

# **PERFIL DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL QUE FALLECEN EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION**

*Blanca Nieto Alvarez, Rafael Alvarez Navascues, Amparo Castaño Blanco, Asunción López Reguera, Esther Martínez García, Ana Ureña González.*

Hospital Central de Asturias. Servicio de Nefrología. Oviedo.

## **INTRODUCCIÓN**

En el año 1997 se realizó en nuestro servicio un estudio comparativo del perfil de los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), Incluidos en el programa de terapia renal sustitutiva (TRS).

Dicho trabajo se presentó en el congreso de Santander y en él se evidenció que todos los pacientes no incluidos en TRS fallecieron en la planta de Nefrología, ninguno en su domicilio. Ante este dato surgió la idea de realizar un seguimiento de estos pacientes.

## **OBJETIVO**

Hacer un seguimiento de las condiciones en las que fallecen los pacientes en nuestra Unidad de Hospitalización.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se estudiaron todos los pacientes fallecidos en la Unidad durante el año 1997 incluyendo, además de los no candidatos a TRS, aquellos que estando en programa, o bien no se pudo continuar la terapia por su situación o bien continuaron hasta su fallecimiento.

Se recogieron datos referentes a edad, sexo, días que permanecieron ingresados, patología asociada, capacidad física y autosuficiencia, tratamiento recibido y cuidados administrados.

Para valorar la comorbilidad se utilizó el índice ponderado de Charison utilizando también la gradación de Evans sobre repercusión de las patologías en el bienestar físico de los pacientes e introduciendo algunos ítems ya utilizados por el grupo de Segovia (apéndice I).

La capacidad física y autosuficiencia se midieron según la escala de Karnofsky abreviada (apéndice II).

Por último, se investigó la situación social y de convivencia.

## **RESULTADOS**

Durante el año 1997 fallecieron 24 pacientes de los 506 ingresados en la planta de Nefrología (4,74%).

Tres de los fallecidos lo hicieron en procesos agudos en tratamiento activo por lo que no se incluyen en el estudio.

De los 21 pacientes restantes:

- 4 estaban en programa de hemodiálisis y fue suspendida.
- 2 en programa de hemodiálisis y continuaron hasta su fallecimiento.
- 4 comenzaron a dializarse por su situación aguda suspendiéndose posteriormente.

- 11 no fueron considerados candidatos a TRS
- 15 eran conocidos por ingresos anteriores.
- 6 ingresaron por primera vez en nuestro Servicio.

#### **SEXO**

- 12 hombres
- 9 mujeres

#### **EDAD**

Edad media del grupo 74,3 años.

- Hombres 73 años +-10,5
- Mujeres 76,2 +- 8,2

#### **KARNOFSKY**

- Grado 1 0-44 puntos 18 pacientes
- Grado 11 45-79 puntos 3 pacientes
- Grado 111 80-100 puntos 0 pacientes

#### **COMORBILIDAD**

Indice de comorbilidad total 13,52

- Hombres 13.4 +- 4,9
- Mujeres 14,9 +- 3,2

Como datos de referencia, los pacientes que iniciaron programa de TRS este mismo año presentaban una comorbilidad media de 3.

Las patologías fueron:

- Patología cardíaca 17 pacientes
- Patología vascular 17 pacientes
- Patología gastrointestinal 13 pacientes

#### **ANALGESIA Y/O SEDACION**

- 20 Pacientes recibieron en algún momento Dolantina, Haloperidol y Cloruro Mórfico, solos o asociados.
- 2 Pacientes recibieron Rivotril y Orfidal.

La administración fue muy variada en cuanto a dosis y pautas.

#### **SITUACION FAMILIAR**

- 17 Pacientes vivían en familia (80,9%)
- 3 Pacientes en instituciones /14,8%)
- 1 Paciente no consta

#### **CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Siempre que las circunstancias lo permitieron se instalaron en habitaciones individuales, lo que ocurrió en 17 casos (80,9%).

Los cuidados fueron:

- Higiene corporal, preservación de la piel y mucosas, cambios posturales.
- Movilización activa y o pasiva del paciente.
- Adecuación de la dieta alimentaria según estado.
- Cuidados específicos encaminados a proporcionar el mayor confort posible.
- Tratamiento del dolor
- Sedación
- Información continuada a la familia prestando apoyo hasta el desenlace final en la

medida de nuestras posibilidades.

## **CONCLUSIONES**

En cuanto a la analgesia y sedación, no hay establecida una pauta para situaciones terminales quedando siempre a criterio médico.

- Creemos necesario la confección de un protocolo donde se recojan pautas de sedación y tratamientos no agresivos.
- Elevado índice de comorbilidad a expensas de patologías cardíaca y vascular.
- Importante incapacidad física y mínima autosuficiencia (Karnofsky).
- Un 80,9% de los pacientes vivían en familia.

Vista la necesidad de la confección de un protocolo donde se recogieran pautas de actuación, podemos decir que en la actualidad se ha confeccionado uno de Cuidados Paliativos en el Paciente Terminal, por parte de las enfermeras de la planta de Nefrología y a petición de las enfermeras, los médicos hicieron otro protocolo con pautas de tratamientos médicos según síntomas (dolor, ansiedad, disnea,etc) e intensidad de los mismos.

## APÉNDICE 1

### 13. INDICE DE COMORBILIDAD (Patología asociada)

PATOLOGÍA	PRESENTE	NO	LIMITACION DE ACTIVIDAD FÍSICA		
			LEVE	MODERA	SEVERA
<b>CARDÍACA</b>					
Angina					
Arritmia					
Infarto de miocardio					
Insuficiencia cardíaca congesti					
<b>VASCULAR</b>					
Hipertensión arterial					
Enfer. vascular periférica					
Enfer. vascular cerebral					
<b>PULMONAR</b>					
Enfer. pulmonar crónica					
<b>NEUROLOGIA</b>					
Demencia					
Parálisis					
Otras					
<b>ENDOCRINA</b>					
Diabetes					
Diabetes + daño órgano, diana					
<b>HEPÁTICA</b>					
Leve					
Moderada-Severa					
<b>GATROINTES TINAL</b>					
úlceras pépticas					
Otras					
<b>MISCELÁNEA</b>					
Enfer. tejido conectivo					
Tumores					
Tum. sólidos metastásicos/Sida					
<b>OTRAS</b>					
Enfermedad musc-esquelética					
Problemas de audición					
Problemas de visión					
Problemas psiquiátricos					

Este índice de comorbilidad se cumplimenta de acuerdo a unas instrucciones en las que se define en qué casos se debe señalar la presencia de una patología.

Cada patología presente se puntúa de la siguiente manera: 1 punto, si no causa limitación de la actividad física; 2 puntos, si causa limitación leve; 3 puntos, si origina limitación moderada; 4 puntos, si la limitación es severa.

El índice de comorbilidad total se obtiene de la suma de las puntuaciones para cada patología.

### **ESCALA DE KARNOFSKY**

Con esta escala se pretende valorar la capacidad física y autosuficiencia.

GRADO I: "Pacientes en grave estado y que precisan hospitalización" (de 0 a 44 puntos).

10. Moribundo. Deterioro letal rápido y progresivo.
20. Hospitalización necesaria. Muy enfermo. Necesita tratamiento activo de mantenimiento.
30. Severamente incapacitado. Requiere hospitalización aunque no presenta riesgo inminente de muerte.
40. Incapacitado. Requiere hospitalización aunque no presenta riesgo inminente de muerte.

GRADO II: "Requieren asistencia considerable u ocasional" (de 45 a 79).

50. Requiere asistencia considerable y permanente cuidado médico.
60. Requiere asistencia ocasional pero puede atender por sí mismo la mayoría de sus necesidades.
70. Cuida de sí mismo. Incapaz de llevar a cabo actividad normal o de realizar trabajo activo.

GRADO III: "Actividad Normal" (de 80 a 100).

80. Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad.
90. Capaz de llevar a cabo actividades normales. Signos o síntomas menores de enfermedad.
100. Normal, sin evidencia de enfermedad.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. R. Sesso, P. Frassinetti Fernández, M. Ansao, Mr. Drummond, S. Drarbe, S. Signlem, and H. Agzem.: "Acceptance for chronic dialysis Treatment: insufficient and unegal".
2. División of Nephrology, Department of Medicine 2 Health Informatics Center; 3 Clínicas Epidemiology Unit, Escola Paulita de Medicina Universidade Federal de Sao Paulo 4 Pro-Rim Prefeitura de Sao Paulo Brasil-DIALISYS/Transplantation News Nephrol Dial Trasplant (1996) 11:982-986.
3. David J. Hirsch, IVID FRCPC, Michael L. West, BSc, MD, FRCPC, FACP Allan D. Cohen, MD FRCPC, +and Kailash K. Jindal MB,BS FRCPC "Experience with oppening Biolysis to patients with a Poor Prognosis" ETHICAL AND MORAL ISSUES IN NEPHROLOGY- American Journal of Kidney Diseases, vol 23, N° 3 (March), 1994p p463-466.
4. M. García García, A.Rodríguez Jomet, E.Pour Clemente y S. Almirall Daly.: "No inicio de tratamiento con diálisis crónica a pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada".