

Asistencia domiciliaria del paciente anciano en diálisis

T. Doñate.

Fundació Puigvert. Barcelona

Diferentes estudios publicados estiman que actualmente un 60% de los pacientes que inician tratamiento sustitutivo renal tienen más de 65 años y un 30% más de 75 años. En ellos la nefropatía de base se asocia a patología cardiovascular, predominantemente diabetes e HTA, y a la patología habitual en pacientes ancianos como nutrición problemática, enfermedad osteoarticular, alteraciones neurológicas y enfermedades cardíacas derivadas de la HTA, HVI, enfermedad coronaria isquémica, fibrosis miocárdica, etc.

Los programas de diálisis están formados por una población con pluripatología, déficit de autocuidados y problemática familiar con mayor responsabilidad ante una técnica "para siempre", generalmente controlados únicamente por las unidades de diálisis. Para poder llevar a cabo el tratamiento dialítico, el equipo responsable debe primero estudiar la situación domiciliaria del paciente; desgraciadamente muchos pacientes ancianos viven solos y el inicio del tratamiento comporta un cambio al domicilio de algún hijo, a un centro de crónicos o a la necesidad de una asistencia durante las 24 horas. En ocasiones son parejas de igual edad que pueden tener cuidado de sí mismos o se ven obligados, como en el caso anterior, a cambio de domicilio y en tercer lugar son pacientes ancianos que ya viven en el domicilio de algún hijo, con gran dependencia de ellos.

Para poder valorar la eficacia del tratamiento dialítico es importante tener en cuenta por un lado, la práctica correcta y adecuada de la técnica de diálisis además de tratar las complicaciones asociadas a la uremia, lo que comportará una mayor supervivencia del paciente; por otro lado, aumentar y mantener la calidad de vida del paciente y la familia teniendo como objetivo un completo bienestar físico, emocional y social mediante la adaptación del paciente y su entorno a la diálisis. No hay que olvidar que la calidad de vida de cualquier paciente anciano, desde el punto de vista físico (capacidad funcional), emocional (ansiedad, depresión, frustración, y/o inseguridad) o social ya es deficitario previo al inicio de la diálisis y se ve deteriorada desde el momento en que existen problemas de

movilidad, autocuidados o incapacidad, sentido de limitación, debilidad e inferioridad con deterioro de las relaciones sociales y poca participación en la comunidad. La calidad de vida del cónyuge e hijos también se ve disminuida desde el momento que pasan a tener limitación y dependencia ("no tener vida propia"), pérdida de relación esposo/hijos para cuidar al paciente, con limitación de autonomía de la familia e incluso tener que modificar la vida habitual con esfuerzo ante una falta de respuesta agraciada.

Todo ello comporta que en el momento de indicar el tipo de tratamiento dialítico, aunque existan claras indicaciones médicas hacia la diálisis peritoneal como la enfermedad cardiovascular, la tolerancia hemodinámica, de nutrición como las limitaciones de la dieta, de calidad de vida, horas fuera de domicilio y el transporte sanitario, también hemos de valorar el estrés que se presenta ante la responsabilidad de realizar la técnica al paciente o en la mayoría de los casos a la familia si éste no puede tener autocuidados o no puede realizar la técnica.

El objetivo principal de la asistencia domiciliaria al paciente anciano en diálisis es primeramente ofrecer todos los recursos para facilitar la adaptación al tratamiento ante "un diferente grado de satisfacción en función al logro de las expectativas iniciales o anteriores al inicio de diálisis", desde una perspectiva multidisciplinaria centrada en las necesidades del paciente gracias a la voluntad de integración de experiencias diversas. La asistencia domiciliaria debe estar dirigida desde diferentes niveles o escalones, posteriormente explicados y dirigidos también a diferentes atenciones subagudas, agudas o crónicas presentes en una población con problemas crónicos.

Si seguimos al movimiento de "Nuevas maneras de tratar a la población anciana", el hospital no es un entorno óptimo para la gente anciana y por eso se precisa de forma urgente una buena coordinación entre todos los elementos implicados en la atención o asistencia domiciliaria que no es otra que una buena distribución de las tareas para poder dar una respuesta concreta a los problemas que se presen-

tan. El primero de ellos es la necesidad de cuidadores en el domicilio que presentan un perfil de mayor insatisfacción y depresión comparado al de la población general, lo cual hace pensar que son discriminados o subtratados por la sanidad actual. Este problema, generalizado en todos los países, ha hecho que la política europea ante el cuidado de las personas mayores, no sea hacer más centros de crónicos sino dar más alternativas domiciliarias responsabilizando a las administraciones locales y municipales mediante un acercamiento y coordinación de los servicios necesarios dentro del desarrollo de técnicas del manejo de todos los cuidados con aumento de los recursos para asistencia domiciliaria.

La pregunta de ¿Quién hace la atención domiciliaria? Y siguiendo experiencias conocidas en Cataluña, otras autonomías y otros países, los programas de asistencia domiciliaria deben estar formados por médicos generales, especialistas, enfermería, fisioterapeutas y asistentes sociales; todos ellos asalariados por los Centros de Salud Pública, contratados por el Hospital (con convenio con la Sanidad Pública si son privados concertados) o independientes liberales facturados por actos médicos. La mejora de la asistencia domiciliaria está basada en la implicación de todos los niveles sanitarios: La Primaria, especialistas desde el Hospital y Servicios Sociales Municipales con la necesidad de una financiación que facilite la coordinación entre ellos y la no competición, creando plataformas de coordinación entre ellos y no la competición, creando plataformas de coordinación entre Servicios Sociales y Sanitarios. El equipo de asistencia domiciliaria debe ser valorado como un proceso responsable que coordina la valoración, posibilidad, evaluación y adecuación de los objetivos a conseguir; una organización más flexible que la UBA incrementando el tiempo de médicos y enfermeras para la atención domiciliaria; y modelo de financiación adecuada; lo que es lo mismo que equipos adhesionados y coordinados en el ámbito de la atención Primaria y especialistas con protocolos comunes, respeto mutuo con una continuidad mediante la información entre ellos, enfermería especializada sin duplicación de servicios y siempre con una financiación favorable. La responsabilidad debe ser compartida por los diferentes equipos. Se debe tener la capacidad de resolución del problema de atender, no de derivarlo. Repartir los servicios según el grado de complejidad del problema, prevalencia del mismo, la dependencia de técnicas específicas, la pluripatología y los problemas sociales, teniendo en cuenta que según la ubicación y la zona de asistencia, se precisarán diferentes procesos o abordajes de ellos. La complejidad del paciente crónico debe ser valorada de forma individual según la posibilidad social, su relación con el Hospital, sobretudo paciente medianamente frágil que requiere intervenciones frecuentes del especialista, o técnicas específicas. Se ha demostrado que en nuestro país, la insuficiencia renal crónica conjuntamente con los pacientes mayores de 65 años, la enfermedad pulmonar crónica, la insuficiencia cardíaca congestiva y pacientes con accidentes vasculares constituyen el 31,5% de los

ingresos de largas estancias hospitalarias.

Desde nuestra perspectiva, es decir desde el Hospital/Especialista (nefrólogo y pacientes en diálisis), la asistencia domiciliaria debe ser distribuida de la forma siguiente (utilizando los términos anglosajones clásicos): "Transitional Care", "Home care", Hospitalización domiciliaria y Asistencia Social.

"Transitional Care" puede ser definido como de que manera el paciente pasa del hospital al domicilio, desligándose de él pero sin desligarse de la asistencia del mismo; dentro de estos procesos estarían los destinados a aumentar la calidad de vida y autocontrol del paciente, rehabilitación y fisioterapia, nutrición e incluso soporte psicológico, todo ello problemas más relacionados con la edad, la pluripatología y el entorno de cada paciente, pero que al tratarlos puede ayudar a la adaptación al tratamiento con mejoría de la calidad de vida. Todos estos procesos tendrían mayor dependencia de la Asistencia Primaria.

"Home Care" es la asistencia domiciliaria de cuidados específicos. Cada vez existe más necesidad de ellos al tratarse sobretudo de una población con enfermedad crónica; en Cataluña ya funciona en un área que depende de un hospital de la Sanidad Pública y 2 centros concertados. Destaca entre ellos oxigenoterapia, pulmón de acero, ventilación mecánica, quimioterapia, antibioterapia, nutrición parenteral, tratamiento deplectivo en ICC, granulopenia febril... y como no, la diálisis peritoneal. Este área tiene mayor dependencia del Hospital o del Servicio Especialista de Referencia. El éxito radica en reutilizar siempre los recursos ya existentes sin tener que crear recursos suplementarios.

Actualmente en Estados Unidos, el 50% de los pacientes mayores de 80 años presentan 3 o más índices de discapacidad para la vida diaria y un 30% utilizan la asistencia domiciliaria. A partir de 1996, los pacientes se incluyen desde el hospital en que ingresan por procesos agudos y el propio hospital crea personal para la asistencia domiciliaria. En Inglaterra, la asistencia domiciliaria es llevada a cabo por profesionales liberales que cobran por acto médico; el incentivo monetario sirve para incrementar la actividad asistencial domiciliaria.

El objetivo de la Hospitalización domiciliaria es la disminución de ingresos hospitalarios, la estancia y las atenciones de urgencias. Es una alternativa asistencial de un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía precisan vigilancia activa y asistencia compleja. La actuación realizada en este tipo de asistencia debe ser corta, intensa, permeable y educativa mediante información continuada, llevada a cabo por un equipo multidisciplinario. El criterio de intervención a la asistencia domiciliaria será siempre en caso de una atención que requiere una duración superior a 60 días, procesos complejos con necesidad de aparatos, técnicas y toma de

decisiones muy específicas. La asistencia domiciliaria forma parte de un sistema integral dentro de todos los niveles socio-sanitarios cuyos resultados son difíciles de medir, pero que no son otros que la Realización de los objetivos propuestos en el tiempo adecuado y al coste preciso. Los parámetros de evaluación serían la accesibilidad de cada objetivo, la calidad, la satisfacción y calidad de vida obtenida por el paciente y su entorno familiar, el coste y los reingresos hospitalarios.

En un principio, la asistencia domiciliaria puede percibirse como un mayor gasto sanitario pero se ha demostrado que todo proceso que genera mayor satisfacción, calidad de vida y confianza del paciente dando lugar a menos ingresos, menor estancia hospitalaria y menor frecuencia de atenciones de urgencia, abarata el coste sanitario. La asistencia domiciliaria se reduce al conseguir un punto de equilibrio entre gastos, ya sean fijos o variables, los ingresos y las altas.

La propuesta efectiva de asistencia domiciliaria para la población anciana en diálisis se basa en que mediante un convenio adecuado con la Sanidad Pública, los Servicios de Nefrología de referencia puedan coordinar, con la Asistencia Primaria, cuidados transicionales como rehabilitación, fisioterapia, nutrición o asistencia social y cuidados específicos como la técnica de diálisis peritoneal; ya sea por personal entrenado del propio Hospital, del laboratorio suministrador del material de diálisis, compañía privada con convenio específico o incluso personal adscrito a la Sanidad Pública.

El soporte de enfermería iría destinado a potenciar el autocuidado y capacidad del paciente, ayudar a asumir y a afrontar el problema que plantea la enfermedad y el tratamiento, conseguir la necesaria coordinación de recursos institucionales, humanos y materiales y controles periódicos según las características del paciente y su entorno. El objetivo sería cubrir mayoritariamente las necesidades de los pacientes crónicos sin hospitalizar. El soporte de enfermería específico para pacientes en programas de diálisis peritoneal sería evaluar los datos de la hoja de control, revisión de la técnica, si es el paciente o el familiar el que la realiza, reciclaje y manejo de la misma, valoración y refuerzo de las medidas de asepsia y cura de orificio o seguimiento de complicaciones asociadas a la técnica de DP. También se plantea que el soporte técnico domiciliario ideal es el que mediante personal cualificado solo para realizar intercambios de diálisis manual (DPCA) y/o conexión y desconexión de diálisis peritoneal automática (DPA), adaptando el régimen de diálisis y el número de intercambios a cada paciente. Este soporte técnico podría ser planteado en los Centros de Día y Centros de Crónicos.

El soporte psicológico como refuerzo domiciliario también es importante y preciso desde el inicio en que el enfermo entra en la Unidad de Diálisis en forma de información clara y precisa del estado clínico, necesaria para el desarrollo de adaptación y aceptación a una situación "desagradable pero no insoportable", aceptación del trata-

miento, enseñanza de los diferentes grados de invalidez, evaluación correcta de las restricciones y aprender a vivir con limitaciones sufriendo lo menos posible, potenciar la autoestima y autoconcepto además del autocontrol emocional.

La enfermedad osteoarticular multifactorial está presente en nuestros pacientes ancianos tanto por la edad como por la uremia que se manifiesta sobretodo por debilidad muscular difusa, atrofia muscular, parestesia dolorosa, ataxia, calambres, etc. Que hace que la rehabilitación y/o fisioterapia sea una necesidad acuciente. Es prioritario marcar objetivos a realizar y no imposibles como es mantener una actividad física mínima, ejercicio que no agote, movilización de forma regular de piernas, brazos y manos así como fisioterapia pasiva si fuera necesaria.

El soporte Social ayuda al mantenimiento de medidas higiénicas, soporte nutricional, trámites burocráticos, resolución de problemas socio/laborales, actividades sociales, ocio o simplemente compañía.

Se puede concluir que la asistencia domiciliaria al paciente anciano en diálisis permite un tratamiento sustitutivo renal mejor tolerado, con menos complicaciones cardíacas, limitación del transporte sanitario, menor trastorno de la vida del paciente y su entorno familiar, menor responsabilidad de la familia sobre el tratamiento, mayor calidad de vida y satisfacción que se traduce por menos ingresos hospitalarios, acortamientos de las estancias en el hospital, menor frecuencia de urgencias y menor coste sanitario.

El soporte técnico realizando los intercambios de diálisis peritoneal en el domicilio comporta ventajas principalmente la adaptación y adecuación de la diálisis a los pacientes ancianos sin movilizarlos de su domicilio, disminuyendo la responsabilidad familiar sobre el tratamiento dialítico además de soporte a las necesidades mínimas de la población anciana enferma.

Algunos nefrólogos tenemos claro que la diálisis peritoneal es la técnica de elección médica para pacientes ancianos simplemente por la patología que éstos presentan, la mejor tolerancia hemodinámica a la técnica y que esta evite que el paciente esté muchas horas fuera de su domicilio; técnica que se encuentra limitada por problemas socioeconómicos y familiares, con déficit de apoyo socio-sanitario y dado que la incidencia y prevalencia de pacientes ancianos en tratamiento sustitutivo renal va a ir incrementándose, hemos de plantearnos de forma seria, rápida y globalizada a nivel de toda la pirámide sanitaria ¿Cómo resolver éste problema?.

Agradecimiento a:

Dr. Joan Jané, subdirector del Servei Català de la Salut a l'Atenció Primària

Dr. Joan Escarabill, Director del Programa Socio Sanitario de la Ciudad Sanitaria y Universidad de Bellvitge, Hospitalet

Dr. Ramón Pujol, Jefe de Servicio de Medicina Interna de la Ciudad Sanitaria y Universidad de Bellvitge, Hospitalet

Dr. Francesc Rosell, Jefe de Servicio de Medicina Interna, Hospital Sagrado Corazón-Mutua L'Aliança. Responsable Programa de Hospitalización domiciliaria.

Por su colaboración al facilitarme conocimientos sobre la Asistencia Domiciliaria y permitirme entrar en un grupo de trabajo con gran futuro dentro de la sanidad. Sin su ayuda no me hubiera sido posible elaborar esta presentación.

Bibliografía

- 1.- Wolfe RA et al. A critical examination of trends in outcomes over the last decade. *Am J Kidney Dis* 1998 Dec 32 (6 Suppl 4) pS9-15
- 2.- Kimmel PL et al. Psychosocial factors, compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int* 1998 Jul 54 (II) 245-54
- 3.- Soltys FG et al. Why Hospice? The case of ESRD patients and their families. *Ann J* 1998 Dec 25(6) 619-24
- 4.- Winchester JF. End Stage Renal disease and its management in older adults. *Clin Geriatr Med* 1998 May 14(2) 255-65
- 5.- Mol Zahn AE et al. quality of life of individuals with End Stage Renal Disease: Perceptions of patients, nurses and Physicians. *Ann J* 1997 Jun 24(3) 325-33; Discussion 334-5
- 6.- Merkus MP et al. Quality of life in patients on chronic dialysis: Self-assessment 3 months after the start of treatment. The Necosad study group. *Am J Kidney Dis* 1997 Apr 29(4) 586-92
- 7.- Naylor M. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA* 1999. 281: 613-20
- 8.- Boling PA. The value of targeted Case Management during Transitional Care *JAMA* 1999. 281(7): 656-7
- 9.- Sherperd S. Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I: three month follow up of health outcomes. *BMJ* 1998; 316: 1786-91
- 10.- Oterino de la Fuente D. Hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. Una evaluación económica. *Med Clin (Barna)* 1997; 207-211
- 11.- Stewart S. Effects of a home-based intervention among patients with congestive Heart failure discharged from acute hospital care. *Arch Int Med* 1998; 158: 1067-1072
- 12.- Welch HG. The use of Medicare Home health care services. *N Eng J Med* 1996; 335: 324-29
- 13.- Fontanals M. Recursos Sociosanitarios. I Reunión de Atención Domiciliaria desde el Hospital. Enero 98
- 14.- Blandin J, Ryan C. Nutritional status: a continuous quality improvement approach. *AJKD* 1999 Jan 33 (1): 198-202
- 15.- Andersen JE. Ten Years' experience with CAPD in nursing home setting. *Perit Dial Int* 1997 May-Jun 17(3) 255-61
- 16.- Baek MY. CAPD an acceptable form of therapy in elderly ESRD patients: A comparative Study. *Adv Perit Dial* 1997 13 P158-61