

Experiencia del programa de transición del paciente trasplantado renal pediátrico al hospital de adultos.

AUTORAS: Eixarch Lanaspá, Teresa; Ferrerons Sánchez, Mercè; Muñoz Blanco, M^a José; Nuñez Rodrigo, Laura;
Sánchez Quiles, Anna; Vidal Valdivia, Lis.

Relativas a esta presentación no existen conflictos de intereses

INTRODUCCIÓN



- Hospital monográfico pediátrico del Hospital Campus VH. Nivel terciario
- Actividad aproximada de 15 trasplantes renales/anuales pediátricos.
- EPA de nefrología pediátrica.
- Servicio de nefrología pediátrico y Unidad de trasplante renal adulto.



OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

- ✓ Preparar al paciente y sus cuidadores para trasladarse al equipo de adultos.
- ✓ Conseguir una transición exitosa.
- ✓ Conseguir una integración adecuada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Planificar una transición individualizada.
- ✓ Capacitar al adolescente para su autocuidado.
- ✓ Trabajar los diferentes aspectos para empoderarlo
- ✓ Trabajar los condicionantes psicológicos.
- ✓ Harmonizar la transferencia entre los equipos.
- ✓ Diseñar un modelo de cuidados y atención específico para adolescentes/ adulto joven.



METODOLOGIA I

- Identificación del paciente.
 - Consensuar el proceso paciente-familia-profesionales
 - Capacitación para el autocuidado
 - Presentación y visitas conjuntas con equipo de adultos
 - Planificación de la transferencia
 - Diseño del plan de cuidados.
-
- El programa esta protocolizado para nuestros pacientes aunque individualizamos los tiempos de aprendizaje . La capacitación la realizamos de manera progresiva y planificada con el propio paciente. Así acompañamos al paciente y a la familia a pasar de unos cuidados tutorizados al autocuidado del propio paciente.



**COMITE TRANSICIÓN TX
RENAL**

PROCESO SAP

METODOLOGIA II

El programa consta de 3 pasos.

- 12-14 años, valoramos la percepción de calidad de vida que tiene el paciente y la familia, qué conoce de su enfermedad, del tratamiento, dieta y estilo de vida saludable.
- 14-16 años, reforzamos los conocimientos previos y realizamos educación sanitaria. Iniciamos el concepto de adherencia al tratamiento, evitar conductas de riesgo
- 16-18 años, previo al final del proceso, detectamos posibles factores de riesgo para una mala adherencia al tratamiento, consolidamos conocimientos adquiridos en las etapas anteriores, animamos a que sea el propio paciente quien prepare de manera proactiva sus próximas visitas.

Por parte del adolescente

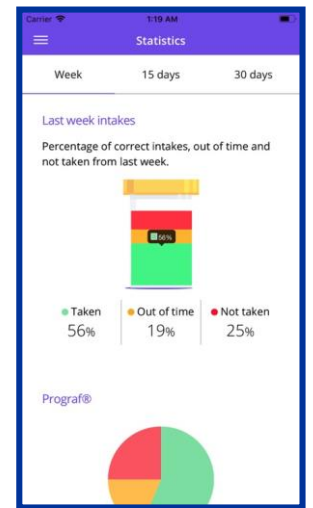
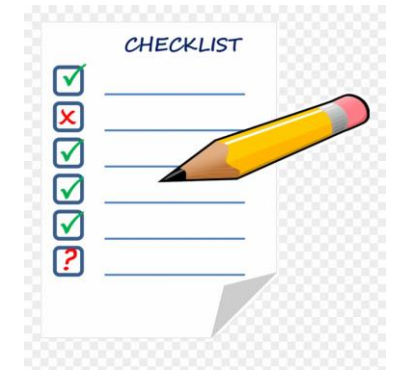
Por parte de la familia/cuidadores

Por parte del equipo asistencial pediátrico

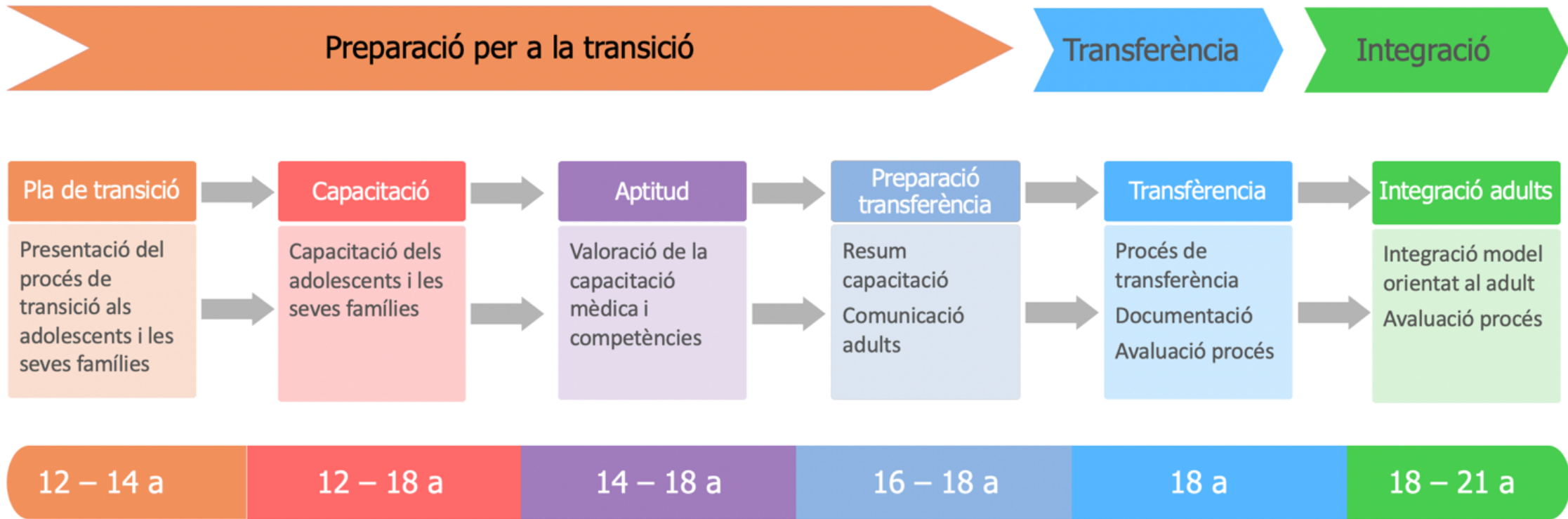
Por parte del equipo asistencial de adultos

Por parte del sistema sanitario

DIFICULTADES DEL PROCESO

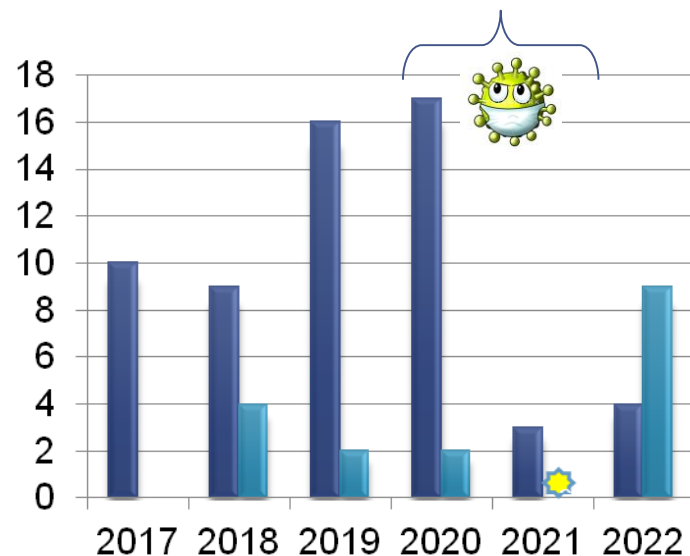


ESQUEMA PROCESO TRANSICIÓN HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON



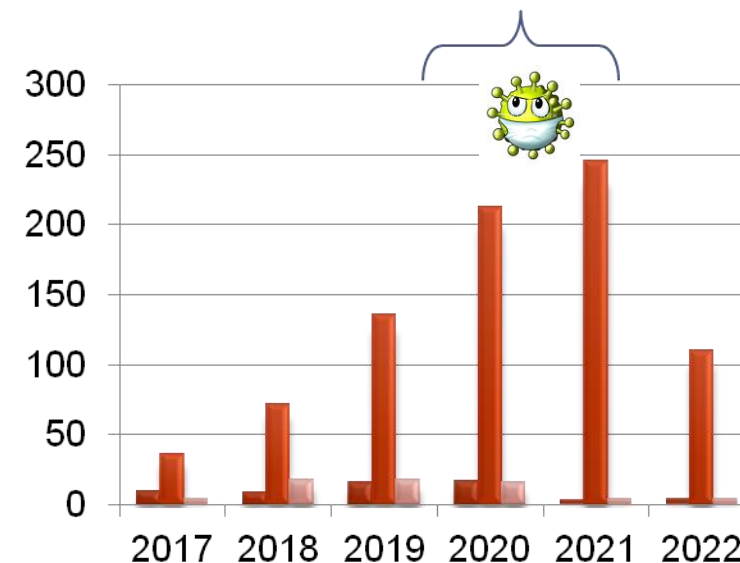
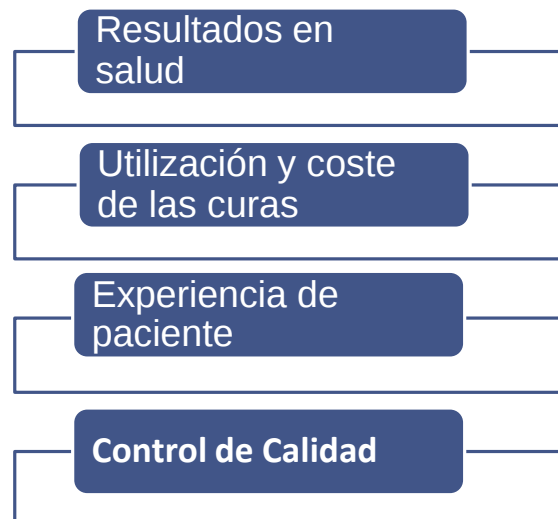
Esquema del procés de transició de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron. Modificat de White PH, Cooley WC. Pediatrics 2018;142:e2018258.

RESULTADOS



■ identificados
■ transferencia

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN



■ 1ª visita
■ capacitación
■ visita conjunta

CONCLUSIONES

- Durante este periodo no hemos tenido ningún caso de rechazo, incumplimiento del plan terapéutico ni ausencia en las visitas programadas.
- Una transferencia planificada mejora el pronóstico de la enfermedad y aumenta el seguimiento al tratamiento farmacológico.
- Es necesario un cambio de paradigma del personal pediátrico. Evitar el rol paternalista
- Para una buena transición, el trabajo ha de ser continuado e individualizado.
- Siempre hay que iniciar la transferencia en un momento de estabilidad emocional, pactar e iniciar la transición una vez evaluada la capacitación en el autocuidado.
- Consideramos que el hecho de pertenecer a un hospital en el que existen ambas especialidades, nefrología pediátrica y de adultos, facilita el éxito del proceso de transición.

MOLTES GRÀCIES
MUCHAS GRACIAS

Contacto: teixarch@vhebron.net