

Debido a la reciente implantación del programa, todavía no se tienen conclusiones valorables estadísticamente, no obstante se ha observado de manera objetiva una mejoría en los pacientes residentes en el programa de Hemodiálisis. Esto nos estimula a continuar el programa en la misma dirección.

BIBLIOGRAFÍA

MARTHA SCHARLL, 1994

La Actividad Física en la tercera edad.

PAIDOTRIBO, BARCELONA

QUICO MAÑOS, 1995

Dossier de Pedagogía Gerontológica.

UNIVERSIDAD RAMÓN LLUCH

“Facultat de Pedagogía Blanquerna”, Escola Dèsplai Fundació Pere Tarres, BARCELONA

QUICO MAÑOS

Animación estimulativa para la tercera edad.

“PRENSA” BARCELONA