

## **INFLUENCIA DE LA CAPD SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL \***

*Olga Celadilla, M.<sup>a</sup>, Angeles Carballo, M.<sup>a</sup> Carmen Del Olmo,  
M.<sup>a</sup> Victoria Martinez, Maria Martinez, Vicenta Velasco*

Servicio de Nefrología. C. S. <La Paz>. Paseo de la Castellana, 261. Madrid-34

### **INTRODUCCION**

La CAPD, como alternativa demostrada válida para el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica en su situación terminal modifica con respecto a la hemodiálisis el esquema de vida de estos pacientes. Las personas entusiastas de la técnica entendemos que la inayor parte de dichas modificaciones son positivas y así:

1. Menor dependencia del hospital con posibilidad de viajar o programar cualquier otra actividad sin otro problema que no sea la continuidad de suministro del material.

2. El hecho de que puede ser el propio paciente quien lleve a cabo su tratamiento con la consiguiente sensación de autosuficiencia.

3. Cuanto menos, la técnica se la ve más sencilla que la HD y por tanto infunde menos miedo, debiendo el paciente atender sólo a las insistidas medidas higiénicas que le van a librar de la peritonitis, etc... Todo lo cual sin lugar a dudas van a mejorar la rehabilitación laboral, social y familiar y producir mayor bienestar.

Como contrapunto, habría que considerar una serie de factores negativos, igualmente asociados a la técnica como pueden ser:

- Posibles modificaciones del esquema corporal dependientes de la necesidad de llevar un catéter inserto en el propio abdomen, o el frecuente incremento del peso.

- El hacerse cuatro intercambios que ocupan al paciente unas dos horas diarias y la responsabilidad de que cualquiera de ellos puede ser el origen de la peritonitis, puede llevar al paciente a una sensación de angustia que en algún momento puede superar las ventajas que le ofrece la CAPD.

Nosotros, al igual que cualquier grupo que trabaje con enfermos crónicos, entendemos que el bienestar de estos no depende sólo de una adecuada situación clínica, sino que existen una serie de problemas igualmente importantes y muchas veces más difícil de objetivar, que primero vamos a intentar conocer para después si no solucionar, sí modificar el enfoque para llevar al paciente a situación de mayor confort.

### **MATERIAL Y METODOS**

La información para este trabajo la hemos obtenido por dos vías:

- Por una parte y dado que en nuestra unidad existe una amplia antesala previa a los boxes y que nuestros pacientes tienen de referencia en lo que esperan al cambio de sistema, analítica, Rx, etc... nos ha permitido frecuentes contactos fuera del momento concreto del tratamiento. Este tipo de información, si bien muchas veces nos ha sido orientada, en general la hemos considerado como útil.

- Por otra, a un total de 19 pacientes les hemos realizado una encuesta que ha sido elaborada por un psicólogo perteneciente al equipo de asistencia psicoterapéutica de Alcer-Madrid en que tras unos datos generales se preguntó acerca de la actitud familiar frente a la enfermedad, los intercambios y el paciente.

La situación del paciente y su enfoque de los mismos temas, sus aspiraciones, inhibiciones, historia clínica, historia psicológica, etc...

A efecto de poder tratar estos datos introducimos una serie de conceptos:

- Modificaciones de ambiente familiar-En el sentido de si la enfermedad y/o la técnica supone algún tipo de stress o sobrecarga de difícil manejo.

- Actitud del propio paciente: -Activa- Si el paciente se encuentra autoestimulado en sus cuidados y es capaz de adoptar posturas resolutivas por sí solo y -Pasiva- Cuando no es capaz de hacerlo descargando todo su parternaire.

- Autonomía- Cuando la CAPD no supone merma de sus actividades previas a la enfermedad, así viajes, etc...

- Modificaciones en el esquema corporal y su origen.

- Relación con el centro y con las personas que le asisten.

## RESULTADOS

- Con respecto a las modificaciones del entorno familiar: De 33 pacientes encuestados:

- En 24 la situación enfermedad más técnica no supone un stress que le desborde.

-En 9 claramente supone una sobrecarga importante, estando estos en el grupo que ha adoptado una actitud pasiva; en todos los casos el paciente es totalmente familia-dependiente para su tratamiento.

- De los mismos 33 en 23 la actitud persona fue activa en el sentido de autocuidados. Los otros lo requirieron obligatoriamente la ayuda de su parternaire, 2 de los cuales se jubilaron de forma precoz a fin de hiperresponsabilizarse de tratamiento.

- De la autonomía en desplazamientos los resultados fueron:

Dos pacientes viajan frecuentemente al extranjero tal y como venían haciéndolo previo a la enfermedad. Otros 20 tampoco encontraron cambios en el número de desplazamientos. De los 11 restantes 3 son diabéticos ciegos, 2 tienen una cardiopatía isquémica importante y 1 hipotensión ortostática severa, no pudiendo por tanto implicar a la CAPD como causante directa del problema restrictivo.

- No existían modificaciones del esquema corporal en 23 pacientes y sí en 10. Preguntados acerca de la causa de las mismas (preferentemente mujeres) el aumento del peso fue la contestación más frecuente. Ninguno de ellos imputó al catéter o la bolsa como responsable de las mismas.

## CONCLUSIONES

Habidas cuentas de los datos difícilmente reproducibles, la subjetividad implícita en cada uno de estos temas, el ser esta nuestra primera encuesta enfocada como historia psicoclínica, la dificultad en establecer escalas en las que situar los problemas de este tipo y por tanto extremar situaciones intermedias, etc... nos aconsejan hablar más que de conclusiones de enfoque u orientaciones tendentes a obtener de la CAPD el máximo rendimiento posible.

- En primer lugar el hecho de que la actitud activa del paciente hacia la técnica, aumenta su supervivencia y al sentirse como único responsable de su bienestar clínico aumenta su integración en el mundo de las personas útiles. Es por ello que en principio y a la hora del entrenamiento sea adecuado rechazar a cualquier otra persona que no sea el propio paciente. Debiendo admitirlos sólo tras tener claro que ha fallado lo anterior.

- Individualización a la hora de exponer responsabilidades dependiendo del entorno del paciente a fin de conseguir una buena evolución de la técnica, tratando de reducir en lo posible stress, hiperresponsabilidades, sobrecarga, miedo, etc.

- Para las personas carentes de autonomía, una desdramatización de la CAPD sería provechosa y que ello no implica desmetodizar la práctica de los intercambios. Todo ello mediante entrevistas por parte de quien el enfermo sabe conoce mejor los posibles riesgos.

- Para las modificaciones del esquema corporal sí es cierto que la obesidad es su principal causa, dieta hipocalórica y recomendación de ejercicio físico podría ser beneficioso.

A las personas que llevamos estos pacientes nos es útil saber donde está la hiperprotección, siempre pernicioso y nos limitamos a atajar los efectos secundarios de una técnica que por otra parte somos nosotros los que la aplicamos.

En las encuestas realizadas en 19 pacientes en CAPD, hemos podido observar que la pérdida de CAPD en 8 de ellos es su mayor temor, le sigue el temor al trasplante en 5 la pérdida de CAPD en 8 de ellos es su mayor temor, le sigue el temor al trasplante en 5 de ellos. 4 temen a la muerte y 3 a lo que será de ellos. De lo cual se desprende que realmente a lo que temen es perder su actual medio de vida y al trasplante fundamentalmente, como su futuro medio de vida.

En cuanto a las aspiraciones de estos pacientes, 11 aspiran a cuantas cosas la vida les pueda ofrecer, y otra gran mayoría aspiran a ser trasplantados.

La forma de enfrentarse a los problemas de la mayoría es evadiéndolos; sólo 2 declaran enfrentarse a ellos.

Parece claro, a la vista de estos resultados, que hay necesidad de controlar a estos pacientes desde el punto de vista psicológico; el papel de la enfermera de CAPD es esencial pues representa al personal sanitario más próximo al paciente. No podemos olvidar, sin embargo, las dificultades intrínsecas a este tipo de exploraciones que hemos encontrado al no ser expertas en la materia. El apoyo de un gabinete psicológico reforzaría claramente la calidez de estos resultados.

#### **BIBLIOGRAFIA**

Breart, D. y Hougheon, P.: The impact of family intervention in the long-term success of CAPD.

(Abstrac). Perit. Dial. Bufl. S. 4 (2):8, 1984.

Box, D. F. y Luker, K. A.: Nursing attitudes in CAPD (abst.). Perit. Dial. Bull. S. 4 (2):8, 1984.

Churchill, D. N.; Morgan, ., y Torrance, G. W.: Quality of life in End Stage Renal Disease. Perit.

Dial. Bull. 4 [1]:20, 1984.