

Dialyse

p é r i t o n é a l e

PARTICULARITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN DIALYSE PÉRITONÉALE

A.-M. LODE, IDE / A. CESTIER, cadre infirmier, M. TEISSIER, IDE
Centre Hospitalier, Avignon

INTRODUCTION

Notre objectif est une meilleure prise en charge du patient en DP pour une meilleure qualité de vie.

INFO PRÉ-DIALYSE

Lors de ce premier contact, nous établissons un recueil de données qui nous permet de cerner le mode de vie du patient, ses capacités intellectuelles et manuelles, son espace.

Nous lui présentons le matériel de dialyse péritonéale, nous complétons par des cassettes vidéo, une brochure.

Nous répondons à ses questions, nous informons sa famille et nous lui faisons rencontrer d'autres patients.

Pour réaliser cette information, nous disposons d'une pièce avec télévision et magnétoscope, cassettes, brochures, matériel de démonstration, planche anatomique.

Après cet entretien, nous avons déjà un aperçu sur le système que nous pourrions proposer, s'il y a nécessité de former une équipe d'infirmières libérales ; ensuite le médecin conclura à la faisabilité de la dialyse péritonéale, s'assurera de l'acceptation du patient. Le choix du patient est souvent respecté.

ÉDUCATION

Nous donnons un livret, en début de formation, qui indique les points théoriques importants. Le patient a le protocole écrit qui correspond à la manipulation de son

système. Il remplit les feuilles de surveillance de ses dialyses (concentration, poids et couleur des flex) note son poids et sa tension artérielle, l'aspect de son pansement. Tout ceci est regroupé dans un classeur dont je parlerai plus tard.

Le premier jour nous manipulons en expliquant nos gestes. Nous apprenons au patient à manipuler et à se connecter avec du matériel fictif, suivant les capacités que nous ressentons chez lui ; il effectuera sa 1^{re} connexion 24 h après ; 48 h après, nous couplons théorie et pratique.

Le temps d'éducation varie de 5 à 10 jours, quelques rares cas, 15 jours (la moyenne étant de 10 jours). Le samedi et dimanche le patient sort en permission.

INSTALLATION À DOMICILE

Autonome ou non, nous accompagnons le patient pour son retour à domicile.

Nous l'aidons à s'installer et il effectue son **premier échange** à domicile en notre présence. S'il est pris en charge par des infirmières libérales, elles feront l'échange (elles auront été formées avant la sortie du patient). Nous vérifions le stock, nous réexpliquons comment il doit être rangé et nous revoyons la feuille de commande.

ÉTABLIR LES LIENS AVEC L'ATIR

ATIR : Association pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale.

Association qui gère les commandes, assure les livraisons, fournit le matériel nécessaire à la dialyse péritonéale et dépanne si utile (pour le consommable).

En général le service de dialyse péritonéale à l'hôpital s'occupe de changer les appareils défectueux.

La pharmacienne de l'ATIR assiste à la réunion du service de dialyse péritonéale qui a lieu 1 fois par semaine, ainsi qu'au staff de dialyse péritonéale – hémodialyse – néphrologie un autre jour de la semaine.

A la pose du cathéter de dialyse péritonéale le médecin remplit une feuille avec tous les renseignements sur le système et le matériel qui s'y rapporte. L'ATIR doit prévoir la livraison.

Une feuille de liaison pour chaque changement de thérapeutique est signée par le médecin et transmise à la pharmacienne de l'ATIR.

SUIVI

Nous avons un classeur qui sert de liaison entre tous les intervenants, le médecin généraliste, les infirmières libérales, les maisons de retraite, les néphrologues et le service de dialyse péritonéale. En effet, il comporte :

– L'identité du patient, n° de téléphone où le patient peut appeler si problèmes.

– Documents concernant l'ATIR, rappel des commandes, calendriers des livraisons.

– Protocole des dialyses, rappel de la formation dialyse péritonéale, incidents et conduite à tenir, surveillance de l'émergence, rappel des consignes pour effectuer le pansement et injection d'héparine.

– Dialyses : avec tension artérielle et poids du patient, concentration, poids, aspect du liquide de dialyse, aspect du pansement.

Dialyse

p é r i t o n é a l e

– Transmissions entre l'hôpital et le domicile, et inversement. Feuilles de traitement qui sont mises à jour mensuellement.

– Surveillance avec feuille d'évaluation du site (2x / Semaine) et feuille d'évaluation physique et psychologique du patient.

– Alimentation : (bref rappel des grandes lignes du régime).

– Social : rappel des coordonnées de l'assistante sociale.

Ce classeur permet de renseigner le médecin généraliste, le néphrologue de garde et les infirmières d'hospitalisation lorsque le patient arrive en urgence.

Le médecin responsable de la dialyse péritonéale voit les patients 1 fois / mois.

Tous les néphrologues consultent les patients de dialyse péritonéale 1 fois / semestre.

Nous faisons un bilan sanguin mensuel ; un bilan sanguin + urines + dialysat 2

fois / an, un bilan paraclinique et une évaluation de la qualité de dialyse (PET) une fois par an.

On maintient des relations privilégiées avec les médecins traitants, ils reçoivent un compte rendu d'hospitalisation et des consultations semestrielles. Ils sont assez souvent sollicités. Nous rappelons qu'un système de garde des médecins néphrologues permet d'assurer toute demande de soins 24 h/24 h et 7 j/7.

Une diététicienne voit les patients avant leur sortie d'hospitalisation. Ils sont revus en fonction de leur besoin et des renseignements que donne le relevé alimentaire fait 2 fois / an.

Une psychologue peut être à l'écoute et aider les personnes qui le demandent ou si l'équipe signale un besoin, mais toujours après accord de la personne concernée.

Nous avons établi des visites annuelles au domicile, pour évaluer l'insertion sociale

et familiale, la qualité de vie et du traitement. Les personnes parlent plus facilement des problèmes qu'elles rencontrent. Nous pouvons contrôler le stock et revoir une fois de plus les équipes libérales.

Nous organisons des formations continues pour les équipes libérales 1 fois / an, en abordant les sujets qui les intéressent. Nous revoyons les points importants des soins et leur surveillance.

Nous avons en projet les visites pré-installation.

CONCLUSION

Cette prise en charge de la maladie permet une approche globale de la personne.

Soigner ensemble permet de maintenir à domicile les patients non autonomes, ou de plus en plus âgés. Le bénéfice reste à évaluer en terme de qualité de vie et certainement d'économie de santé.