



CARTAS

Morbilidad en hemodiálisis

P. Galindo, T. Martínez Sánchez, A. Osuna y C. Asensio

Servicio de Nefrología. HHUU Virgen de las Nieves. Granada.

Sr. Director:

La evidente transformación de nuestra población en tratamiento sustitutivo con diálisis, por la inclusión de un mayor número de pacientes ancianos y con importantes comorbilidades y el envejecimiento acelerado de aquellos que ya han sido receptores de uno o más trasplantes, ha aumentado los requerimientos asistenciales. El grado de rehabilitación conseguido es muy variable y está más relacionado con la patología asociada que con la edad¹.

Si bien en la actualidad se va concediendo una mayor importancia a la calidad de vida relacionada con la salud, los factores de riesgo conocidos lo son sobre todo de supervivencia²⁻⁵. La elevada incidencia de hospitalización⁶ supone un gran impacto económico y sobre todo afecta a su rehabilitación.

Analizamos en nuestra población, en 100 pacientes estables en hemodiálisis, de dos Unidades dependientes del H. U. Virgen de las Nieves de Granada, diversas variables, enfermedades concomitantes con su gravedad (tres grados), presencia de hipertensión arterial, etc, realizando una valoración clínica completa, con antropometría, parámetros analíticos y de dosis de diálisis administrada. Se utilizó la clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (9ª revisión) para las patologías asociadas.

El período de seguimiento fue de un año, registrando los ingresos producidos y su causa. El análisis estadístico nos permitió establecer la asociación entre algunas variables y la posibilidad de ingresar, aplicando el ajuste de una regresión logística con las significativas, con los resultados expresados en la tabla I.

La principal causa de ingreso fueron las infecciones, seguida de la patología del acceso vascular y en tercer lugar las enfermedades vasculares, en porcentajes similares a otros estudios⁷.

Correspondencia: Dra. P. Galindo Sacristán
Hospital Virgen de las Nieves
18012 Granada

Tabla I.

<i>Análisis de regresión para los ingresos</i>			
Variable	Odds ratio	Intervalo de confianza	
		Oinf	Osup
Gravedad	13,6	3,9	41,7
Tasa catabolismo proteico	0,36	0,18	0,96

<i>Análisis de regresión. Ingresos por infecciones</i>			
Variable	Odds ratio	Intervalo de confianza	
		Inf	Sup
Albúmina	0,18	0,07	0,65
Comorbilidad vascular	6,8	1,3	31,4

La trombosis del acceso vascular fue más frecuente en pacientes no hipertensos y en diabéticos, sin embargo no encontramos mayor prevalencia de hipoalbuminemia⁸.

La población estudiada presentó una elevada prevalencia de patología vascular como enfermedad concomitante, y fue ésta, factor independiente para los ingresos de causa infecciosa. Es frecuente en la uremia la afectación vascular generalizada⁹ y se incluyen en diálisis pacientes con daño severo, que a veces es previo a la insuficiencia renal y a veces causa de ella. El mecanismo por el que esta patología favorecería las infecciones podría a ser a través de la malnutrición frecuentemente asociada, aunque puede haber otros factores implicados.

Parámetros nutricionales como la tasa de catabolismo proteico y la albúmina fueron también predictores, al igual que en otros estudios^{4,10}.

La importancia de aislar factores de riesgo de morbilidad está en la posibilidad de prever qué pacientes van a precisar una más estricta vigilancia y en corregir todo aquello modificable. Es evidente y quizá no aporte novedad que la Gravedad, como reflejo de la comorbilidad, va a propiciar los ingresos

por cualquier causa. Pero si es cuantificada previa¹¹ y periódicamente nos acerca en cualquier momento de la evolución al pronóstico, aunque no podamos incidir en ella. Por otra parte la tasa de catabolismo proteico como estimación de la ingesta proteica y la albuminemia son modificables a través de la dosis de diálisis, suplementos dietéticos y otras medidas¹².

Por tanto podríamos afirmar que la prevención primaria y secundaria de la patología cardiovascular y la corrección de la malnutrición serían los pilares de actuación para disminuir la morbilidad en diálisis. Además del tratamiento de la anemia, hoy prácticamente corregida y del hiperparatiroidismo, el diagnóstico y tratamiento precoces de las infecciones y la estricta vigilancia del acceso vascular, serán rentables disminuyendo las incidencias en nuestra ya afectada población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khan IH: Comorbidity: the major challenge for survival and quality of life in end-stage renal disease. *Nephrol Dial Transplant* 13 (Supl. 1): 76-9, 1998.
2. Iseki K, Miyasato F, Tokuyama K, Nishime K, Uehara H y cols.: Low diastolic blood pressure, hypoalbuminemia, and risk of death in a cohort of chronic hemodialysis patients. *Kidney International* 51: 1212-7, 1997.
3. Lou LM, Pérez J, Sanz A, Álvarez R, García I, Martín F, Cebollada J, Gutiérrez JA: Análisis simultáneo de los factores pronósticos de mortalidad en hemodiálisis periódica. *Nefrología* 18: 67-76, 1998.
4. Marcén R, Teruel JL, De la Cal MA, Gámez C: The Spanish Cooperative Study of Nutrition in Hemodialysis: The impact of malnutrition in morbidity and mortality in stable hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 12: 2324-31, 1997.
5. Held PJ, Port FK, Wolfe RA, Stannard DC, Carroll CE, Daugirdas JT y cols.: The dose of hemodialysis and patient mortality. *Kidney International* 50: 550-6, 1996.
6. Habach G, Bloembergen WE, Port FK, Mauger EA, Wolfe RA, Friedrich K: Hospitalization among United States dialysis patients: hemodialysis versus peritoneal dialysis. *J Am Soc Nephrol* 5: 1940-8, 1995.
7. Ifudu O, Mayers JD, Cohen LS, Paul H, Brezsnayk WF, Avram MM y cols.: Correlates of vascular access and nonvascular access-related hospitalizations in hemodialysis patients. *Am J Nephrol* 16: 118-23, 1996.
8. Churchill DN, Taylor DW, Cook RJ y cols.: Canadian Hemodialysis Morbidity Study. *Am J Kidney Dis* 19: 214-34, 1992.
9. London GM, Drüeke TB: Atherosclerosis and arterioclerosis in chronic renal failure. *Kidney International* 51: 1678-95, 1997.
10. Acchiardo SR, Moore LW, Latour PA: Malnutrition as the main factor in morbidity and mortality of hemodialysis patients. *Kidney International* 24 (Supl. 16): 199-203, 1983.
11. Marcelli D, Stannard D, Conte F, Held PJ, Locatelli F, Port F: ESRD patient mortality with adjustment for comorbid conditions in Lombardy (Italy) versus the United States. *Kidney International* 50: 1013-18, 1996.
12. Hakim RM, Levin M: Malnutrition in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 21: 125-37, 1993.