

IMPORTANCIA DE LA VALORACION DEL ESTADO FUNCIONAL DE LOS ENFERMOS EN DIALISIS

Olga Gómez Carcaba, C. Alegre, M. Hemandol I. Nebreda

Hospital "Del Río Hortega". Valladolid

INTRODUCCION

Podríamos definir el estado funcional como una medida de la capacidad que tienen las personas para realizar las actividades cotidianas.

Al hacer una valoración de nuestros enfermos en diálisis, observamos que, mientras que unos son capaces de llevar una actividad física normal, otros, en mayor o menor grado, ven disminuido su estado funcional, a pesar de sufrir todos un mismo síndrome, IRCT.

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es determinar:

- El estado funcional de nuestros enfermos.
- Los factores que influyen en el estado funcional.
- La relación existente entre el estado funcional y el riesgo de hospitalización y muerte.
- La influencia del estado funcional de nuestros enfermos, en la utilización de recursos humanos y materiales, durante los tratamientos.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se ha realizado en 43 enfermos; tratamiento en HD, 25, de los cuales 18 son hombres y 8 mujeres. Con tratamiento en DPCA, 17, diez hombres y ocho mujeres.

Las edades están comprendidas entre 24 y 75 años ($X = 56,8$ años) (Figura núm. 1). El tiempo de permanencia en diálisis entre 0 y 216 meses ($X = 58,4$ meses).

Para determinar el estado funcional hemos utilizado la escala de Karnofsky.

Esta escala, mide la capacidad física y la autosuficiencia funcional del enfermo.

Como vemos en la tabla 1, la escala se compone de tres grupos en los que se clasifica de forma general a los enfermos:

- A) Capaz de llevar una actividad física normal.
- B) Incapaz de trabajar; necesita cuidados y asistencia.
- C) Incapaz de cuidar de sí mismo. Necesita cuidados de hospital.

Los grupos están divididos en once categorías que abarcan todos los niveles posibles de función, desde la completa normalidad (100), hasta la muerte (0).

Basado en dicha escala, a los enfermos se les proporciona un amplio cuestionario sobre:

- 1) Necesidades básicas (alimentación, eliminación, movilización, reposo, sueño, higiene).
- 2) Actividades cotidianas (trabajo, deporte, ocio).
- 3) Adaptación individual.
- 4) Adaptación familiar.
- 5) Tipo de dieta que sigue.
- 6) Conocimiento y administración de tratamiento medicamentoso.
- 7) Síntomas que presenta.

El cuestionario es contestado cada tres meses, a lo largo de los doce que ha durado el estudio. Una vez recogido todos los datos, se discute y valora el nivel de autosuficiencia de cada enfermo, situándole en el grado de estado funcional que le corresponde dentro de la escala de Karnofsky y se investigan las correlaciones existentes entre el grado de estado funcional de los enfermos y las siguientes variables:

- 1) Edad. 2) Sexo. 3) Nivel cultural. 4) Número y días de hospitalización. 5) Kt/V. 6) PCR. 7) Tiempo en Diálisis. 8) FRR. 9) EPO.
- 10) Otras enfermedades.
- 11) Utilización de recursos durante los tratamientos.

RESULTADOS

- El estado funcional de nuestros enfermos, al comienzo del estudio, está comprendido entre 100 y 50 ($X = 78,13$). Al finalizar el estudio el estado funcional está comprendido entre 100 y 0. ($X = 74,61$) (Figura núm. 2).

El 18,6 % resultaron capaces de llevar una actividad física normal, sin evidencias de la enfermedad. El 37,2 % son capaces de llevar una actividad normal con esfuerzo y presentan signos y síntomas de enfermedad, y el 44,1 % son incapaces de llevar a cabo actividad normal, requiriendo asistencia y cuidados ocasionalmente.

1 - Los enfermos de edades más avanzadas han resultado ser menos funcionales que los de edad media y jóvenes. (Figura núm. 3).

2 - No hemos encontrado diferencias significativas, con respecto al grado funcional, entre hombres y mujeres. (Figura núm. 3).

4).

3 - No hemos encontrado correlación entre el estado funcional y el nivel cultural. Conviene matizar este resultado, dado que, el 95,4 % de nuestros enfermeros tiene un nivel cultural bajomedio y, por tanto, sólo el 4,6 % tiene un nivel cultural alto.

4 - Al analizar el número y días de hospitalización encontramos que son los enfermeros con menor grado funcional los que han tenido hospitalizaciones de más larga duración.

De los ocho enfermos que comenzaron el estudio con el grado funcional más bajo (50), tres murieron.

5 - De todos es conocido que existe una clara relación entre Kt/V y riesgo de morbilidad y mortalidad.

Al correlacionar el Kt/V con el grado funcional no hemos apreciado diferencias significativas, pero es necesario reseñar que, todos los enfermos, se encuentran con cifras de Kt/V dentro de límites aceptables.

6 - El 37,2 % de los enfermos incluidos en este estudio han resultado estar mal alimentados y tener un PCIR bajo. De ellos, el 75 % , están situados en los grados más bajos de la escala.

7 - Hemos encontrado que algunos de los enfermos que iniciaron el tratamiento dialítico coincidiendo con este estudio, tenían un grado funcional más bajo al comienzo que a los doce meses de estudio.

8 - No hemos encontrado diferencias significativas al correlacionar el estado funcional y la función renal residual.

9 - Aunque la mayoría de los enfermos ya estaban en tratamiento con Eritropoyetina al inicio del estudio, hemos encontrado que, aquellos a los que se les comenzó a administrar dicho tratamiento durante los doce meses de seguimiento, experimentaron aumento del grado funcional.

10 - En nuestro programa de diálisis se encuentra incluido un 17 % de enfermos diabéticos que han resultado tener, en su mayoría (70 %) , menor grado funcional que los no diabéticos; al igual que ocurre con los enfermos que padecen problemas cardiovasculares, neurológicos y óseos de cierta importancia.

11 - Los enfermos con grado funcional más bajo han necesitado utilizar más recursos durante las sesiones de tratamiento que los enfermos con alto nivel funcional. (Figura núm. 5).

En los enfermos en **DPCA** se han producido frecuentes consultas telefónicas, visitas al hospital fuera de las programadas, mayor necesidad de revisar la técnica, mayor número de interconsultas, y han necesitado acudir en más ocasiones al servicio de urgencias.

Los enfermos en HD han estado más inestables durante las sesiones, con vómitos, hipotensiones, calambres, taquiarritmias, dolores articulares, precisando mayor número de actuaciones por parte del personal de la unidad y mayor número de interconsultas.

CONCLUSIONES

Una vez determinados algunos de los factores que inciden sobre la disminución del estado funcional, debemos actuar, en la medida de nuestras posibilidades, sobre ellos, enseñando a los enfermos el tipo de dieta que deben realizar, insistiendo en la importancia de su seguimiento, fomentando la realización de ejercicios físicos de forma regular y los programas de salud.

Dado que los enfermos con estado funcional más bajo han necesitado utilizar más recursos humanos y materiales, parece ventajoso utilizar las técnicas de diálisis más biocompatibles con ellos, ya que así conseguiremos elevar el grado de estado funcional y mayor confort durante las sesiones.

También nos parece ventajosa la utilización de la eritropoyetina en aquellos enfermos que lo necesiten.

La valoración del estado funcional nos va a permitir predecir, con un alto porcentaje de fiabilidad, el riesgo de hospitalización y muerte.

Asimismo nos permite prever los recursos humanos y materiales que van a necesitar los enfermos durante las sesiones, organizando al personal de la unidad en base al estado funcional de los enfermos y no al número de ellos.

Concluimos diciendo que nos parece interesante valorar periódicamente el estado funcional de los enfermos en diálisis, así como el de aquellos que van a iniciar el tratamiento dialítico e incluirlo como complemento de otras informaciones clínicas, pues éste, nos ayudará a perfilar el impacto que la IRCT tiene sobre cada uno de ellos.

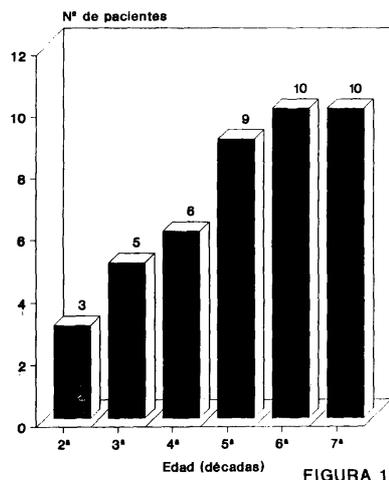
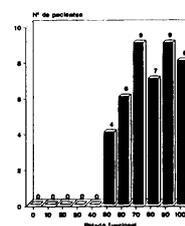


FIGURA 1

ESTADO FUNCIONAL BASAL



ESTADO FUNCIONAL FINAL

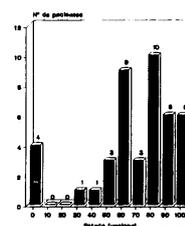


FIGURA 2