

# Perfil actual del paciente en diálisis y HIV+: nuevo reto para la enfermería

**M<sup>a</sup> Teresa Martínez de Merlo, Patricia Arribas Cobo, Sandra Grandes Velasco, J. Fco Pulido Pulido, Anunciación Fernández.**

*Servicio de Nefrología  
H. G. U. Gregorio Marañón. Madrid.*

## RESUMEN:

En nuestra Unidad de Diálisis hemos comprobado el aumento de pacientes con IRC y HIV+ en los últimos 5 años. Basándonos en un trabajo que realizamos en el año 1987 sobre los pacientes en diálisis con HIV+, hemos comparado a estos pacientes con los actuales en cuanto a origen del contagio, sexo, supervivencia, estado nutricional, corrección de la anemia y aspectos sociales.

En el primer grupo (5 mujeres y 3 hombres) el origen del contagio era fundamentalmente las transfusiones y en el grupo actual (8 hombres y 1 mujer) es por adicción a drogas vía parenteral (ADVP). La supervivencia, el estado nutricional y adecuada corrección de la anemia son mejores en el segundo grupo.

Una vez realizado este estudio hemos elaborado un plan de cuidados de enfermería para pacientes HIV+ en diálisis, revisando las técnicas de diálisis, cuidados del acceso vascular, nutrición y aspectos psicológicos y sociales.

## ABSTRACT:

In our Dialysis Unit we have had, over the last five years, an increase in the number of patients with CRI and HIV infection. Based on a study we did in 1987 about HIV+ patients under dialysis, we have compared those patients with those of the present study, in terms of origin of the infection, sex, survival rate, nutritional status, control of anemia and social aspects.

In the first group, five women and three men, the origin of the infection was primarily transfusions, and in the current group, eight men and one woman, it is addiction to intravenous drug use. Survival rate, nutritional status and adequate control of anemia are better in the second group.

On completion of this study, we developed a nursing care plan for HIV+ patients under dialysis reviewing techniques of dialysis, care of the vascular accesses, nutrition and social and psychological aspects.

PALABRAS CLAVE: DIÁLISIS  
HIV+  
PLAN DE CUIDADOS  
SUPERVIVENCIA

PALABRAS CLAVE: DIALYSIS  
HIV+  
CARE PLAN  
SURVIVAL RATE

### *Correspondencia:*

M<sup>a</sup> Teresa Martínez de Merlo  
Servicio de Nefrología, Hospital Gregorio Marañón  
C/ Dr Esquerdo n<sup>o</sup>46  
28007 Madrid

## INTRODUCCIÓN

Durante la década de los años 80 comenzó a conocerse el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA), cuyo agente causal es el virus de la inmunodeficiencia humana descubierto por L. Montagnier y su equipo en 1983.

La OMS estima que según sus datos en el año 2000 son alrededor de 40 millones las personas infectadas por el HIV (1), es decir no es una enfermedad en recesión y además tiene una gran dispersión geográfica.

En el año 87 presentamos un primer trabajo desde nuestro Servicio en el que se realizó un muestreo utilizando el método ELISA entre todos los pacientes (trasplantados y HD) y el personal de Nefrología (2), el resultado fue de 7 pacientes infectados por el HIV y ningún miembro del equipo afectado.

A medida que dicha enfermedad se ha ido estudiando el CDC (Centers for Disease Control of Prevention) ha ido modificando sucesivamente la clasificación de la infección por HIV(3) que puede comenzar con un síndrome febril al que le sigue una fase asintomática en la que persiste la seropositividad demostrada por ELISA o Western Blot y las cifras de CD4 van descendiendo de forma progresiva (3). Actualmente la definición de SIDA, según el CDC incluye a todos los pacientes cuyo recuento de CD4 sea inferior a 200 cel/m l., aun en ausencia de enfermedad oportunista (4).

En la actualidad en nuestra Unidad tenemos 9 pacientes HIV+ y IRC, hemos constatado el aumento sustancial de los mismos en los últimos 5 años. Por lo que decidimos comprobar si el perfil actual de estos pacientes presentaba diferentes características a las de los pacientes que estudiamos en el año 87 (origen contagio, expectativas, posibilidad de trasplante renal...), con el fin de establecer un plan de cuidados que se adecuara a sus expectativas, calidad de vida e integración social. Ante un mejor conocimiento de la enfermedad las enfermeras debemos dar nuevas respuestas de cuidados.

## MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado un estudio transversal de los 9 pacientes HIV+ con IRC de nuestra Unidad comparando algunos datos con los de los pacientes del año 1987, valorando así las nuevas necesidades de estos pacientes para poder realizar una adecuada planificación en nuestros cuidados.

Hemos revisando los siguientes parámetros:

- Sexo, edad.
- Origen del contagio del HIV.
- Técnica de diálisis.
- Parámetros nutricionales y hematológicos.
- Aspectos sociales.

## RESULTADOS

De nuestros 9 pacientes seropositivos y con IRC 8 son varones y 1 mujer, sus edades están comprendidas entre los 32-65 años siendo la media de 41,2 años.

Las técnicas de diálisis utilizadas son para 8 pacientes HD y 1 DP (Tabla 1). Los pacientes estudiados llevan una media de 36,5 meses en HD, siendo el paciente que más tiempo recibe dicho tratamiento el que lleva 107 meses y el que menos 3 meses.

**TABLA 1. Características de los pacientes con HIV**

PACIENTE	EDAD	SEXO	CAUSA ENF.	DIÁLISIS
1	37	V	ADVP	HD
2	40	V	ADVP	HD
3	39	V	ADVP	HD
4	65	V	R. SEX	HD
5	38	V	R. SEX	HD
6	37	V	ADVP	HD
7	36	V	ADVP	HD
8	53	V	ADVP	HD
9	26	M	TRANSFUS.	DP

Todos los pacientes que están en programa de HD tienen FAV (2 autóloga y 6 injerto de goretex). Un paciente fue portador de un catéter permanente durante 8 meses. No hemos tenido problemas de infección en ningún caso.

**TABLA 2: Estado nutricional y hematológico**

PACIENTE	IMC	ALBÚMINA	PREALBUM	TRANSFE	FERRIT.	HTO
1	21	4	30,9	273	426,8	38,5
2	20	4,3	42,3	151	32	33,5
3	18	3,3	25,7	222	296	31,8
4	19	4,7	25,5	231	506	36,4
5	20	4,1	38,3	251	41,5	46,2
6	19	3,8	27	185	320	45,4
7	20	4,5	32,4	285	184	36
8	18	4,1	30,8	197	289	39,8
9	19	3,7	28,6	178	251,4	34,1

- IMC: Talla/altura<sup>2</sup> con una media de 19,3
- Albúmina: 4,2 (3,8-4,7) gr/dl
- Prealbúmina: 31,3 mgr/dl
- Transferrina: 219,25 mgr/dl
- Ferritina : 260,3 mgr/dl ( 506 -32), todos los que tienen cifras inferiores a 200 mgr/dl hacen tratamiento con Fe i.v.
- Hematocrito: 37,96%

Aspectos sociales:

- 8 viven con su familia y 1 en régimen penitenciario.
- 2 realizan actividad laboral.
- 3 son cabeza de familia.
- El 85% tienen un nivel socio cultural bajo.
- 2 pacientes ADVP continúan con las prácticas de riesgo.

Las causas de la infección del grupo actual y del de 1987 se encuentran en la tabla 3:

Tabla 3. Causas de infección por HIV		
	Actualmente	Año 1.987
Transfusiones	1(11,1%)	5 (62,5%)
Relaciones sexuales	2 (22,2%)	¿
ADVP*	6 (66,7%)	3 (37,5%)

- ADVP Adicción a drogas vía parenteral

**DISCUSIÓN. PLAN DE CUIDADOS**

A la vista del perfil de los pacientes y para adecuar los cuidados de enfermería hemos de tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- Información sobre las diversas formas terapéuticas de su IR.
- Características especiales del acceso vascular en pacientes ADVP.
- Estado nutricional.
- Aspectos psicológicos y sociales:
  - Personas jóvenes, varones.
  - Mayor y mejor expectativa de vida.
  - En la actualidad pocas posibilidades de Tx renal.
  - Dificultades para su desplazamiento geográfico (vacaciones, trabajo, etc)
  - Importancia de la incidencia de su nivel socio cultural en ocasiones unido a la problemática de ADVP.
  - Diálisis en Unidad aislada.

**INFORMACIÓN SOBRE LAS OPCIONES TERAPÉUTICAS PARA LA IRT**

Ambas técnicas de diálisis pueden ser recomendables en principio puesto que la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes que estamos estudiando depende fundamentalmente de la fase clínica de la infección por HIV, de si han desarrollado SIDA o no (9), más que del diagnóstico base de su IRC, siendo el avance fundamental los adelantos en terapias antirretrovirales combinadas y la prevención de infecciones (1). A favor de la DP estarían varios factores clínicos:

- En el caso de pacientes ADVP que ya no realizan prácticas de riesgo mayor independencia y mejor reinserción social (DPA).
- Su inmunidad puede verse afectada por el uso de membranas poco biocompatibles.
- Problemas de realización de FAV en pacientes ADVP.
- Aporte de glucosa en pacientes con dietas hipocalóricas o que no comen.
- Disminución de riesgos de transmisión del virus al personal sanitario al evitar punciones accidentales y porque la carga viral es mucho menor en el líquido peritoneal que en la sangre, que será manipulado de forma adecuada.
- La tasa de peritonitis no es mayor a la del resto de pacientes en DP.

A medida que se han estudiado los pacientes con tratamiento de su IR con HD y DP a largo plazo se ha visto que no existe en su supervivencia diferencias cualitativas.

**CARACTERÍSTICAS DEL ACCESO VASCULAR EN PACIENTES ADVP**

En cuanto al AV hemos de mencionar que los pacientes que han sido ADVP tienen un grave deterioro de todos los vasos periféricos, por lo que en casi todas las ocasiones es imposible realizar una FAV autóloga y hay que recurrir a injertos de materiales sintéticos, y en otros casos a la implantación de catéteres permanentes con lo que ello implica en el deterioro de la autoimagen en personas jóvenes y la dificultad añadida de su autocuidado para evitar infecciones.

**ESTADO NUTRICIONAL**

La pérdida de peso progresiva e involuntaria es uno de los aspectos clínicos esenciales en la infección por HIV, al contrario que en la caquexia cancerígena, se presenta de forma precoz al inicio de la enfermedad, es progresiva y severa (6).

Las causas pueden ser:

- Disminución del aporte alimenticio, las citokinas producen anorexia.
- Mala absorción de nutrientes.
- Alteraciones metabólicas:
  - Pérdidas proteicas.
  - Hipermetabolismo (infecciones agudas).
  - Alteraciones del adipocito.

De los datos obtenidos se deduce que la mayor parte de nuestros pacientes padecen desnutrición y pérdida de peso, lo que disminuye su calidad de vida y alteración del sistema inmunitario, es importante el control de su dieta por un especialista así como el uso de complementos nutricionales que aporten aminoácidos y calorías.

Por nuestra parte realizaremos una educación nutricional y un control de sus parámetros nutricionales con métodos sencillos pero fiables.

Dentro de éste apartado incluimos el tratamiento con hierro y EPO o sustancias estimulantes de la eritropoyesis según los protocolos de nuestra Unidad, pues la anemia es una de las causas de anorexia.

#### ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

Por lo que hemos visto la mayoría de estos pacientes tienen grandes problemas para su reinserción social. Hemos de facilitar la vida laboral activa.

Es importante la existencia de un equipo multidisciplinar contando con la asistente social y los psiquiatras o psicólogos. Pues en un 85% son pacientes con un nivel cultural bajo, antecedentes penales por su ADVP aunque en la actualidad han abandonado sus hábitos tóxicos 5 de ellos.

Pueden tener periodos depresivos pues no tienen en la actualidad la esperanza de un TX renal, en el periodo terminal presentan un "deseo de no vivir" que les acompaña hasta el fin (1), es importante en dicho momento tomar actitudes de respeto y ajustadas a la ética.

Debemos desterrar el concepto de paciente HIV+ igual a conflicto, pues en nuestra experiencia esto no se ajusta a la realidad y hemos de facilitar el que puedan realizar desplazamientos entre aquellos servicios que tienen unidades adecuadas para facilitarles vacaciones o desplazamientos por cualquier otra razón.

#### TRASPLANTE RENAL

En la actualidad sólo en EEUU se han llevado a cabo dichas intervenciones y pertenece más al campo de lo experimental, si bien es cierto que se abre una nueva vía de esperanza en este sentido, que hace 5 años no existía.

#### DIÁLISIS EN UNA UNIDAD AISLADA

No existe ninguna normativa clara al respecto y el CDC sólo se recomienda el cumplimiento de las medidas universa-

les para el control de infecciones, siendo suficiente en el caso de la HD la desinfección estándar de monitores de HD (7).

Parece recomendable el aislamiento en pacientes con SIDA avanzado para prevenir la difusión de infecciones asociadas (diarreas, aumento de secreciones respiratorias, etc.) (8).

#### CONCLUSIONES

- Cada vez se incrementa más el número de pacientes HIV+ en las Unidades Renales.
- Su esperanza de vida así como la calidad de la misma va en aumento.
- Son pacientes jóvenes que rondan los 40 años y casi todos varones.
- Tanto la DP como la HD son técnicas de depuración renal adecuadas a dichos pacientes.
- Debemos tratar de forma correcta sus déficits nutricionales, pues son pacientes con grave deterioro en este sentido.
- La supervivencia depende más de su tratamiento anti-retroviral que de la diálisis.
- Hemos de seguir avanzando en la posibilidad de los TX renales.
- La acogida a dichos pacientes en nuestras Unidades ha de estar guiada por la normalidad.
- No descuidemos nunca la prevención de accidentes ni las medidas de protección recomendadas.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Carrera F, Silva J G, Anunciada A I. Diálisis y VIH. Tratado de Hemodiálisis. 370-373, 1999.
2. Herrera L, Fernández A, Soto I, Gómiz E. El virus de la inmunodeficiencia humana: un nuevo problema para la enfermería nefrológica. BISEDEN,355, 1989
3. Rao TKS . Diálisis y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. En: Llach y Valderrábano Eds. Insuficiencia renal crónica, diálisis y trasplante renal. Norma, Madrid ,1997.
4. Castro KG, Drotman DP. Epidemiologic trends of HIV infection and AIDS in the United States. AIDS Med Rep 3:57, 1990.
5. European Centre for the Epidemiologic Monitoring of AIDS: AIDS Surveillance in Europe. Quarterly Report 46: 30, 1995.
6. Cassuto-viguier y col.. Rein, troubles métaboliques et infection par le VIH. Masson. 1994.
7. M. S. Y C. Recomendaciones para el control de la infección por HIV, VHB y otros microorganismos de transmisión sanguínea en el medio laboral sanitario.1994.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ordenación de servicios para la atención sanitaria al paciente con infección por el HIV. 1994.