

TRABAJO GANADOR 1^{er} PREMIO

SORIN-BIOMEDICA 1982 (1^a Edición)

SITUACION ACTUAL DE LA HEMODIALISIS DOMICILIARIA TRAS LA VALORACION DE LOS RESULTADOS DE ESTA TECNICA EN UN CENTRO CON OCHO AÑOS DE EXPERIENCIA

L. Andreu
A. Vives
Servicio de Nefrología
Hospital Clínico y Provincial
Barcelona

INTRODUCCION

El fenómeno de la hemodiálisis domiciliaria (HDD) surge ante el doble hecho de que la técnica de la hemodiálisis es relativamente sencilla y susceptible de ser realizada por personas no tituladas y también por el bloqueo y saturación de los centros hospitalarios debido al aumento progresivo del número de pacientes subsidiarios de tratamiento de depuración extrarrenal.

La primera HDD de la que se tiene noticia se practicó en el año 1961 en Japón, país que paradójicamente no ha desarrollado en absoluto esta forma de tratamiento; en 1964 Scribner y Merrill en Estados Unidos y paralelamente Shaldon en Inglaterra inician sus programas de HDD; en 1965 el mismo Shaldon trata al primer paciente domiciliario del continente europeo; este paciente un escalador de nacionalidad suiza demostró su excelente rehabilitación continuando con la práctica del alpinismo. Dos años después el n^o de pacientes domiciliarios registrados por la Sociedad Europea de Diálisis y Trasplante es de 34 (2,8 por 100 del total de pacientes registrados) aumentando este número de forma notable, siendo en 1976 de 5.166 (que representa un 23 por 100 del total de pacientes registrados). El último año 1981 el n^o se elevó a 6.563. El éxito de esta modalidad de tratamiento está motivado por las indudables ventajas que ofrece. El mejor control de las infecciones y el ser la forma de tratamiento que da el mayor índice de supervivencia son los principales puntos positivos en el campo sanitario; el resto de las ventajas que ofrece son primordialmente de orden socioeconómico, por tanto los fenómenos sociales han influido decisivamente en su desarrollo.

La enfermería ha jugado un importante papel en el desarrollo de la HDD y se le han abierto nuevos caminos en el campo profesional; se ha asignado a la enfermería gran parte de labor en las misiones de entrenamiento, control y seguimiento de los pacientes, se ha potenciado una superespecialización "la enfermera de domicilio" en el ya especial campo de la enfermería de nefrología. No ha restado importancia a la enfermería el hecho de que el paciente y su familia pudieran realizar por sí solos trabajos que en principio parecían exclusivos del personal sanitario sino que ha creado nuevas formas de ejercicio profesional.

En nuestra experiencia hemos tenido las enfermeras un papel fundamental en la puesta en marcha y seguimiento del programa de HDD, por esto pretendemos ahora a largo plazo evaluar los resultados.

OBJETIVO

Se pretende dar una visión actualizada de cual es hoy la situación de la HDD evaluando los resultados de un programa por medio de un estudio económico, la comprobación del grado de aceptación de los pacientes y sus familiares así como de los resultados generales en cuanto a la rehabilitación y morbilidad de dichos pacientes.

MATERIAL Y METODO

Desde el año 1974 en que se inició en nuestro Servicio el programa de HDD hemos instalado en su domicilio a 36 pacientes (Fig. 1) de ambos sexos pertenecientes a diferentes clases sociales y de un nivel cultural medio-alto (Fig. 2); todos ellos son ayudados por un familiar en primer grado: cónyuge en 30 casos, madre en 4 casos y hermana en 2 casos.

Todos ellos tienen habilitada una estancia en su casa para la práctica de la diálisis; en dos casos el paciente por falta de espacio utiliza su propio dormitorio (Fig. 3 y 4), solución que no nos satisface plenamente pero que hasta la fecha no ha planteado ningún problema a estos pacientes.

En la habitación se ha instalado una toma de agua de red, un desagüe con toma directa para la manguera del dializador, un enchufe trifásico con toma de tierra de 30 amperios más dos enchufes auxiliares, un foco que ilumine directamente la zona y una luz de emergencia con baterías. Asimismo se instala un timbre al alcance del paciente audible en toda la vivienda y un teléfono, se colocan estanterías para almacenar el material, si es posible se construye una mampara o armario para recoger el dializador cuando no se use.

La calidad del agua de red en nuestra región hizo necesaria la instalación de equipos de regeneración de agua por medio de columnas de resinas de intercambio iónico.

La administración del Hospital se hizo cargo de sufragar las obras de adecuación así como del material necesario.

Hasta el año 1981 se proveía a los pacientes de un riñón artificial de recirculación; a partir del último año se les instala una máquina proporcionadora automática (Fig. 5); en este año hemos iniciado un plan de modernización de los equipos por lo que se han desechado las máquinas de los 7 pacientes más antiguos supliéndolas por nuevos modelos. Este programa prevee en 3 años la sustitución completa de los modelos anticuados.

Se creó en la Unidad un equipo humano capaz de atender a estos pacientes: un médico y una enfermera se hicieron cargo del trabajo de a) selección y mentalización b) entrenamiento c) control y seguimiento de dichos pacientes.

Selección y mentalización de pacientes

En una primera época la situación de la hemodiálisis era precaria y había escasez de plazas por lo que muchos pacientes morían por falta de tratamiento. En esa coyuntura se animaba a los pacientes potencialmente disponibles para la HDD y se les mentalizaba a trasladarse a su casa argumentando que la plaza hospitalaria que él dejaba libre podía ser utilizada por otra persona que de otra forma no dispondría de plaza alguna. Naturalmente procuramos seleccionar a los pacientes que obtendrían más ventajas respecto a desplazamientos (es decir que vivían lejos del hospital) y horarios; no obstante en principio varios de nuestros pacientes se mostraron reacios a la idea y en varios casos tuvimos que usar de todas nuestras dotes de persuasión.

Hoy día la situación ha cambiado; en Cataluña la iniciativa pública y privada permiten que haya un número de plazas en hospitales y centros suficientes para cubrir la demanda, por otra parte el desarrollo de las técnicas de la diálisis permiten acortar ventajosamente las horas de tratamiento, por tanto los argumentos sociales a favor de la HDD han disminuido.

El gran beneficio social que indudablemente se obtiene con la HDD sólo es rentable en un programa nacional a gran escala y sin duda esporádicos esfuerzos individuales tienen una influencia muy pequeña en los problemas socio-económicos que el tratamiento de la insuficiencia renal lleva consigo.

Varios son los factores que dificultan la aceptación de la HDD por parte de los pacientes: el miedo, la necesidad de someter a un familiar a un trabajo y responsabilidad extra, los gastos que puede ocasionar.

En la actualidad pues, los candidatos a la HDD son escasos y suelen ser personas con características muy especiales (personas que viven lejos de cualquier centro, profesionales con horarios de trabajo complicados, personas con carácter muy independiente, etc.).

Entrenamiento

En todos los casos los pacientes sin capaces de realizar por sí mismos todo el proceso de la diálisis. Fue nuestro objetivo que el familiar simplemente colaborara con él, esto sólo se ha conseguido parcialmente y en muchos casos el familiar es el que prepara la máquina y lleva la responsabilidad de la diálisis.

Elaboramos un protocolo de enseñanza escrito que no se demostró excesivamente útil por lo que gran parte del entreno del paciente y su familia se lleva a cabo de una forma personal y directa por la enfermera encargada. La enseñanza se hace pues individualizada y a demanda de la capacidad del paciente. Queremos hacer hincapie en que el nivel cultural no influye en la rapidez del aprendizaje y personas poco cultivadas llevan con gran corrección todo el proceso de la HDD. La esposa de uno de nuestros pacientes es analfabeta y tuvimos que idear un sistema de signos y colores que sustituyeran las palabras impresas en la máquina lo cual no fue óbice para que esta señora pudiera dializar con éxito a su esposo durante 5 años.

El tiempo necesario para un entrenamiento completo ha variado si bien en general puede ser considerado de tres meses. En nuestro caso los trámites burocráticos necesarios para instalar a los pacientes en su casa han sido lentos y nos han permitido entrenar a los pacientes con comodidad.

La enfermera encargada hace periódicas sesiones de reciclaje que se demuestran muy útiles como recordatorio y enseñanza de nuevas técnicas.

Control y seguimiento

La enfermera encargada visita periódicamente a los pacientes en su domicilio donde comprueba la técnica de la HDD así como el estado del paciente; el técnico de la Unidad hace revisiones sistemáticas del funcionamiento del aparato y demás utillaje.

Los pacientes son controlados ambulatoriamente por un médico de la Unidad el cual los visita cada 4 meses; si plantean algún problema se les incluye en la metodología de asistencia de los pacientes que se tratan en el Centro asimismo el ritmo de análisis y exploraciones periódicas es el mismo que el de la Unidad general.

Suministros

Los pacientes en HDD envían mensualmente una hoja de pedido (Fig. VI) al Hospital con el material que necesitarán; la enfermera encargada lo tramita en el almacén general el cual lo suministra directamente al domicilio del paciente. Los pacientes que residen fuera de la ciudad reciben el material cada 2 meses.

En todo momento el personal de la Unidad colabora en el tratamiento de estos pacientes y en la solución de cualquier consulta o problema que puede plantearse durante la hemodiálisis; una de las líneas del servicio telefónico de la Unidad se reserva preferentemente para esto.

Ingresos hospitalarios

La Unidad reserva plazas hospitalarias para estos pacientes; en ellas no sólo se resuelven los problemas médicos sino que los pacientes se tratan de forma ambulatoria cuando siguen un reciclaje o bien cuando su ayudante tiene algún problema; en algunos casos al detectar cansancio o una tensión excesiva por parte del familiar hemos considerado conveniente en darle un período de descanso y que el paciente se dializara temporalmente en el Hospital.

Vacaciones y desplazamientos

Los pacientes en HDD suelen, como los pacientes tratados en la Unidad, utilizar los servicios de otros centros y solicitar plaza en ellos para sus vacaciones y viajes. La Unidad dispone de un riñón artificial portátil (Ready) que es usado por varios pacientes en períodos de desplazamiento largos.

Dos pacientes trasladan su propio aparato a su domicilio de verano.

Trasplante renal

Queremos considerar la HDD como un compás de espera para el trasplante renal y siempre que no hay contraindicación médica incluimos a nuestros pacientes en lista de espera.

Estudio de costos

Se ha hecho un estudio de costos relativo y comparativo con la diálisis hospitalaria y a tenor de los resultados de estos ocho años, hemos incrementado los costos de material con las necesidades reales de plazas hospitalarias, personal y renovación de material.

Encuesta de aceptación

Con el fin de conocer el grado de aceptación de los pacientes y su familia se elaboró una encuesta (Figs. 7, 8, 9, 10) que fue contestada de forma anónima para garantizar al máximo su fiabilidad. En ella se intenta conocer la opinión de los pacientes respecto a la infraestructura de la HDD y el efecto beneficioso o perjudicial que ejercía esta forma de tratamiento en ellos y en su relación con la familia.

RESULTADOS

De los 36 pacientes que han constituido nuestro programa 2 han fallecido (1 hemorragia cerebral, 1 carcinoma intestinal) lo que supone una mortalidad de 1,07 por 100 pacientes año que contrasta ventajosamente con la cifra de 10 por 100 pacientes año que se admite en las unidades de diálisis; esto no es muy significativo ya que la selección previa a que se someten los posibles candidatos para HDD hace que estos datos no sean estadísticamente comparables aunque indudablemente demuestran que esta modalidad terapéutica ofrece una excelente supervivencia.

Tres pacientes volvieron al Hospital, 2 por falta de adaptación de su familiar y 1 por problemas clínicos. Cuatro han sido trasplantados con éxito.

Los 27 pacientes que se encuentran en la actualidad en HDD (Fig. 1) muestran una excelente rehabilitación: 25 se encuentran totalmente rehabilitados y trabajan adaptando sus horarios de diálisis al horario laboral, 2 no trabajan pero cuidan de sí mismos y realizan tareas no laborales.

Ingresos y diálisis en el Hospital

16 pacientes requirieron de ingresos hospitalarios por períodos que oscilaron entre 2 y 36 días; también 16 pacientes requirieron de diálisis ambulatorias en el Hospital por fallo del familiar, problemas sociales o problemas médicos no graves. El número máximo de pacientes que se trataron simultáneamente en el Hospital fue de cuatro. Todo ello nos indica que debemos reservar una plaza hospitalaria para ellos.

Estudio de costos

La actual situación económica con sus altos índices de inflación hace que se desfasen rápidamente los valores absolutos del costo real de la HDD. No obstante pueden tenerse en cuenta una serie de factores que interfieren en el precio de la HDD y que permiten al menos obtener unos datos relativos comparándolo con la diálisis hospitalaria. Estos factores primordialmente son:

— Adecuación de la vivienda; no interfiere demasiado en el costo del programa general ya que a) es un montante relativamente modesto (200.000 Ptas) b) es un gasto único e irrepetible.

— Amortización de utillaje. En nuestro caso 1 máquina ha durado al mismo paciente una media de 7 años por lo que el costo total de la dotación (parte de la cual no ha sido sustituida) debería dividirse entre las 1.092 HDD que practicó el paciente, siendo que en 1978 un equipo completo costó 400.000 Ptas. tras cada diálisis se debería incrementar en 370 Ptas.

Es difícil hacer un estudio comparativo con la renovación de material en la hemodiálisis hospitalaria en la que el material se renueva más frecuentemente pero es aprovechado para un mayor número de pacientes. Preveemos que el desarrollo de las técnicas de la hemodiálisis hará que en el futuro se desfasen con más rapidez los modelos de aparatos por lo que creemos que la modernización de material se debe hacer en los próximos años con más frecuencia de la anteriormente citada.

El gasto de material desechable es similar en casa que en el Hospital ya que al ser éste el que lo suministra al paciente es el único comprador para uno u otro tipo de paciente. El costo de la HDD debe incrementarse con el precio del transporte mensual de material del almacén del Hospital al domicilio del paciente.

— Necesidad de plaza hospitalaria. Hemos visto que 30 pacientes necesitan de un puesto de HD hospitalario (tres turnos, 6 pacientes). En nuestra Unidad de 13 plazas reservamos una para los pacientes en HDD y en las 12 restantes se tratan una media de 54 pacientes por lo que la necesidad de plaza hospitalaria para el paciente tratado en la Unidad es de 0,20 mientras que la del paciente en HDD es de 0,03. Suponiendo que el gasto general de una plaza hospitalaria sea de 10.000 Ptas el incremento que se debe dar a un paciente hospitalario en concepto de necesidad de plaza es de 2.000 Ptas y en el de HDD es de 300 Ptas.

— Necesidad de personal de enfermería. En nuestro caso el personal de enfermería que se dedica a los pacientes domiciliarios es de 1 enfermera, a ésta habrá que incrementar la parte proporcional de personal de enfermería que dispone la plaza que se reserva para la HDD en el hospital. En la Unidad las 13 plazas son atendidas por 19 enfermeras lo que representa 1,4/persona-plaza; 54 enfermos son atendidos por 16,8 personas, los 30 enfermos en HDD son atendidos por 1,4 personas de su plaza hospitalaria más 1 persona (la enfermera de domicilios) total 2,4 personas. Suponiendo que una enfermera cueste al Hospital 100.000 Ptas. mensuales, 54 enfermos gastan en concepto de atención de enfermería 1.680.000 Ptas/mes y 30 enfermos gastan 240.000 Ptas en el mismo concepto.

En nuestro caso los pacientes sufragan los gastos de agua y luz que su hemodiálisis tiene. Creemos que la administración debería hacerse cargo de estos conceptos pues la HDD no debe reportar ningún gasto extraordinario al paciente.

ESTUDIO DE ACEPTACION

La encuesta anteriormente citada se entregó a los 30 enfermos que componían el programa y fue contestada por 27 (90 por 100 del total).

Los resultados de las respuestas en por 100 figuran en las figuras 7, 8, 9, 10 al margen de las preguntas.

Cabe destacar como puntos más significativos:

1) Familiar. El 55 por 100 consideran que tenían unos conocimientos insuficientes al empezar el programa, situación que en la actualidad ha mejorado (18,5 por 100). El 48,5 por 100 consideran que la responsabilidad y el 33,3 por 100 el trabajo con excesivos.

Un 85,1 por 100 contestaron que el hecho de ayudar a su familiar era positivo para sus relaciones y un 88,8 por 100 afirmaron estar contentos de que su familiar se dializara en casa.

2) Respecto a los pacientes cabe destacar: Un 100 por 100 se manifestaron contentos de dializarse en casa, un 92,5 por 100 se creen capacitados para practicar por sí mismos la diálisis si bien sólo un 37 por 100 lo hacen y la mayoría (77,7 por 100) delegan una parte o toda la responsabilidad en su familia.

Un 85,1 por 100 consideran correcta la asistencia que se les proporciona.

De las mejoras materiales que solicitarían de la administración no se definieron mayoritariamente y tan sólo un 59,2 por 100 afirmó desear un cambio de utillaje.

El 92,5 por 100 contestaron no desear volver al Hospital a dializarse y un 14,8 por 100 volvería con la condición de que los horarios se adaptaran a sus preferencias.

Queremos observar que el excelente resultado de esta encuesta nos sorprendió ya que nos parecía detectar de una forma inespecífica más quejas y disconfort que los que los resultados reflejan si bien es verdad que de los enfermos encuestados ninguno ha solicitado nunca volver al Hospital.

De lo anteriormente expuesto podemos obtener las siguientes conclusiones.

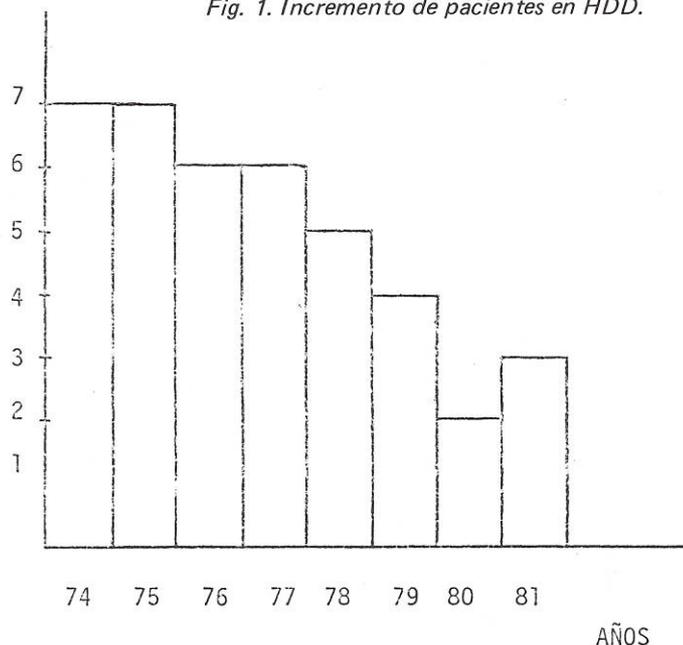
CONCLUSIONES

- 1) En la actualidad la HDD si bien necesita de una infraestructura adecuada es una modalidad terapéutica útil que ofrece una excelente supervivencia y es susceptible de ser realizada por cualquier Servicio de Nefrología.
- 2) Los pacientes en programa de HDD y sus familiares acusan a menudo las tensiones y el trabajo que el tratamiento conlleva; sin embargo en último término prefieren éste a la diálisis hospitalaria.
- 3) Pese a que los costos de la HDD deben ser incrementados con una previsión de plazas hospitalarias y un programa de renovación y modernización periódica del material continúa siendo una forma más barata de tratamiento que la HD hospitalaria.
- 4) No es previsible a corto plazo un gran auge de la HDD teniendo en cuenta la abundancia de plazas de diálisis en centros y el escaso interés de la iniciativa privada; sin embargo estos factores pueden cambiar en función de la situación política y socioeconómica del país.

BIBLIOGRAFIA

- 1) A.J. WING; M. MAGOWAN: La Unidad Renal. Pamplona 1979.
- 2) C.L. HAMPERS, E. SCHUPACK: Long-term Hemodialysis. New York, 1967.
- 3) W. DRUKKER, F.M. PARSONS, JF NAHER: Replacement of renal function by dialysis. 1978.
- 4) S. GUERRA, P. ALONSO: Hemodiálisis en casa, dependencia del centro hospitalario. Resúmenes IV Congreso ATS Nefrología, 3, 1979.
- 5) C. MOSECULA, M.A. MARTINEZ, S. RAMON, C. SEGOVIA; I. GUERRA: Indices de rentabilidad de un programa de diálisis en casa. Resúmenes V Congreso ATS Nefrología, 1980.
- 6) L. ANDREU: Nuestra experiencia en diálisis domiciliaria. Resúmenes II Congreso ATS Nefrología, 1976.
- 7) P. KRAUSE. Aim and structure of the home dialysis training. Proc. EDTNA 4: 52, 1976.
- 8) C. ROBERTS, L. PAVITT: The value of a home dialysis nurse to a renal unit. Proc. EDTNA 5: 27, 1977.
- 9) RA BAILLOD, C. COMTY, M. ILAHI, FID KONOTÉY-ALMLU, L. SERILL, S. SHALDON: Overnight hemo-dialysis in the home. Proc. EDTA 2: 99, 1965.
- 10) S. SHALDON: First European Home dialysis patient. Dialysis & Transplantation Vol. 11, 86, 1982.
- 11) R. MATESANZ, R. MARCEN, C. QUESADA, J. ORTUÑO: Control de peso y presión arterial en enfermos en diálisis en casa. Nefrología II: 39, 1982.
- 12) Statistical Reports. Proc of the EDTA del año 1967 al 1981.
- 13) Informe del Registro de la Sociedad Española de Nefrología del año 1972 al 1981.

Fig. 1. Incremento de pacientes en HDD.



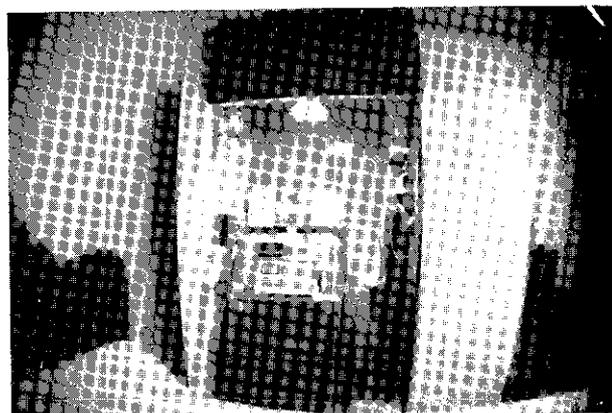
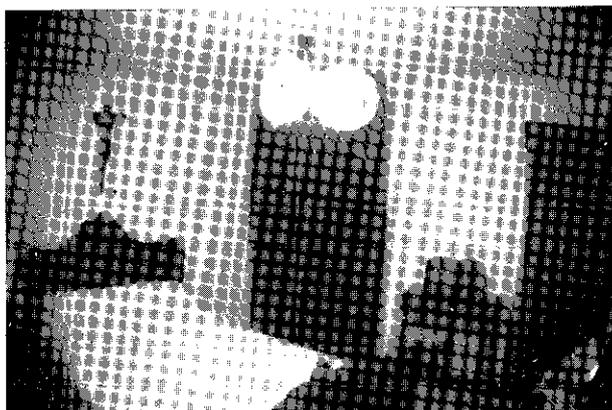
	SEXO	EDAD (años)	ENF. BASE	Tº EN HDD (meses)	PROFESION	FAMILIAR	SITUA- CION ACTUAL*
LC.	V	30	Poliquistosis	96	Contable	Esposa	1
C.R.	H	54	Poliquistosis	60	S.L.	Esposo	1
J.M ^a E.	V	52	Nef. Lobulillar	57	Maestro	Esposa	1
I.C.	H	56	Poliquistosis	53	Religiosa	Compañera	1
V.S.	V	50	Nef. no filiada	45	Ingeniero	Esposa	1
V.M.	V	60	Nef. no filiada	44	Comercio	Hermana	1
F.D.	V	43	Nef. intersticial	43	Economista	Esposa	1
M.P.	H	63	Nef. no filiada	22	ATS	Esposo	1
M.S.	H	53	Poliquistosis	22	S.L.	Esposo	1
P.B.	H	30	Poliquistosis	17	S.L.	Esposo	1
A.V.	V	43	Nef. no filiada	14	Abogado	Esposa	1
E.S.	V	50	Nefroangioesclerosis	4	Comercio	Esposa	2
V.D.	V	20	Nef. endo y extra	36	Estudiante	Madre	2
R.I.	H	28	Nef. mesangiocapilar	20	Médico	Madre	2
J.P.	V	33	Nef. no filiada	36	Comercio	Esposa	1
T.P.	V	53	Nef. no filiada	52	Comercio	Esposa	1
R.C.	V	34	Nef. membranoprolif.	65	Ing. Técnico	Esposa	2
F.O.	V	40	Nef. glomerular	105	Médico	Esposa	1
M.V.	V	56	Poliquistosis	103	Maestro	Esposa	1
T.C.	H	33	G.N.C.	99	Contable	Madre	1
B.C.	V	66	Nef. familiar	91	Comercio	Esposa	3
P.C.	V	31	G.N.C.	90	A. Fiscal	Esposa	1
J.M.	V	49	G.N.C.	24	Comercio	Esposa	Exitus
JM.P.	V	30	G.N.C.	20	Estudiante	Madre	3 (Hospital)
F.M.	V	60	G.N.C.	26	Comercio	Esposa	Exitus
J.M.	V	62	Nef. no filiada	84	Comercio	Esposa	1
A.M.	V	60	Nef. no filiada	82	Técnico	Esposa	3 (Hospital)
S.R.	V	50	Sin vasc. hipertensivo	78	Comercio	Esposa	1
L.S.	V	57	Poliquistosis	78	Pintor	Esposa	1
M.P.	V	48	Nef. no filiada	72	Tornero	Esposa	3
E.G.	V	48	Nef. no filiada	26	Comercio	Esposa	1 (Hospital)
R.O.	V	63	G.N.C.	72	Abogado	Esposa	1
V.P.	V	35	Glo. extracapilar	68	Camarero	Esposa	1
C.O.	H	34	Glo. lobulillar	68	S.L.	Esposo	1
J.C.	V	34	G.N.C.	65	Ag. bolsa	Esposa	1
J.R.	V	47	G.N.C.	64	Comercio	Esposa	1

* N^o 1. Trabajo a tiempo total o parcial.

N^o 2. Trasplantado.

N^o 3. No trabaja pero puede cuidarse y realizar pequeñas tareas.

Fig. 2. Características de los pacientes en HDD.



Figs. 3 y 4. Adecuación domicilio.

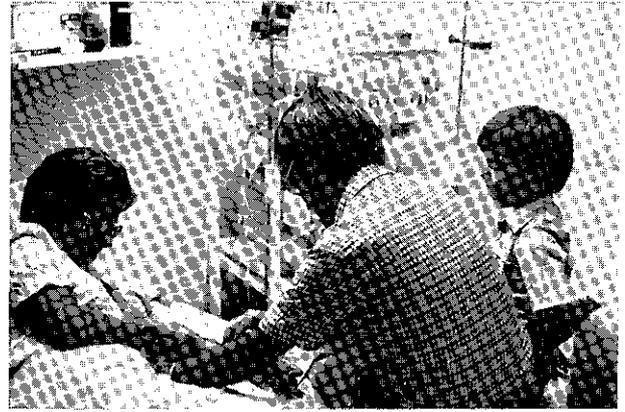
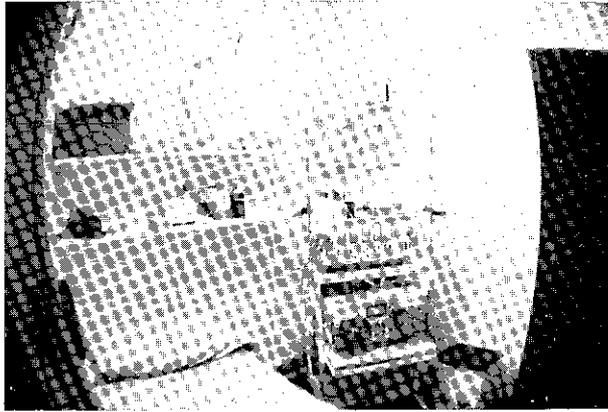


Fig. 5. Instalación de domicilio dotado de máquina automática

**Departamento de Almacén
Hospital Clínico y Provincial**

Ruego suministren en el domicilio del paciente D.
domiciliado en, calle.....
nº piso, teléfono....., el siguiente material correspondiente
a las necesidades del mes de

Producto	Cantidad
Coils Flo II	
Arterias Flo II	
Venas Flo II	
Goteros Intrafix	
Equipos heparinización regional	
Jeringas 50 cc. heparinización	
Tallas papel	
Jeringas 20 cc. cono luer	
" 10 cc. " "	
" 5 cc. " "	
" 2 cc. " "	
Agujas 0,9 x 40	
Agujas fístula canulation set	
Agujas 0,6 x 25	
Sosa cáustica	
Acido clorhídrico	
Gasas	
Deogem-Plus	
Dicaloid	
Isolator	
.....	
.....	

Fig. 6. Formulario petición de material.

**Departamento de Farmacia
Hospital Clínico y Provincial**

Ruego suministren en el domicilio del paciente D.
el siguiente material:

Producto	Cantidad
Renarsol	
Glucosa	
Alcohol	
Alcohol iodado	
Esparadrapo papel mediano	
Esparadrapo tela mediano	
Suero fisiológico	
" glucosado	
" glucosalino	
Redoxon 1 gr. e.v.	
Heparina 1%	
Becozyme inyectable	
.....	
.....	
.....	
.....	

Fig. 6 bis.

ENCUESTA PARA FAMILIARES DE PACIENTES EN HD DOMICILIARIA

- 1) Cuando su familiar empezó a dializarse en casa Vd. tuvo alguno de los siguientes problemas:
 - Consideró sus conocimientos insuficientes SI 55,5%
NO 45,5%
 - Consideró que tenía una responsabilidad excesiva SI 85,1%
NO 14,8%
 - Consideró que el trabajo era excesivo SI 40,07%
NO 55,5%

- 2) Actualmente, ¿cuál es su punto de vista respecto a los mismos problemas?
 - Considera que sus conocimientos son suficientes SI 81,4%
NO 18,5%
 - Considera que su responsabilidad es excesiva SI 48,1%
NO 44,5%
 - Considera que el trabajo es excesivo SI 33,3%
NO 62,9%

- 3) Cree que el hecho de colaborar con su familiar en su tratamiento ha sido una buena prueba de su afecto hacia él y por tanto una ayuda positiva en sus relaciones:
 - SI 85,1%
NO 7,4%

- 4) Cree necesarios cortos períodos de "descanso" (que Vd. puede utilizar para vacaciones o para entregarse a otra actividad) en los que su familiar se dialice en el Hospital
 - SI 44,5%
NO 55,5%

- 5) Se siente contento de que su familiar se dialice en casa
 - SI 88,8%
NO 7,4%

- 6) Preferiría que se dializase en el Hospital
 - SI 7,4%
NO 88,8%

OBSERVACIONES:

Figura 7.

5) ¿QUE MEJORAS MATERIALES SOLICITARIA A LA ADMINISTRACION?

- Pago de gastos ocasionados por la HD (agua, luz, etc.) 44,5%
- Retribución para su familiar 29,6%
- Cambio de utillaje 52,9%
- Otras (especificar) 7,4%

6) ¿VOLVERIA A DIALIZARSE EN EL CENTRO?:

- Adaptándose a los horarios que el centro puede ofrecerle
SI 7,4%
NO 92,5%
- Con el horario que Vd. prefriere
SI 14,8%
NO 7,4%

OBSERVACIONES:

Figs. 7, 8, 9, 10. Encuesta.

NOTICIAS

CURSOS

En el Centro MEDICO SALUS DE BARCELONA.
Tendrá lugar el 5º Curso de Diálisis para Enfermería.
Su duración será del 5 de Abril al 4 de Mayo del presente año.
Igualmente el día 9 de Mayo se celebraran las 2ª Jornadas Nefrológicas para enfermería.
Para más información llamar a dicho centro servicio de Diálisis. Teléfono: (93) prefijo de Barcelona.
247 04 00.
Preguntar por D. Joan Andrés.