

# USO DE LA CLINIMETRIA ENFERMERA PARA EVALUAR LA DEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN EL PACIENTE QUE INICIA HEMODIALISIS

Amoedo Cabrera M<sup>a</sup>L, Toro Prieto FJ, López Sánchez T, González-Escobar Romero M<sup>a</sup>C

*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

## INTRODUCCIÓN /JUSTIFICACION

El aumento de la “dependencia” definida por el Consejo de Europa en 1998 como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana” es resultado del incremento de la esperanza de vida, cronicidad y Comorbilidad, que marcan el perfil y el pronóstico del paciente/cuidador que inicia hemodiálisis (HD) en nuestra unidad hospitalaria.

Las respuestas al inicio de HD en el nivel de funcionalidad y autonomía para las AVD es variable con un efecto positivo en agilidad y aumento del bienestar a veces y otras con un empeoramiento funcional por mala tolerancia de la terapia, inestabilidad hemodinámica o problemas con el acceso vascular. Los enfermeros de HD contamos con las herramientas propias y reconocidas por nuestro sistema sanitario para cuantificar y evolucionar este nivel de dependencia, registrado en la Valoración Inicial (VI), Plan de cuidados estandarizado (PCE) e informe de continuidad de cuidados emitido al centro periférico (CP) desde la primera HD hasta el alta de nuestra unidad.

## OBJETIVOS

- cuantificar el nivel de dependencia para las AVD de los pacientes incidentes en HD.
- analizar la influencia del inicio de HD en el nivel de autonomía para las AVD.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que iniciaron HD en nuestra unidad hospitalaria durante el año 2007. Recogida de datos de las historias archivadas y registro en tabla codificada. Análisis con el programa estadístico SPSS 15.0.de: datos demográficos (edad, sexo), clínicos (procedencia, acceso vascular y diabetes mellitus DM) y medición de la dependencia para las AVD:

\* Índice de Barthell: Cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo liker: comer, lavarse/bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, trasladarse sillón-cama, deambulación, subir y bajar escaleras. El rango de valores está entre 0 y 100 con intervalos de 5 puntos, a menor puntuación más dependencia. Los puntos de corte actualmente reconocidos para ayudas y prestaciones sociales son:< 60 (dependencia moderada/severa),> 60 (independiente).

\* Deterioro de la movilidad física (activado A/resuelto R) al inicio y Déficit de autocuidados al alta. Criterios de resultados(NOC): 0300 Autocuidados AVD con selección de los indicadores: 1- comer, 2- vestirse, 3- realización del traslado.

\*Afrontamiento familiar comprometido: necesidad de cuidador (S/N): incluido en el ICC.

## RESULTADOS

150 pacientes iniciaron HD durante el año 2007(42,67% mujeres y 57,33% hombres) con una edad media de 60,67+/- 16,25, y procedencia más significativa de prediálisis del 61,54%.

Al alta el 44,52% era portador de FAVI- prótesis, el 26,03% de catéter y el 29,45% de ambos. DM presentaban un 44,67%.

- I.Barthell al inicio: 49,63% dependencia leve (DL), 24,44% moderada (DM), 2,96% severa (DS) y 22,96% independiente (I),no encontrándose pacientes con dependencia total.(DT).

- I.Barthell al alta:46,62%(DL), 16,54% (DM), 2,26% (DS), 0 (DT).

-Deterioro de la movilidad física al inicio: 64,67%A-25,33%R; al alta: 58,2%A-32%R.

-Déficit de autocuidados al inicio:68,15% Autónomos(A);31,85%Necesitan ayuda (NA). Al alta:61,3%

(A); 27,34%(NA) con indicación NIC: Ayuda al autocuidado en el 30% de los pacientes al alta. De los indicadores seleccionados la mayor pérdida de autonomía es para la realización del traslado con un 59,79% con compromiso leve, 21,65% moderado, 14,43% sustancial y 4,12% gravemente comprometido frente a la alimentación con una independencia del 70,67%.

-Necesidad de cuidador al alta: SI-38,6%; NO-50,67%.

La falta de datos hasta completar los porcentajes es debida a la no cumplimentación de algunos ítems en los registros analizados.

## **CONCLUSIONES**

La mayor supervivencia de los pacientes que inician HD les hace convivir con estados degenerativos y de incapacidad para las AVD por la comorbilidad asociada y por la progresión de la propia enfermedad renal hasta el estadio terminal. El índice de Barthell constituye un medidor clinimétrico útil, fiable y completo para la valoración del nivel de dependencia inicial y al traslado a CP en la que se aprecia una tendencia a la mejoría respecto al comienzo de la terapia. Los diagnósticos enfermeros y criterios basados en la terminología NANDA/NIC/NOC junto con el I. Barthell y la inclusión del cuidador nos ofrecen una información integral que podemos transmitir de forma sistemática a los enfermeros del CP a través del ICC. Estas herramientas permiten activar PCE individualizados capaces de resolver, mejorar y detectar precozmente la pérdida de autonomía.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Diagnósticos Enfermeros: definición y clasificaciones 2005-2006. Revisión por Luis Rodrigo, MT. Edición 2005. Editorial Elsevier. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente.

Revisión por S..López Alonso, M. Lacida Baro y S.Rodríguez Gomez de 2ª Edición 2004.Servicio Andaluz de Salud. Proceso Asistencial. Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica: Diálisis y Trasplante. SAS. Conserjería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla. 2005.