



Best Practice

Evidence-based information sheets for health professionals

Este *information sheet* ha sido publicado por primera vez en el Joanna Briggs Institute.
Auto-manejo de la hemodiálisis para la enfermedad renal terminal
Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals. 2011; 15(8):14

Auto-manejo de la hemodiálisis para la enfermedad renal terminal

Recomendaciones

Las siguientes intervenciones deben ser implantadas para ayudar a los pacientes con enfermedad renal terminal (ERT) en hemodiálisis para mejorar su auto-manejo:

- Un programa de formación en autoeficacia, estructurado e individualizado llevado a cabo por especialistas en enfermería nefrológica formados. (**Nivel B**)
- Intervención con terapia de grupo cognitivo-conductual utilizando técnicas como la relajación y el auto-control. (**Nivel B**)
- Un programa de empoderamiento centrado en ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades y conciencia de sí mismos en el establecimiento de metas. (**Nivel B**)
- Contacto estructurado telefónico semanal y un contrato de conducta con un familiar o amigo. (**Nivel B**)
- Educación sobre la hemodiálisis y programa de apoyo (un programa educativo específico que incluye apoyo de enfermeras) para un período de tres meses con docencia semanal y sesiones de apoyo. (**Nivel B**)

Fuente de información

Este Best Practice Information Sheet se basa en una revisión sistemática integral publicada en 2011 en la JBI Library of Systematic Reviews. El texto completo del informe de la revisión sistemática² está disponible en el Instituto Joanna Briggs (www.joannabriggs.org).

Antecedentes

La enfermedad renal terminal (ERT) es una pérdida irreversible de la función renal hasta el punto de que los riñones no pueden mantener la vida.² Cuando esto ocurre, se requiere terapia de reemplazo renal (TRR), también llamada diálisis, o un trasplante. Actualmente se ha registrado que hay 1,4 millones de pacientes recibiendo TRR a nivel mundial, con la incidencia de enfermedad renal terminal en crecimiento en aproximadamente un 8% anual.² Se espera que la carga de los costes para afrontar el aumento de la incidencia y prevalencia de la enfermedad renal terminal aumente sustancialmente.

Por lo tanto, se requiere una gran inversión para promover las intervenciones de manejo y atención eficaces, como el auto-cuidado, para las personas con enfermedad renal terminal.

La exploración del auto-manejo en la ERT es extremadamente importante para los pacientes que se encuentran con varios desafíos, incluyendo síntomas en curso, tratamientos complejos y restricciones, la incertidumbre acerca de la vida y una dependencia de la tecnología, todo ello con un impacto en su autonomía especialmente después del comienzo de la hemodiálisis.²

Una cuestión importante para apoyar las intervenciones de auto-manejo en las personas con enfermedad renal terminal es el concepto de cumplimiento o adherencia a su régimen de tratamiento y se ha descrito que del 33% al 50% de las personas no están conformes o no siguen su tratamiento.

Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los *Grados de efectividad*¹ del JBI 2006

Grado A Recomendación demostrada para su aplicación

Grado B Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación

Grado C Recomendación no demostrada

Definiciones

A efectos de este *information sheet* se han utilizado las siguientes definiciones:

Hemodiálisis en casa es la hemodiálisis realizada en casa y requiere de su auto-manejo. Se lleva a cabo predominantemente por el paciente o una persona de apoyo. La hemodiálisis en casa está considerada como fisiológicamente mejor para el paciente, ya que el paciente es capaz de dializar durante más tiempo o con mayor frecuencia; hay un mejor apoyo psicosocial y ofrece a los pacientes un mayor control sobre sus vidas, mejorando así sus vidas y por tanto su salud relacionada con la calidad de vida.

Unidad de hemodiálisis satélite (UHS) es la hemodiálisis realizada en los centros de diálisis especializados que normalmente se encuentran fuera del hospital e implica cierto auto-manejo por parte de los pacientes.

Objetivos

El objetivo de este Best Practice Information Sheet es resumir los efectos de las intervenciones de enfermería en el auto-manejo de la hemodiálisis por parte de los pacientes con enfermedad renal terminal.

Tipos de intervención

Las intervenciones evaluadas fueron: una intervención de la auto-eficacia basada en la teoría de la auto-eficacia de Bandura (un programa de formación estructurado, individualizado creado por el investigador), un programa de empoderamiento consistente en sesiones de asesoramiento individuales basadas en criterios orientadores para facilitar un programa de empoderamiento para los pacientes; la intervención educativa de grupo psicosocial basada en la terapia cognitivo-conductual y la teoría de la auto-eficacia; un programa de enseñanza y apoyo haciendo hincapié en los aspectos físicos y psicosociales de la atención a los pacientes de hemodiálisis basado en el marco teórico de Orem; contrato de conducta sólo y contrato de conducta con implicación de un miembro de la familia o amigo y contactos telefónicos semanales con pacientes. Las intervenciones se compararon con la atención habitual en todos los estudios incluidos.

Calidad de la investigación

Los cinco estudios incluidos fueron ensayos controlados aleatorios que recomendaron la inclusión de una intervención psicosocial. Sólo un estudio no recomendó la inclusión de una intervención educativa. Tres de los estudios incluidos eran en centros de diálisis para pacientes ambulatorios en Taiwán y se llevaron a cabo dos estudios en los centros de diálisis para pacientes ambulatorios en los Estados Unidos.

Resultados

Programa de formación en auto-eficacia

Un estudio tuvo como objetivo desarrollar habilidades de autocuidado en personas con nefropatía terminal sometidos a hemodiálisis. Un total de 62 personas participaron (31 en cada grupo, de intervención y control). La intervención incluyó un programa de formación estructurado e individualizado en auto-eficacia de doce sesiones de una hora tres veces por semana impartidas por dos especialistas en enfermería entrenados mientras los pacientes recibían diálisis. La media de las ganancias de peso fue utilizada como medida de adherencia a la ingesta de líquidos en pacientes en diálisis. No hubo diferencias entre los grupos de intervención y de control, excepto por el cambio de peso corporal inicial, que se representó en el análisis de medidas repetidas. Los resultados mostraron que había una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos y que el programa de cumplimiento de la ingesta de líquidos fue eficaz en la reducción de la ganancia de peso de fluido hasta seis meses después de que se llevase a cabo la intervención. No se mencionó el significado clínico de la mejora de la intervención.

Programa de empoderamiento

Un programa de empoderamiento desarrollado para pacientes con ERT se concentró en ayudar a los participantes a desarrollar habilidades y una conciencia de sí mismos en el establecimiento de metas, resolución de problemas, manejo del estrés, afrontamiento, apoyo social y motivación. La escala de empoderamiento se utilizó para medir el empoderamiento como resultado principal. Otras medidas en este estudio incluían la auto-eficacia en el auto-cuidado medida por el Strategies Used by People to Promote Health (SUPPH, por sus siglas en inglés) y la depresión, medida por la Escala de depresión de Beck. Los participantes en el grupo experimental recibieron un paquete de información con sesiones de consultoría individuales tres veces

por semana durante cuatro semanas. Las sesiones de asesoría fueron impartidas por el especialista en enfermería clínica nefrológica. El grupo control sólo recibió el paquete informativo.

El programa de empoderamiento ha demostrado aumentar los niveles de empoderamiento, disminuir los niveles de depresión y mejorar la auto eficacia en el autocuidado.

Terapia cognitivo-conductual

Hubo cuatro componentes de la terapia: (i) de TCC dirigida al auto-manejo y a las estrategias de afrontamiento para el estrés y la depresión, (ii) el pensamiento de reestructuración de patrones y creencias, (iii) el manejo del estrés, y (iv) la educación sanitaria centrada en habilidades psicosociales de las estrategias de auto-cuidado. El test realizado después de este estudio se realizó un mes después de la intervención. La eficacia de la terapia de grupo se midió mediante la auto-eficacia del auto-cuidado (SUPPH), la depresión (Escala de depresión de Beck) y la calidad de vida (Medical Outcomes Study, SF36). Los resultados mostraron una mejor auto-eficacia para el grupo de intervención y una disminución de la auto-eficacia para el grupo control. Hubo una mejoría estadísticamente significativa en la percepción de la auto-eficacia en el auto-cuidado, la depresión y el componente físico de la calidad de vida para los participantes que recibieron la terapia psicosocial en este estudio. No se describió la significación clínica.

Intervención educativa

La eficacia de un programa de educación y apoyo para la hemodiálisis centrado en la adaptación física y psicosocial a la ERT fue examinada en un estudio con un total de 135 participantes. Los participantes en el grupo experimental recibieron 12 sesiones semanales consecutivas de apoyo educativo durante una hora al comienzo del tratamiento de diálisis impartidas por enfermeras formadas. El programa de educación y apoyo para la hemodiálisis investigó el auto-cuidado de los pacientes, las actividades de la vida diaria, actividades sociales, interacciones con otras personas significativas, el cumplimiento del régimen de hemodiálisis y el distanciamiento percibido. Se realizó una serie de tres entrevistas al final del programa a los tres meses, seis meses y un año para evaluar los efectos a corto y largo plazo del programa. El único grupo al que se le realizó una prueba después se midió en un año. Los participantes en el grupo de control pre-test/post-test y el grupo control sólo post-test recibieron tratamiento de hemodiálisis de rutina sólo tres veces por semana. En un año, el grupo experimental mostró una mejoría estadísticamente significativa en la adaptación física y psicosocial, medida por el Sickness Impact Profile, Exercise of Self-Care Agency, Exercise of Self-Care Agency, Inventory of Social Functioning y el Dean Alienation Scale.

Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la adherencia al tratamiento de hemodiálisis (Escala de cumplimiento del régimen de hemodiálisis). No se describió si esto se tradujo en una diferencia clínicamente significativa.

Intervención de contrato de conducta y contacto telefónico semanal

Estas estrategias incluían el contrato de conducta sólo, el contrato de conducta con la participación de un familiar o amigo de quien se esperaba que modificase la conducta del paciente, y el contacto telefónico semanal sólo con pacientes, diseñado para modificar las creencias de salud de los pacientes y, por tanto, mejorar la adherencia. El grupo de estudio compuesto por 120 participantes en total fue entrevistado antes del inicio de las intervenciones; a las seis semanas; y a los tres meses después de la finalización de las intervenciones. El grupo control recibió la atención estándar.

Después de explicar el proceso del contrato y de elaborar el contrato tentativo, la enfermera y el paciente negociaron además un calendario señalando cuándo se obtendrían comportamientos específicos, la forma en que serían evaluados y en qué momento serían recompensados los pacientes. Las recompensas, billetes de lotería del estado, fueron programadas para que los pacientes tuvieran metas a corto y largo plazo para trabajar.

Los contactos telefónicos fueron realizados por enfermeras de las clínicas de diálisis. Los pacientes fueron contactados una vez a la semana durante seis semanas, cada llamada telefónica duró aproximadamente once minutos y estaba adaptada a las necesidades del paciente y a las experiencias médicas. El seguimiento de la dieta se midió por los niveles promedio de potasio sérico y el cumplimiento de fluido se midió por el aumento de peso medio entre los tratamientos de diálisis. Los cambios en las creencias de salud se midieron mediante un cuestionario (escala Likert con siete puntos). El cuestionario midió la percepción de la susceptibilidad a las secuelas del no cumplimiento, la gravedad percibida de secuelas asociadas a la falta de cumplimiento y las creencias acerca de los posibles beneficios de la dieta. Las barreras en relación a la dieta y las preguntas sobre el cumplimiento de la ingesta de líquidos también se midieron utilizando respuestas de "sí" o "no".

Los niveles de potasio en suero

Seis semanas después de la intervención, los niveles séricos de potasio fueron mostrando niveles más bajos mostrando una mejoría en los niveles en

los tres grupos de intervención en comparación con el grupo control, con diferencias estadísticamente significativas en el grupo de contacto telefónico semanal y el grupo sólo de contrato de conducta. Sin embargo, esta diferencia no se mantuvo en todos los grupos de intervención a los tres meses de finalizar las intervenciones.

Cumplimiento del límite de fluidos

La media de aumento de peso entre los tratamientos de diálisis se utilizó como medida del cumplimiento del régimen de limitación de la ingesta de líquidos. Las ganancias de peso se calcularon restando el peso antes de la diálisis de cada participante del peso después de la diálisis en el último tratamiento. Las ganancias de peso fueron menores, por lo que mejoraron para los tres grupos de intervención a las seis semanas de la intervención. Los pacientes con contrato de conducta con un familiar o amigo mostraron ganancias de peso significativamente más bajas que los del grupo control. No se encontraron diferencias significativas en las ganancias de peso a los a los tres meses de la intervención en cualquiera de los grupos de intervención. Los participantes en los dos grupos de contrato de conducta mostraron ganancias de peso con un promedio del 13% menos que los del grupo de control y un 9% más bajos que los participantes en el grupo de contacto telefónico semanal. No se mencionó la importancia clínica de estas diferencias.

Creencias de salud y adherencia

Las creencias de salud sobre el cumplimiento de la dieta y de la ingesta de líquidos y la relación percibida con la enfermedad fueron evaluadas en los tres puntos de tiempo (antes de la intervención, a las seis semanas y a los tres meses). Las correlaciones entre las medidas de las creencias y los niveles de cumplimiento (dieta y limitación del fluido) mostraron que el número de barreras que interfieren con la adherencia tanto a la dieta como a la limitación de fluidos se correlacionaba significativamente con el cumplimiento.

Terapias experimentales y creencias de salud

No hubo diferencias estadísticamente significativas a las seis semanas o a los tres meses entre los grupos experimentales, sin embargo los pacientes en el grupo de contacto telefónico semanal tendían a describir niveles más altos de percepción de susceptibilidad y gravedad de la falta de cumplimiento en comparación con los otros grupos experimentales.

Se concluyó que las tres intervenciones tuvieron un efecto sobre el cumplimiento del tratamiento. Sin embargo, las creencias de salud no fueron predictivas y mostraron poco impacto en el cumplimiento, es decir, hubo poco efecto de las intervenciones en el cambio de las creencias de los participantes acerca de su dieta y/o el límite de fluido.

Conclusiones

Las intervenciones psicosociales, como las intervenciones de auto-eficacia (por ejemplo, programas de formación estructurados, individualizados) son efectivos en el control de las ganancias medias de peso corporal; la participación en un programa de empoderamiento de los pacientes puede ser eficaz en la mejora de los niveles percibidos de empoderamiento, auto-eficacia en el auto-cuidado, y para disminuir los niveles de depresión; el grupo de terapia psicosocial puede ser un método eficaz para aumentar la confianza en el auto-cuidado; un programa educativo y de apoyo ha demostrado ser eficaz en la mejora de las capacidades psicosociales y el desempeño de las actividades de la vida diaria; un contrato de conducta y un contrato conducta con un familiar o amigo se tradujo en menores aumentos de peso (cumplimiento del tratamiento); y una intervención de contacto telefónico semanal también mejoró el cumplimiento del tratamiento. Sin embargo, ninguna de las intervenciones en este último estudio cambió las creencias de salud de los participantes.

Las intervenciones exitosas en cuatro de los estudios incluidos implicó contacto uno-a-uno durante varias semanas mediante una serie de métodos basados en la teoría del desarrollo de habilidades de afrontamiento y de toma de decisiones. Los estudios también demostraron que este tipo de intervenciones pueden ser eficaces mediante el uso tanto de un formato individual como de un formato de grupo.

Agradecimientos

Este Best Practice Information Sheet ha sido desarrollado por el Instituto Joanna Briggs.

Referencias

1. The Joanna Briggs Institute. Levels of evidence and Grades of Recommendations. <http://www.joannabriggs.edu.au/About%20Us/JBI%20Approach>
2. Reid C, Hall J, Boys J, Lewis S, Chang A, Self management of haemodialysis for End Stage Renal Disease: a systematic review. The Joanna Briggs Library of Systematic Reviews 2011;9(3):69-103
3. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J of Evid Based Healthc* 2005; 3(8):207-215.

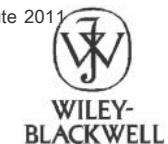
Traducido por: Cintia Escandell García

Revisor: David López-Zorraquino



Instituto Joanna Briggs
The University of Adelaide
South Australia 5005
AUSTRALIA
www.joannabriggs.org

© The Joanna Briggs Institute 2011
ph: +61 8 8313 4880
fax: +61 8 8313 4881
email: jbi@adelaide.edu.au



Published by

Blackwell Publishing

" Los procedimientos descritos en el *Best Practice* sólo deben ser utilizados por personas que tienen la experiencia adecuada en el ámbito al que se refiere el procedimiento. La aplicabilidad de cualquier información debe ser establecida antes de confiar en él. Si bien se ha tenido cuidado para asegurarse de que esta edición de *Best Practice* resume la investigación disponible y el consenso de expertos, cualquier pérdida, daño, coste, gasto o responsabilidad sufrida o incurrida como resultado de la confianza en estos procedimientos (tanto si se producen en un contrato, negligencia o en cualquier otro caso) están excluidos, en la medida permitida por la ley " .



Este *Best Practice information sheet* presenta la mejor evidencia disponible sobre este tema. Las implicaciones para la práctica se realizan con la expectativa de que los profesionales de salud utilicen esta evidencia teniendo en cuenta su contexto, las preferencias de sus clientes y su juicio clínico.³