



VISITA DOMICILIARIA 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

M.^a Teresa Pérez López, Carmen Bermúdez Liste, Modesta Mojón Barcia,
Julia Morrondo Demis, Lidia Portela Rico, Dolores Salgado Silva

Hospital Juan Canalejo. A Coruña

INTRODUCCIÓN

Es de todos conocidos que las enfermedades crónicas agotan al paciente, familia y cuidadores directos.

Mantener un contacto regular mediante vía telefónica y visitas domiciliarias nos ayuda a mejorar la relación con el paciente y su familia, disminuyendo el sentido de aislamiento.

La visita es un instrumento más de trabajo en una unidad de Diálisis Domiciliaria.

Nuestra unidad comienza en 1982, siendo el motivo de las visitas, la instalación en domicilio de monitores de HD.

Posteriormente al incrementarse el número de pacientes en nuestro programa y con la aparición de las cicladoras, las visitas se hicieron extensibles a estos pacientes, acudiendo a su domicilio el mismo día que iniciaban tratamiento con esta técnica.

Desde el año 1997 disponemos de recursos humanos y materiales necesarios para realizar periódicamente esta actividad, haciéndola extensible a todos los pacientes.

En el año 2003 comenzamos también a visitar a los pacientes que iniciaban CAPD al día siguiente de su alta en el hospital, al igual que los de CCPD.

Con este trabajo tan solo pretendemos relatar nuestra experiencia en los diez últimos años.

OBJETIVOS

En cada una de las visitas nosotros realizamos una valoración que incluye:

- Observar el entorno donde el paciente realiza el tratamiento, viendo si este reúne las condiciones adecuadas.
- Visualizar la realización de la técnica, detectando la existencia de problemas o dudas que guardan relación con el aprendizaje.
- Evaluar la necesidad de un reentrenamiento.
- Valorar una serie de aspectos bio-psicosociales entre los cuales englobamos:
 - Higiene personal
 - Alimentación
 - Relaciones socio familiares
- Como parte de los objetivos nos comprometimos a realizar una visita mínima anual por paciente, independientemente de las realizadas cuando inician su tratamiento en domicilio.

MATERIAL Y MÉTODO

La población que abarca nuestra unidad es de aproximadamente 750.000 habitantes.

El número de pacientes en nuestro programa oscila alrededor de 100, con una media de edad de 63 años de los cuales el 56% son varones y el 44% son mujeres, siendo el 39% diabético.

Hasta el año 1998 aproximadamente además del área sanitaria de La Coruña y Ferrol atendíamos la provincia de Lugo.



Las visitas realizadas a estos pacientes eran muy laboriosas, ya que una sola visita suponía ocupar a la enfermera durante un turno completo.

En el periodo comprendido entre 1993-2003 hemos realizado 346 visitas.

Tan solo el 1% de nuestros pacientes ha rechazado la visita:

- Dos de ellas sólo permitieron la visita inicial del tratamiento
- Uno rechazó dicha visita por problemas derivados de creencias religiosas

La unidad cuenta con un equipo formado por cinco enfermeras, dos médicos y una auxiliar.

Las visitas domiciliarias son realizadas mayoritariamente en turno de mañana por una enfermera, dedicándole uno o dos días por semana según las necesidades según las necesidades del servicio. La visita es realizada de manera individualizada, previo aviso el día anterior. Utilizamos un vehículo del propio centro, abarcando distancias que oscilan entre los 2 Km del ámbito local y 190 Km.

El tiempo que invertimos en realizar la visita es unas tres horas, permaneciendo en el domicilio una media de 90 minutos, todo ello depende de las dudas o problemas que surjan.

Tenemos un protocolo de visita domiciliaria donde quedan reflejados todos los datos.

En la Hoja de Visita Domiciliaria nosotros recogemos 65 parámetros, de los cuales tabulamos 52 ítems agrupados del siguiente modo:

- Higiene personal y características del entorno, en cuanto a limpieza, ventilación, confort, almacenamiento del material, etc
- Observación de la técnica (cumplimiento del protocolo de entrenamiento)
- Además de visualizar cómo hacen la cura del orificio de Tenckhoff.
- Repasamos conceptos sobre complicaciones derivadas de la propia técnica
- Revisión de la dieta.
- Valoramos aspectos socio laborales y la necesidad de asistencia social.

Al final de este registro, tenemos un apartado para Comentarios de Enfermería que nos va sirviendo de gran ayuda para las visitas sucesivas.

Posteriormente en una reunión del equipo que se realiza una vez por semana, se expone lo detectado y si es necesario se solicita ayuda de asistencia a domicilio, derivación a otros profesionales e incluso la posibilidad de ingresar al paciente para descanso de su familia.

CLASIFICACIÓN DE LAS VISITAS

Se realizan varios tipos de visitas, conforme a diferentes finalidades que se pretenden conseguir:

- Visita prediálisis antes de comenzar el entrenamiento, pero no en todas las ocasiones, sólo en aquellas en que se tenga sospecha de unas condiciones inadecuadas.
- Visitas para conexión a DPA: acudimos al domicilio el primer día de tratamiento, donde además de proporcionarle al paciente seguridad, hacemos una valoración del entorno. Comprobamos además la llegada de todo el material y si reúne condiciones de ser usado.
- Visitas con carácter rutinario : realizadas una vez al año por paciente, para evaluarlo en su medio. En las visitas rutinarias a pacientes en DPA, lo que nosotros visualizamos es una desconexión de la cicladora.



- Luego seguimos el mismo protocolo que en CAPD.
- Visitas para conexión a monitores de HD: vamos al domicilio del paciente acompañadas por el técnico cuando realiza la primera HD en casa.
- Comprobamos: preparación del monitor por parte del paciente y su cuidador, punción de la fístula, e inicio de la diálisis, permaneciendo en el domicilio un tiempo prudencial hasta ver que todo se realiza con normalidad; lo que les proporciona seguridad y tranquilidad en su primer día de tratamiento.
- Visitas motivadas por problemas específicos:
Como podemos ver aquí son muy diferentes los motivos que las originan:
 - Acudimos al domicilio para administrar medicación IV (hierro, antibióticos etc.) por dificultad de desplazamiento al centro.
 - Realización del cambio de prolongador en el propio domicilio donde somos ayudados por la propia familia.
 - Deterioro del paciente lo que nos obliga a una valoración insito.
 - Visitas de apoyo psicológico debido a problemas de interrelación familiar, agotamiento del cuidador, lo que implica derivación a otros profesionales sanitarios.
 - Infecciones repetidas lo que nos hace sospechar de mala realización de la técnica lo que implica reentrenamientos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS



Después de analizar los resultados podemos ver una valoración del entorno, hábitat e higiene.

Reseñaremos que el índice de higiene que presentan nuestros pacientes es adecuado en un 85%.

El medio en que nos desenvolvemos es urbano (57%), no existiendo gran diferencia con respecto al rural (43%).

En cuanto a las condiciones de las viviendas, tan sólo un 10% presentan condiciones deficientes (solicitar ayudas económicas, instalaciones de WC, asistencia social etc)

En general la limpieza y ventilación son apropiadas y el almacenamiento del material no reviste problemas.





TÉCNICA Y CUIDADOS

	1993-1999	1993-2003
Cierran puertas y ventanas	73%	69%
Preparación del material	84%	95%
Utilización de mascarilla	88%	95%
Lavado correcto de manos	75%	78%
Tocan superficies	38%	44%
Utilización del antiséptico	86%	93%
Peso de bolsa	100%	100%
Comprueban aspecto del drenado	81%	95%
Llevar la gráfica al día	94%	97%
Ponen a calentar bolsa	100%	100%
Peso diario	85%	90%
Cura diaria del orificio	93%	97%
Realización de cura perfectamente	88%	94%
Toma de constantes diarias	90%	96%

A continuación se observan dos períodos de tiempo que abarcan los dos estudios realizados hasta el año 2004, valorando específicamente las formas de actuar de los pacientes durante la técnica.

Destacamos fundamentalmente el alto porcentaje alcanzado en casi todos los aspectos en cuanto a la ejecución correcta de la técnica, salvo en tres de ellos.

CONOCIMIENTO DE COMPLICACIONES

Ganancia de peso	93%
Pérdida de peso	86%
Edemas en MM.II.	91%
Disnea	78%
Astenia	74%
Mareo	76%
Hipotensión e hipertensión	78%
Manejo de concentración de glucosa en bolsa	92%
Infección asociada a catéter	94%
Hemoperitoneo	83%
Fibrina	96%
Problemas de infusión o drenaje	92%
Consulta urgente	96%

Tras observar cómo realizan el intercambio, evaluamos el grado de conocimiento que el paciente tiene de las complicaciones derivadas tanto de la técnica como de su propia enfermedad.



Destacaremos que presentan dudas en cuanto a astenia, disnea, mareo, hipotensión e hipertensión.

Por el contrario manejan muy bien el control del peso, al igual que la vigilancia de edemas.

Saben perfectamente cuándo deben acudir con urgencia al hospital en casos como: peritonitis, infección de túnel, hemoperitoneo.

DIETA



En cuanto a la dieta creemos que es interesante ver los resultados comparándolos con el estudio anterior.

Como podéis observar se ha conseguido un mayor porcentaje de pacientes que realizan una dieta más equilibrada (59%), a pesar de que la ingesta de proteínas (64%) e hidratos de carbono (69%) aún no es la adecuada.

Creemos que la dificultad para modificar hábitos alimenticios pueda estar relacionada con distintos aspectos culturales tales como la edad, el entorno, economía de autoconsumo, etc..

ASPECTOS SOCIOLABORABLES

La evaluación de los aspectos socio laborales resulta de una observación subjetiva de enfermería.

El apoyo familiar que presentan nuestros pacientes, es adecuado en un 74%.

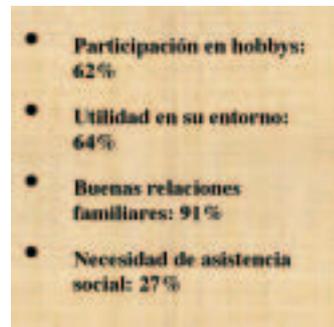
Su grado de auto diálisis no es muy elevado pero hay que tener en cuenta que la media de edad es de 63 años.

Su avanzada edad sumado a un proceso de enfermedad crónica, hace que su grado de satisfacción personal no sea alto, aunque ha mejorado en relación a estudios anteriores (37%), (ahora es un 48%).





Así mismo se constata las buenas relaciones familiares de nuestros pacientes y su participación en su tiempo libre en actividades y hobbies .
Decir también que la necesidad de asistencia social de los pacientes de nuestra unidad no es muy elevada (27%)



CONCLUSIONES

- Las visitas tienen gran importancia por el apoyo que supone para el paciente y su familia lo que conlleva una relación más estrecha entre el paciente y la enfermera.
- La atención personalizada al paciente en su entorno da lugar a que el paciente sea más receptivo a cualquier información.
- Durante la visita existe el clima adecuado para detectar problemas, tanto derivados de la propia técnica como de interrelación personal.
- Después de haber realizado dos estudios se ha comprobado que existe una mejoría en los resultados, creemos que puede ser debido a que el paciente elige libremente el tratamiento. Todo esto coincide con el inicio de las informaciones prediálisis en 1996 y con el incremento de visitas domiciliarias.
- La necesidad de asistencia social ha disminuido, todo ello es motivado porque la mayor parte de nuestros pacientes conviven con familiares que suplen determinadas necesidades.

BIBLIOGRAFIA

Visita Domiciliaria en DP. Seguimiento retrospectivo durante tres años. R. Sobrino, T. Aterino A. Guerra, J. Frasset, M. Vallo, F. Herrera. XX Congreso Nacional de la Seden.

Valor de la visita domiciliaria en la prevención de las infecciones. Hospital Nuestra Señora del Pino. R. Sobrino, C. Cruz, T. Aterino, A. Guerra, J. Frasset, M. Vallo, F. Herrera. XXI Congreso Nacional de la Seden.

Home Visit Effectiveness for Peritoneal Dialysis Patients. L. Ponferrada, B.F Prowant, L.M. Schmidt, L.M Burrows, R.J. Satalowich, C. Bartelt.

A Home visit Program for CAPD. V. Warmington. Wandsworth Community Health Trust, London. United Kingdom.

Visita Domiciliaria en DPCA. M.Tejuca Marengo, P. Gallardo Gines. Congreso Nacional de la Seden.