



# Trabajos de Nefrología

*La Srta Ana Rochera, a la cual se le concedió como es sabido por todos la beca de nuestra Sociedad, para ayuda de estudios, nos remite sus experiencias vividas en las distintas Unidades Renales visitadas en Inglaterra.*

*Esperemos imitarla algún día y mientras tanto nos sirvan sus experiencias para ampliar nuestros conocimientos.*

*Ana, muchas gracias de todos.*

*Ana Rochera Gaya, realizó los estudios de A.T.S. en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, promoción 1968/71, desde entonces trabaja en la Ciudad Sanitaria de la S.S. "La Fe" de Valencia, en los servicios de U.V.I. y Nefrología, respectivamente.*

## Visita a cinco unidades renales de Inglaterra (1)

Durante el presente año, he tenido la ocasión de pasar tres meses (desde Febrero a Mayo) en el Churchill Hospital de Oxford, enviada por el servicio de Nefrología de la C.S. "La Fe" para aprender aspectos técnicos y organizativos sobre la CAPD y sobre la coordinación en el trasplante renal. Tuve la oportunidad de visitar cinco hospitales ingleses para ver las distintas formas de organización de la CAPD.

A este fin me fue otorgada una beca de nuestra Asociación. A mi vuelta, y a requerimiento de nuestra presidenta Mari Carmen Pérez Sedeño y de Josefina Ruíz (encargada de la redacción de BISEAN), os voy a contar a grandes rasgos esta visita.

Los hospitales que he visitado, salvo los del centro de Londres, están situados en zonas verdes y tranquilas y por lo general son pequeños y muy antiguos. Lo que más llama la atención al entrar en estos hospitales es el silencio que hay y el hecho de que no fume nadie, tanto en los pasillos como en los servicios.

En todo el Reino Unido hay 795 pacientes en CAPD (según datos de la EDTA) hasta 1981, y es una forma de diálisis muy bien aceptada entre los enfermos no sólo por los de edad avanzada, sino también por los jóvenes que o bien quieren sentirse más libres o bien la prefieren a la HD porque van a tener una corta espera para un trasplante.

Todos los centros que he visitado tienen de 30 a 65 pacientes en CAPD y la organización varía considerablemente de unos a otros como ya os contaré.

El Churchill Hospital está situado a 5 km de Oxford, en una preciosa zona verde y tranquila. Es el único centro de CAPD de toda la Oxfordshire que cubre una población de dos millones de habitantes.

La unidad renal consta del Laboratorio de Nefrología, la unidad de HD con catorce puestos que funcionan las 24 horas del día, y la sala de hospitalización con seis camas para trasplantes y veintidos para el tratamiento de las IRC, FRA, enfermos transplantados y algún caso excepcional en estudio, pues éstos se hacen en otro hospital.

El personal al cargo de la sala de hospitalización son: 4 supervisoras, 10 enfermeras de jornada completa, 4 de jornada reducida, 2 estudiantes que hacen jornada completa y 4 auxiliares.

Los turnos de trabajo al igual que en toda Inglaterra son:

1. Turno de mañana: de 7,45 a 16,30.
2. Turno de tarde: de 13,00 a 21,30.
3. Turno de noche: de 21,00 a 8,30 durante los siete días de la semana y descanso toda la semana siguiente.

El motivo de la superposición de horarios que va de 30 minutos a 3 horas y media, es para que los relevos de las personas que duran 30-45 minutos y los tiempos destinados a comida y/o té o café de los diferentes turnos quede siempre el paciente debidamente atendido.

El personal de Enfermería, a excepción de estos dos descansos, no sale del servicio a no ser que tenga que acompañar a un paciente a quirófano o ir a recogerlo junto con los celadores, pues es trabajo de enfermería el llevar la Historia clínica y dar el relevo a la enfermera de quirófano que lo recibe. Si el enfermo es enviado a realizarse una prueba dentro o fuera del hospital, independientemente de la situación clínica en que se encuentre, siempre irá acompañado de un componente del personal de enfermería.

Una cosa que me llamó mucho la atención es que no se puede administrar ningún tipo de medicación, tanto oral como inyectable, si no ha sido comprobada por dos personas, al igual que cualquier inyectable que se introduzca en la bolsa de CAPD. Este control es mucho más exhaustivo cuando la medicación que se va a dar al paciente es un psicotropo, en este caso se comprueba previamente el nombre y número de Historia del enfermo en su gráfica, en la identificación que lleva en la muñeca y preguntado verbalmente su nombre (si está consciente), se inyecta IM y firman en el libro las dos personas que lo han comprobado, anotando por supuesto el envase del que se ha extraído el inyectable. He dicho cuando se inyecta IM y no IV porque la enfermera inglesa, salvo en contadas ocasiones como en HD o algún caso aislado, no puede pinchar en la vena, bien sea para canalizar una vía o para extraer sangre para muestras de laboratorio, esto es trabajo del médico, por lo general el residente o el técnico (un ayudante médico).

Así que ya os podéis imaginar en nuestros servicios a nuestros queridos médicos a las ocho de la mañana con un carro lleno de bandejas con los tubos para muestras, extrayendo la sangre para los controles o pinchando los goteros.

Como habréis observado, el número de auxiliares es mínimo, por lo que la enfermera tiene que hacer muchos trabajos que nosotros hemos delegado en nuestras compañeras auxiliares.

La enfermera recibe toda la información sobre el paciente, cambios en los protocolos, etc., por medio de la supervisora, nunca directamente del médico, el sistema de jerarquías es algo que ví muy marcado, no sé si asimilado, de todas formas no ví nunca rencillas entre compañeras.

En el Churchill Hospital hay 65 pacientes en programa de CAPD desde 1978 en que empezó el programa, estos pacientes están ubicados en la sala de hospitalización y los cambios de bolsa los hacen en la propia habitación y en su mesita de noche.

El tiempo de aprendizaje varía de 10 a 30 días, con una media de 20 días. Los pacientes que menos días han tenido de aprendizaje han sido los procedentes de HD domiciliaria.

La información sobre este sistema de tratamiento se la da la supervisora o una enfermera encargada de la CAPD, pero el cambio de bolsa la puede hacer cualquier enfermera que esté de turno. Se les pesa una vez vaciada la bolsa de la noche y diariamente se les hace recuento leucocitario por medio de una cintas reactivas, y dos veces a la semana cultivo de líquido.

La dieta es completamente libre pero dependiendo de las cifras del P y del K. No han tenido problemas con el colesterol y los triglicéridos.

El índice de peritonitis en 1981 fue de una cada 17 meses/paciente.

El cambio de línea se hace una vez cada 6 semanas en el hospital.

Se les visita a casa a la semana de haberseles dado el alta hospitalaria, nunca de una forma periódica por falta material de tiempo y personal.

En todos los hospitales que he visitado tienen un administrador de diálisis domiciliarias, por lo que es él quien negocia directamente los precios con las casas comerciales y no la National Health, ésta es la que abona al hospital el precio convenido por enfermo dializado, por eso he visto que el costo de un enfermo varía según el hospital al que pertenece.

En cuanto a la HD, en el Reino Unido, un 60-65 por 100 de los enfermos se dializan en sus propios domicilios, bien ayudados por un familiar o llevando por completo él sólo su propia HD. Si el paciente vive sólo en su casa o sin posibilidad de contar con la compañía de un familiar durante las horas de HD, entonces pone un anuncio en el periódico para pedir un voluntario que le haga compañía en la sesión de HD, esto es algo muy corriente y siempre hay personas que se brindan a hacer estos actos altruistas.

El paciente inglés en la HD es activo y no pasivo, cuando va al hospital, si es que se dializa allí por problemas médicos, se prepara su propio riñón, ayuda a la enfermera dándole el material para empezar la HD, se hace el control de coagulación tres veces durante la sesión, y al finalizar se prepara la conexión del formol para limpiar su dializador; en todo el Reino Unido se reutilizan los dializadores de 5 a 20 veces dependiendo de los centros o de la presión de ultrafiltración que se haya puesto durante la HD. Todo esto hace que el coste para el tratamiento de la IRC sea más bajo que en España.

Por lo general, los pacientes que he conocido llevan de 1 a 2 kg interdiálisis, por lo que la HD no suelen ser muy agresivas, y la dieta suelen llevarla bastante bien, aunque (claro está) siempre hay algún caso aislado que la ignora por completo.

En este centro tenían 110 enfermos en HDD y la organización para este volumen de pacientes es el siguiente: todos los enfermos deben disponer de un teléfono para que si tienen un problema médico llamen al hospital a un teléfono dedicado exclusivamente a esta finalidad, la unidad de HD funciona las 24 horas del día, de ser posible el problema se soluciona telefónicamente, de lo contrario se traslada al paciente a la unidad. A este mismo teléfono llaman si tienen un problema de tipo técnico y si por lo

que cuentan es un problema que requiere la presencia de un técnico, éste se traslada al domicilio del paciente. En otro caso se localizará a un ayudante técnico, el cual se traslada a casa del paciente y soluciona por lo general el problema.

El ayudante técnico es una persona con experiencia en HD, bien sea porque haya trabajado en la unidad como auxiliar, o bien como era el caso de una de ellas porque había dializado a su marido durante 10 años.

Para toda la zona en la que viven estos enfermos, con un radio de 100 km alrededor de Oxford, hay tres ayudantes técnicos situados al Norte, Sur y Este respectivamente.

Por lo general, no surgen grandes problemas durante la HDD.

