

Évaluation du degré d'urgence et amélioration de la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques traités en dialyse péritonéale



J. JARIN*, F. COUREUX**, S. DEBORD***, L. COLAS***, ML. MARIGNALE***, E. LERICHE***, C. MADIC***, S. ROLLAND***, A. CERTAIN****, G. HUFNAGEL*****, C. MICHEL*****

* Surveillante générale - ** Surveillante - *** Infirmières - ****Pharmacien - *****Néphrologues
Service de Néphrologie - Hôpital Bichat - 75 - PARIS

Les patients traités en dialyse péritonéale (DP) à domicile peuvent rencontrer des problèmes matériels ou médicaux les conduisant à appeler le numéro d'urgence du service. Confrontées à ces appels, les infirmières de l'hôpital de jour de dialyse péritonéale (HDJ) et d'hospitalisation se sont rendues compte que des oublis dans le recueil de données limitaient la qualité de gestion de ces urgences.

Aussi, les infirmières ont mis en place une fiche afin de préciser le problème posé et d'évaluer avec le médecin d'astreinte le degré d'urgence. Ce fut la première étape de la démarche collective d'amélioration de la prise en charge de l'urgence en DP.

FONCTIONNEMENT DU SECTEUR

LE TRAITEMENT PAR DIALYSE PÉRITONÉALE AU DOMICILE

Cette méthode d'épuration extra-rénale mise au point dans les années 1976-1978 utilise la membrane péritonéale comme surface d'échange entre le sang contenu dans les vaisseaux de la séreuse péritonéale et le dialysat introduit dans la cavité péritonéale par l'intermédiaire d'un cathéter implanté à demeure. Plusieurs techniques sont disponibles : la dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) pluriquotidienne, la DP nocturne avec cycleur.

La DPCA est la technique la plus couramment utilisée. Elle exige l'utilisation de règles d'hygiène et d'asepsie rigoureuses. Le dialysat contenu dans les poches jetables (de 2 à 2,5 litres) est introduit dans la cavité péritonéale en 10 à 15 minutes, puis laissé en contact 4 à 5 heures dans la journée, 8 à 10 heures la nuit. Le drainage du liquide s'effectue en

20 à 30 minutes par simple gravité. Le dialysat est renouvelé habituellement 4 fois par jour. Ce dispositif nécessite des matériels lourds et volumineux.

Son apprentissage est aisé par le patient lui-même qui peut se traiter à domicile seul ou avec l'aide d'une infirmière libérale.

En dépit des progrès réalisés, l'infection péritonéale reste une complication importante.

LE RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU C.H.U BICHAT

L'hôpital de jour de dialyse péritonéale

Accueille les malades du lundi au vendredi de 7 à 18 heures.

Est composé de 2 médecins qui assurent le suivi médical de 100 patients traités par DP, et de 3 infirmières qui assurent :

- L'information pré-dialyse (dialyse péritonéale, hémodialyse, transplantation) afin de permettre aux malades un libre choix de la technique d'épuration extra rénale.
- L'éducation et le suivi du patient selon un plan de soins spécifique.
- La formation des infirmières libérales à la DP.
- La surveillance biologique du traitement.
- La situation ponctuelle d'urgence : la prise en charge en ambulatoire d'une infection péritonéale et l'organisation du traitement.
- L'organisation de la mise au domicile, puis des sorties d'hospitalisation.

Les infirmières libérales

Assurent le traitement de dialyse 4 fois par jour au domicile, lorsque le patient très âgé ou handicapé ne peut réaliser lui-même les échanges péritonéaux.

Gèrent alors les stocks des produits de dialyse.

L'Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel (l'AURA)

Centralise les commandes et livraisons des produits de dialyse au domicile. Une infirmière coordonnatrice visite le patient le jour de son installation au domicile, puis tous les 6 mois. Elle peut également se déplacer à la demande du malade ou des infirmières d'hospitalisation.

La consultation de néphrologie

Les malades sont suivis 1 fois par mois en consultation par 1 des 2 néphrologues spécialisés en dialyse péritonéale.

L'unité d'hospitalisation de néphrologie

Dès que l'état du malade le nécessite, le repli en hospitalisation dans le service est organisé ou programmé en urgence.

Lorsque l'HDJ est fermé, les infirmières d'hospitalisation prennent le relais pour les appels par téléphone et les urgences en plus de leur travail en salle. Le néphrologue d'astreinte peut être joint à tout moment par téléphone.

LA PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE APRÈS LA FERMETURE DE L'HÔPITAL DE JOUR : BILAN ET OBJECTIFS DE TRAVAIL

BILAN

Les dysfonctionnements

Lors des appels téléphoniques, des éléments du problème posé par le malade pouvaient être oubliés limitant la qualité de la gestion des urgences.

Conséquences pour les malades

L'infirmière ne pouvait anticiper les soins à donner au malade, ce qui désorganisait son travail et retardait la prise en charge du malade.

LES OBJECTIFS D'AMÉLIORATION DES URGENCES APRÈS LA FERMETURE DE L'HÔPITAL DE JOUR

- Diminuer le délai de prise en charge des urgences.
- Identifier la traçabilité des incidents.
- Réaliser les soins dans le cadre réglementaire.
- Améliorer l'organisation de travail infirmier lors d'une urgence en DP.

LA PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE : LES ACTIONS ENGAGÉES

ÉVALUATION DU DEGRÉ D'URGENCE

Les infirmières ont élaboré 2 fiches validées par l'équipe médicale.

Une fiche de recueil de données. Permet de recueillir tous les paramètres afin de préciser le problème posé et d'évaluer avec le médecin d'astreinte le degré d'urgence.

Un tableau d'orientation. En fonction du problème signalé et en coordination avec le médecin d'astreinte, le tableau permet d'orienter le malade : aux urgences, dans le service, ou de le maintenir à son domicile après lui avoir donné les conseils adaptés à sa situation.

LA MISE À JOUR DES PROCÉDURES ET PROTOCOLES

Mise en conformité des protocoles thérapeutiques. Les protocoles thérapeutiques ont été réécrits par les néphrologues spécialisés en DP et validés par le chef de service et le pharmacien. Leur présentation comporte la description du protocole et la prescription : désignation pré imprimée du médicament (nom, forme, dose, voie, rythme, durée), emplacements réservés à la validation par l'infirmière et le prescripteur.

Mise à jour des procédures. Les infirmières ont révisé les procédures des soins en incluant les références des matériels spécifiques à un système de dialyse.

LA MOBILISATION DU RÉSEAU

Un système participatif. Les protocoles et procédures ont été écrits par les infirmières et les médecins. Les classeurs de procédures ont été révisés et identifiés. L'information a été diffusée lors des staffs médicaux et infirmiers, puis affichée pendant 2 mois.

Les réunions avec les infirmières libérales. Tous les ans, le service propose une formation continue et une discussion informelle au réseau d'infirmières libérales prenant en charge les soins de DP au domicile des patients. Depuis 2 ans, le thème de l'urgence est abordé systématiquement et un livret contenant les outils mis en place dans le service est remis aux infirmières libérales.

La carte de l'Insuffisant Rénal Chronique traité par Dialyse Péritonéale

Les patients suivis en DP dans le service reçoivent par le médecin de l'HDJ une carte où apparaissent : leur identité et celle de l'hôpital, des consignes spécifiant la nécessité impérieuse d'une asepsie rigoureuse pour toute manipulation au niveau du cathéter, le n° de la ligne d'urgence du service qui est disponible 24h/24. Le médecin invite le patient à appeler le service à tout heure avant de se déplacer.

Le service des urgences

Si un malade est orienté aux urgences, le néphrologue d'astreinte s'entretient avec le médecin des urgences du cas du patient à traiter. Les infirmières de néphrologie se rendent aux urgences pour dispenser les soins de DP et font valider le protocole thérapeutique indiqué par le néphrologue.

LA PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE : RÉSULTATS DES ACTIONS

AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE

Le malade est attendu. L'appel quasi systématique des patients en néphrologie permet à l'infirmière de remplir le recueil de données. Ainsi en collaboration avec le médecin d'astreinte, le degré d'urgence est évalué permettant de bien orienter le patient.

Meilleur suivi des patients. La traçabilité des incidents est assurée par la fiche de recueils de données. Ainsi, le nombre des appels d'un même patient, le type de problèmes le plus couramment rencontrés peuvent être répertoriés. Les limites de l'éducation initiale mises en évidence ont amené les infirmières de l'HDJ à réajuster le programme d'éducation des patients.

Rapidité de la prescription. Le problème du malade étant bien identifié et les procédures suffisamment détaillées permettent à l'infirmière de mieux appréhender les soins, même si elle n'est dans le service que depuis peu. L'application d'un traitement est facilité par la présentation des protocoles thérapeutiques.

AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DE L'ÉQUIPE

Application du traitement dans le cadre réglementaire. Les protocoles thérapeutiques validés par le chef de service et le pharmacien autorisent l'infirmière à appliquer le traitement, après accord téléphonique du médecin d'astreinte.

Une meilleure collaboration avec le service des urgences de l'hôpital.

Le contact systématique du néphrologue d'astreinte avec l'interne ou le médecin sénior du service des urgences et la présentation pré-imprimée du protocole thérapeutique permettent la validation rapide de la prescription et des relations harmonieuses entre les 2 services.

CONCLUSION

La démarche d'amélioration de la prise en charge des urgences d'un malade traité en DP a été entreprise il y a 2 ans sous l'impulsion des infirmières d'après-midi de l'unité d'hospitalisation. En permettant à l'équipe une meilleure organisation des soins et au malade une prise en charge plus rapide, les outils élaborés par l'équipe ont été d'emblée utilisés. La collaboration étroite avec l'équipe médicale tant dans la validation des procédures que dans la révision des protocoles thérapeutiques ou ses contacts avec l'équipe des urgences a permis l'aboutissement du projet.

Emis par : Dr Catherine MICHEL Le : 15 février 2000	Thème: Protocole de prise en charge en urgence d'un malade en dialyse péritonéale	Réf : PT/NEPH/u DP/2
Validé par : Pr Françoise MIGNON Agnès CERTAIN, Pharmacienne Date : Mars 2000	Titre : Antibiothérapie prophylactique en cas de risque de contamination de la cavité péritonéale.	Date de révision

<input type="checkbox"/> Professeur Françoise MIGNON, Chef de service de Néphrologie, autorise l'application de ce protocole thérapeutique, après accord téléphoné du médecin d'astreinte. SIGNATURE :	<input type="checkbox"/> APPLICATION DU PROTOCOLE THERAPEUTIQUE - Appel du médecin d'astreinte le heures - Nom du médecin d'astreinte : - Nom de l'infirmière :
---	--

Protocole thérapeutique Antibiothérapie prophylactique en cas de risque de contamination de la cavité péritonéale

CONSTAT DU RISQUE DE CONTAMINATION et type de matériel à changer :

	Rupture du système clos : matériel contaminé	Risque de contamination de la cavité Péritonéale	Type de matériel contaminé à changer
C. Perforation de la poche avec prolongateur fermé ou avec prolongateur ouvert en drainage	Oui		Prolongateur
Perforation de la poche prolongateur ouvert avec infusion	Oui	Oui	Prolongateur
Déconnexion du bouchon ou de la poche avec prolongateur fermé et sans remettre un bouchon sans infuser de poche.	Oui		Prolongateur
Déconnexion du bouchon ou de la poche avec prolongateur ouvert	Oui	Oui	Prolongateur
Perforation du cathéter ou désinsertion de l'embout	Oui	Oui	Embout et prolongateur

CONDUITE A TENIR

1. Rupture du système clos.

- Remplacer le matériel contaminé
- Mettre en drainage et faire un prélèvement cyto bactériologique sur le liquide de drainage recueilli selon la procédure écrite n°1 jointe.
- Effectuer un aller et retour avec une poche de dialysat à 1,36%. Faire un prélèvement cyto bactériologique sur ce drainage selon la fiche DP n°1 jointe.

2. Risque de contamination de la cavité péritonéale.

- Réaliser les 3 étapes précédentes concernant la rupture du système clos.
- Contacter un des médecins présent dans le service ou le médecin d'astreinte qui confirmera la nécessité de l'antibiothérapie prophylactique.
- Procéder à l'administration du traitement selon le protocole suivant.

3. **Démarrer le traitement d'antibiothérapie prophylactique dès la validation par le médecin** de la prescription suivante :

➤ Injection dans une poche de dialysat de 2 litres à 1,36% de glucose de 1 gramme de vancomycine dans le site réservé à cet effet selon la fiche DP n°2 jointe, connexion et infusion intrapéritonéale de la poche. Temps de contact de la poche de dialysat : 6 heures.

PRESCRIPTION DU TRAITEMENT POUR 24 HEURES PAR LE MEDECIN D'ASTREINTE (Référence PT/NEPHRO/urgence DP/2)

Etiquette du malade

Poids :
Taille :
Grossesse :
Allergie médicamenteuse :

Commentaires et signature du préparateur	Nom, date, signature du prescripteur	Désignation du médicament (Nom, forme, dose, voie, rythme, durée)	Horaire réel	Validation infirmière
		VANCOMYCINE forme IV 1 g Dans 2 litres de dialysat à 1,36% de glucose A infuser dans la cavité péritonéale. Temps de contact 6 heures.		

Validation :

Professeur Françoise MIGNON, Chef de service de Néphrologie :

Docteur Agnès CERTAIN, Pharmacien PH :