

## **CALIDAD DE VIDA Y DECISIÓN DE TÉCNICA DE TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO**

*Josep M<sup>a</sup> Gutiérrez Vilaplana*, Griselda Pitarch del Amor,  
Pilar Ibars i Moncasi

Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. Lleida

### **INTRODUCCIÓN**

Desde la implantación de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) uno de los aspectos tratados y específico ha sido la información de las técnicas de tratamiento renal sustitutivo.

Mediante diferentes programas de educación sanitaria se facilita al paciente la decisión de técnica, y se le prepara para que ésta se adapte lo mejor posible a sus condiciones biopsicosociales, el tratamiento va a interferir en su vida y en la de su entorno.

Con el aumento progresivo de la edad de los pacientes, nos encontramos con un cambio en el perfil de la población de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada; condicionando los cuidados que debemos procurar al paciente.

El conocimiento del perfil del paciente y de su entorno, nos permite planificar los cuidados que recibirán en esta fase de la enfermedad.

Es muy importante para el paciente, que la técnica de tratamiento renal sustitutivo elegida se adapte lo mejor posible a sus características y entorno informando con la suficiente antelación para familiarizar a los pacientes con el tratamiento a realizar.

Nos planteamos saber si aspectos como la comorbilidad, grado de autocuidado, número de educaciones sanitarias, soporte familiar, la valoración funcional y el sexo, influyen en la decisión de técnica de tratamiento renal sustitutivo.

### **OBJETIVOS**

- Valorar si la calidad de vida relacionada con la salud influye en la decisión de elección de tratamiento renal sustitutivo, en los pacientes de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA).
- Valorar la influencia de la educación sanitaria recibida en la consulta de ERCA, en la elección de técnica de tratamiento renal sustitutivo

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Para realizar el presente estudio seleccionamos una muestra de 41 pacientes (N=41) de la población visitada en la consulta de enfermedad renal avanzada (ERCA), características comunes de los cuales fueron:

- Inicio de tratamiento renal sustitutivo durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de abril del 2003 y el 31 de marzo del 2004 visitados en la consulta ERCA.
- Sin contraindicación médica para la realización de alguna de las técnicas de tratamiento renal sustitutivo.

En nuestro caso, se excluyeron de la muestra aquellos pacientes con intervenciones

quirúrgicas abdominales previas, hernias abdominales y/o déficit visual. El motivo de esta exclusión fue poder valorar la libre elección de técnica.

Las variables analizadas fueron:

- Edad.
- Sexo.
- Soporte familiar; valorando como tal mediante interrogación directa, el hecho de poder ayudar al paciente en la realización de la técnica de diálisis peritoneal, independientemente del grado de parentesco.
- Co-morbilidad; mediante el índice de Charlson (Tabla 1).
- Valoración funcional; utilizando el índice de Karnofsky (Tabla 2) en el momento de la primera información sobre técnicas de tratamiento renal sustitutivo.
- Número de educaciones realizadas sobre tratamiento renal sustitutivo, realizadas en la consulta de ERCA.
- Autocuidado; arbitrariamente se seleccionó como indicador de autocuidado asumido por el paciente, la autoadministración de darbepoetina subcutánea. Todos los pacientes con tratamiento de darbepoetina subcutánea de la consulta ERCA reciben educación sobre la autoadministración como medida de potenciar el autocuidado.

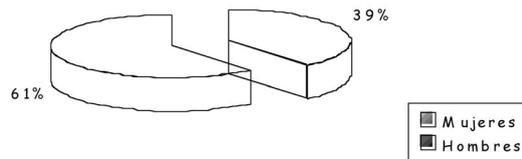
Estas variables analizadas se recogieron de la historia clínica y de la de enfermería. Estadística:

Estudio descriptivo. Las variables cualitativas se expresan como porcentajes y las cuantitativas como media +/- desviación estándar. Se utilizó la  $\chi^2$  para el análisis de variables cualitativas y la ANOVA de análisis por medias y T Student para datos independientes para el análisis de variables cuantitativas. Se considero la significación estadística cuando la  $p < 0.05$ . Se utilizó el programa SPSS 11.1 para Windows.

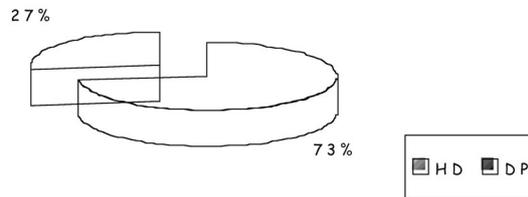
## RESULTADOS

### DEMOGRÁFICOS:

Del total de la muestra objeto de este estudio, el 61% fueron hombres frente al 39% de mujeres.



El 73% de los pacientes inició tratamiento renal sustitutivo; hemodiálisis, frente al 27% que inició diálisis peritoneal.



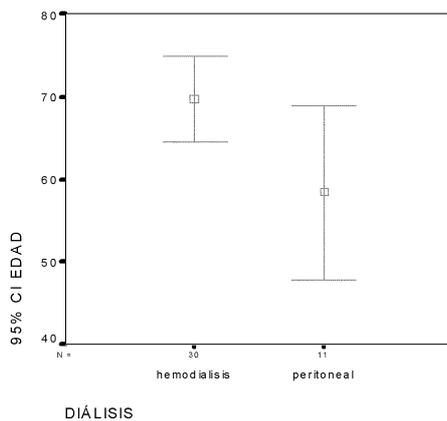
El 41% de los pacientes eran diabéticos.

Refirieron soporte familiar el 41.5% de los pacientes.

Autocuidado; se autoadministraban la darbepoetina subcutánea el 43.9% de los pacientes.

Analizando las diferentes variables con el tipo de tratamiento sustitutivo renal observamos los siguientes resultados:

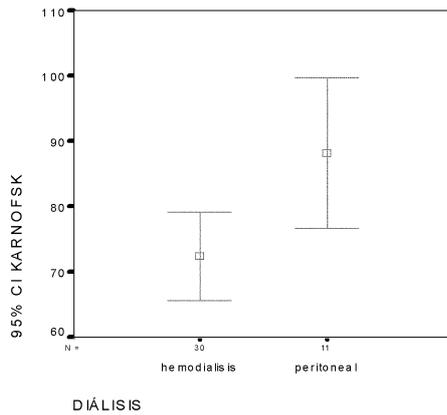
*Edad:* La diferencia de edad de los pacientes en los diferentes tipos de tratamiento resultó ser significativa con una significación  $p < 0.03$ .



La edad media de los pacientes que empezaron hemodiálisis fue de  $69.7 \pm 13.7$  años.

La media de edad de los pacientes que iniciaron diálisis peritoneal fue de  $58.3 \pm 15.6$  años.

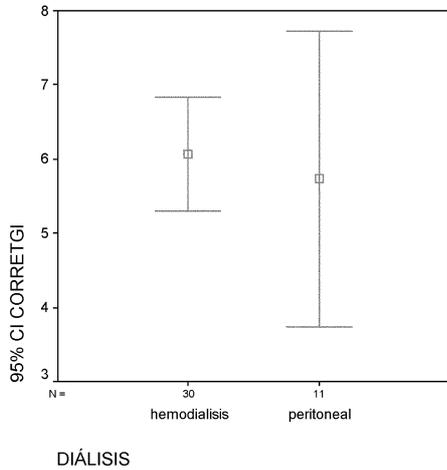
*Valoración funcional (E.Karnofsky):* La valoración funcional resultó ser significativamente diferente entre los pacientes de ambas técnicas de tratamiento renal sustitutivo.  $p < 0.017$ .



La media del resultado en el índice de Karnofsky para los pacientes que iniciaron hemodiálisis fue de  $72.3 \pm 18.3$ .

La media del resultado en los pacientes que iniciaron diálisis peritoneal fue de  $88 \pm 17.2$ .

*Co-morbilidad:* No se observaron diferencias significativas respecto a la co-morbilidad entre los dos grupos de tratamiento sustitutivo.



La media de puntuación según los resultados del índice de Charlson en los pacientes según elección de las diferentes técnicas resultó ser, en los que iniciaron hemodiálisis de  $6.1 \pm 2$ , y para los pacientes que iniciaron diálisis peritoneal la media fue de  $5.7 \pm 3$ .

*Número de educaciones sanitarias sobre tratamiento renal sustitutivo:* La diferencia

de número de educaciones entre pacientes que iniciaron hemodiálisis y diálisis peritoneal no resultó ser significativa.

La media de educaciones sanitarias sobre tratamiento renal sustitutivo en los pacientes que iniciaron hemodiálisis resultó ser de  $3.9 \pm 1.6$ , mientras que en el caso de los pacientes que iniciaron diálisis peritoneal resultó ser de  $4.4 \pm 2.1$

*Sexo:* El 40% de los varones iniciaron diálisis peritoneal, frente al 6.2% de las mujeres que iniciaron tratamiento sustitutivo. La diferencia resultó ser significativa ( $p < 0.018$ ).

*Soporte familiar:* El 81% de los pacientes que iniciaron diálisis peritoneal tenían soporte familiar frente al 26.6% de los pacientes que iniciaron hemodiálisis. La diferencia también resultó ser significativa. ( $p < 0.02$ ).

*Autocuidados:* El 81% de los pacientes que iniciaron diálisis peritoneal se autoadministraron la EPO frente al 30% de los pacientes que iniciaron hemodiálisis. La diferencia resultó ser significativa ( $p < 0.004$ ).

## DISCUSIÓN

Los pacientes que inician el tipo de tratamiento renal sustitutivo de diálisis peritoneal son significativamente más jóvenes, presentan un estado funcional superior y un grado de autocuidado mayor que los que inician hemodiálisis.

Por otra parte, el soporte familiar es otro de los factores significativamente diferentes según el tipo de técnica elegido. Los pacientes que optan por la diálisis peritoneal disponen de mayor soporte familiar que los de la hemodiálisis.

## BIBLIOGRAFÍA

- Valderrábano F. "Tratado de hemodiálisis" ED: Editorial Médica Jims.Barcelona 1999.
- Magaz A y cols. "Problemas psicológicos y sociales en los pacientes en hemodiálisis. Ed Medical JLMS, SL, 1999.
- Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica. SEDEN 2001.JANSSEN-CILAG.
- Porela L, Menéndez A et al " Influencia del nivel de conocimiento de los pacientes sobre la elección de las distintas opciones de diálisis. Efecto de un protocolo de información reglada. " Unidad de diálisis .Complejo hospitalario Juan Canalejo. A. Coruña. 2001.
- Vives B. "Revisión del protocolo de información al paciente de las distintas modalidades de tratamiento sustitutivo renal."
- Hospital clínic de Barcelona. Barcelona 2003.
- Ruiz M., Román M. Et al " Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de la insuficiencia renal crónica." Enfermería nefrológica Vol.6 N°4.

ANEXO

Tabla 1

Índice de comorbilidad de Charlson

Condición	Puntuación asignada
Infarto de miocardio	1
Insuficiencia cardíaca congestiva	1
Enfermedad vascular periférica	1
Enfermedad cerebrovascular	1
Demencia	1
Enfermedad pulmonar crónica	1
Enfermedad reumatólogica	1
Úlcera gastroduodenal	1
Enfermedad hepática leve	1
Diabetes sin complicaciones	1
Hemiplegia	2
Enfermedad renal moderada o severa	2
Diabetes con complicaciones	2
Neoplasia	2
Leucemia	2
Linfoma maligno	2
Enfermedad del hígado moderada o severa	3
Tumor sólido metastático	6
HIV+	6

Por cada década de vida a partir de los 40 años, se añade 1 punto al valor de comorbilidad.

Tabla 2  
Valoración funcional de Karnofsky

CATEGORIA	CRITERIO ESPECIFICO	INDICE
Capaz de desarrollar todas sus actividades con normalidad; no requiere ningún cuidado especial	Normal; no existe evidencia de enfermedad ni ninguna queja física.	100
	Es capaz de desarrollar una actividad normal pero existen signos o síntomas menores de enfermedad.	90
Incapaz de trabajar; capacidad para vivir en casa y atender las necesidades personales; la ayuda que necesita es variable	Desarrolla actividad normal con esfuerzo; existen algunos signos o síntomas de enfermedad	80
	Incapaz de desarrollar su actividad profesional pero mantiene la capacidad para cuidar de si mismo	70
	Requiere asistencia ocasional por parte de otras personas pero mantiene la capacidad para atender a la mayoría de la s necesidades	60
	Requiere asistencia considerable por parte de otras personas y con frecuencia cuidado médico	50
Incapaz de cuidar de si mismo, requiere asistencia en institución, hospital o equivalente; el proceso patológico puede ser rápidamente progresivo	Incapacitado, requiere de cuidado y asistencia especial	40
	gravemente incapacitado, no inminencia de muerte, requiere ingreso hospitalario	30
	Muy enfermo, es necesaria su permanencia en el hospital, necesita tratamiento paliativo activo.	20
	Moribundo	10
	Muerto	0