

465

#### HOSPITALIZACIÓN EN UN SERVICIO DE NEFROLOGIA: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS.

FJ. Borrego-Utiel, S. García-Marcos, V. Pérez-Bañasco, C. Sánchez-Perales, M.J. García-Cortés, J. Borrego-Hinojosa, P. Pérez del Barrio, P. Serrano Angeles, A. Liébana Cañada. Servicio de Nefrología. Hospital General "Ciudad de Jaén". Jaén.

**Materia y Métodos.** Revisamos ingresos de 1993, 1994 y 1995 en nuestro servicio, con una cobertura de 600.000 habitantes. Recogimos características epidemiológicas y si fue/no dializado. Dividimos pacientes en: IRC, IRC reagudizada, IRA, HD, DP (DPCA y DPI), TxR, HTA y S. nefrótico. La hospitalización de TxR nunca fue debida a rechazos agudos ya que fue realizada en Hospital de Referencia.

**Resultados.** Ingresamos 1177 pacientes, con  $56 \pm 17$  (14-92) años. Sexo: varones 48%. No observamos globalmente incremento de la edad con el tiempo. El 37.3% de ingresados tenían más de 65 años. Encontramos diferencias en proporción de pacientes >65 años con el tiempo: 1993 - 9.7%, 1994 - 14%, 1995 - 14% ( $p < 0.01$ ).

**Tipo de paciente:** IRC 17.4%, IRA 4.8%, IRC reagudizada 3.4%, HD 49.9%, DPCA 8%, DPI 0.9%, TxR 6.9%, HTA 2.5%, S. nefrótico 3%. Edades diferentes según población: HD  $59 \pm 15$ ; DP  $56 \pm 16$ ; IRC  $60 \pm 17$ ; IRA  $59 \pm 19$ ; TxR  $45 \pm 13$ ; HTA  $48 \pm 18$ ; otros  $35 \pm 16$  años (Anova  $p < 0.001$ ).

**Causas de IRA:** hipovolemias 34%, obstructivas 24.5%, sépticas 17%, nefrotóxicas 7.5%, cardiogénicas 7.5%, Nefropatías glomerulares 11.4%, postcirugía 3.8%, N. Intersticial 3.8%, otros 17.1%. El 43% requirieron HD. No hubo relación entre necesidad de diálisis con edad ni días de ingreso. Los catéteres transitorios implantados fueron en vena femoral 83%, subclavia 26% y 4% sobre yugular.

**Procedencia:** urgencias 8.4%, HD centro satélite 6.2%, HD hospital 21.7%, HD crónica de planta 21.5%, DP 8.2%, Consulta General 17.8%, Consulta TxR 6.6%, otro servicio del Hospital 2.3%, otros hospitales comarcales 6.6%.

**Destino:** IRC (con/sin IRA): 35.5% entraron en HD crónica, 3.9% en DP y 48.1% remitidos a consulta general. IRA: 12.5% entraron en HD crónica.

**Estancia media** fue de  $6.1 \pm 8.1$  (0-78) días. Diferente según el tipo de paciente: IRC  $8.4 \pm 9.3$ ; IRC reagudizada  $13.9 \pm 8.1$ ; IRA  $12.9 \pm 14.7$ ; HD  $4.6 \pm 6.8$ ; DP  $5.2 \pm 6$ ; TxR  $7.3 \pm 6.7$ ; HTA  $4.6 \pm 5.8$ ; otros  $3.5 \pm 4$  días (Anova  $p < 0.001$ ).

Los éxitos fueron un 3.6%. Según el tipo de pacientes: IRC con/sin reagudización 2.9%; FRA 12.5%; HD 3.7%; DP 2.9%; TxR 3.7%. ( $p < 0.05$  para IRA vs resto población). La edad fue superior en los éxitos (diferencia  $1 \pm 2$  años,  $p < 0.001$ ).

**Conclusiones.** La población de diálisis (HD y DPCA) causa cerca del 60% de los ingresos de un servicio de Nefrología. Una proporción importante de pacientes (37%) es de edad avanzada. La estancia media depende sobre todo del tipo de paciente, siendo influenciada poco por la edad. El índice de mortalidad es aceptable siendo más elevado en pacientes con IRA.

#### LA CONSULTA DE NEFROLOGIA EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES DE AREA: UN AÑO DE EXPERIENCIA.

A. Caridad, J.C. Alonso, F. Sigüenza, R. Lopez-Mencheró, Sección de Nefrología. Hospital "Lluís Alcanyis"-Xativa-Valencia

La Nefrología ha sido hasta el momento una especialidad fundamentalmente hospitalaria. Desde hace un tiempo se escuchan opiniones en la especialidad que reclaman la presencia de la misma en los Centros de Especialidades. En nuestra área, hemos decidido ser nosotros los que nos acercáramos al mismo. Esta es nuestra experiencia en estos meses.

**MATERIAL Y METODOS.** El Area 13, abarca una población de 198.798 habitantes. El Centro de Especialidades se encuentra en Xàtiva a unos 3 km. del hospital comarcal. Hemos pasado un día a la semana consulta de Nefrología en el mismo, desde Enero de 1995, desplazándonos al mismo uno de los 4 Nefrólogos que forman la plantilla.

**RESULTADOS.** Hemos visitado al 95.3% de los enfermos citados (708). No acudieron el 12.2% y acudieron sin cita previa el 8.1%. Del total de visitas, el 30.6% fueron primeras y el resto segundas con un 44.1% de varones, frente a un 55.9% de mujeres. La patología de remisión fue: IRC: 26.3%, Hematuria: 31.7%, HTA: 17.5%, Proteinuria: 8.1%, Nefrolitiasis 8.7%, ITU: 5.4% y otros: 0.2%. La procedencia de las primeras fue en un 71.3% del Médico de Cabecera, el 12.0% del Urologo, 10.6% de Medicina Interna y Otras el 5.3%. La preferencia asistencial se distribuyó entre un 58.2% de indiferentes, un 32.6% preferían el C. Especialidades y un 9.2% le Hospital.

**CONCLUSION:** La consulta de Nefrología en el C. Especialidades ha tenido una magnífica acogida, especialmente por parte de los médicos de cabecera, y ha potenciado las consultas de algunas patologías, que antes no veíamos, o veíamos en fases muy avanzadas.

#### FUERA DE PLAZO

467

#### ESTUDIO DE LA PATOLOGIA NEFROLOGICA DE UNA POBLACION URBANA DE CATALUÑA. PREVALENCIA E INCIDENCIA.

M. Ureña\*, M. Vernet\*, M. Chiné, M. Fulquet, M. Ramírez de Arellano, A. Ecedero\*, C. Valera\*, X. Cuevas. Nefrología. HOSPITAL DE TERRASSA. CAP TERRASSA NORD\*. (Barcelona) **INTRODUCCION:** La reforma de la atención primaria, garantiza un mejor control y seguimiento de la población referenciada por parte de los médicos de los centros de salud. Sin embargo, las enfermedades nefrológicas son poco conocidas desde el punto de vista comunitario o de atención primaria.

**OBJETIVO:** Conocer la patología nefrológica de una zona urbana de Cataluña de 32000 habitantes que es controlada por un mismo Centro de Atención Primaria (CAP).

**M y M:** Se realiza un estudio retrospectivo para conocer la prevalencia y un seguimiento prospectivo para analizar la incidencia de la patología nefrológica de la población mayor de 15 años atendida en el CAP Terrassa Nord registrada con los siguientes síndromes nefrológicos: Insuficiencia renal aguda (IRA), Insuficiencia renal crónica (IRC), Insuficiencia renal crónica agudizada (IRCA), Síndrome nefrítico (NEFRIT), Síndrome nefrótico (NEFROT), Malformaciones congénitas y lesiones quísticas (MCQ), Infecciones urinarias (IU), Tumores renales (TR), Litiasis renal (LR) y Alteraciones urinarias asintomáticas (AUA).

**Estudio de prevalencia:** se selecciona una muestra estratificada por sexo y grupo de edad de las historias clínicas (n=18.199) de la población estudiada (n=2401, p=q=0.5, (1-alfa)=95%). **Estudio de incidencia:** Se incluyen todas las personas a las que se realiza un perfil analítico renal (creatinina plasmática, sedimento de orina, urinocultivo, proteinuria y albuminuria en orina de 24 horas), durante un periodo de 8 meses (abril-noviembre 94). Se seleccionan todas las analíticas alteradas y se revisan las historias de los pacientes correspondientes a los 6 meses de su detección y los nuevos diagnósticos se agrupan en síndromes nefrológicos.

**RESULTADOS:** La prevalencia de la patología nefrológica es de 84/1000 (IC 46-122) (203 pacientes). La prevalencia de los síndromes fue: IRA=0, IU=35, LR=14,5, MCQ=1,2, TR=1,6, NEFRIT=1,2, TUA=32. En el estudio de incidencias han hecho los siguientes nuevos diagnósticos: IRC=7 casos (0,38/1000/8 meses), de etiología vascular en 5 casos (dos de ellos con riñón pequeño), 1 con Nefropatía diabética y 1 pendiente de diagnóstico etiológico; LR=14 casos (0,76); MCQ=2 casos (0,1); TR=3 casos (0,16); 2 angiomielolipomas y 1 carcinoma de células renales; IU=156 pacientes (8,6) con 1 caso (0,6%) de pielonefritis aguda; TUA= en 186 pacientes (10,2), con 17 nuevos casos de albuminuria (>30mg/min), todos ellos enfermos diabéticos y 4 de proteinuria (>0,5 g/24h), 3 de ellos diabéticos.

**CONCLUSIONES:** 1- La prevalencia de patología nefrológica en una población urbana de Catalunya es de 84 por 1000 habitantes.

2- Es necesario ampliar los registros y los periodos de seguimiento así como potenciar políticas sanitarias encaminadas a la prevención primaria, secundaria y terciaria de la Insuficiencia renal crónica.

#### INFLUENCIA DE LA MALNUTRICION EN LA MORTALIDAD DEL ENFERMO EN HEMODIALISIS. ESTUDIO A DOS AÑOS

R. Marcen, J.L. Teruel, C. Gámez, M.A. de la Cal y el Grupo de Estudio de Malnutrición en Hemodialisis. Servicio de Nefrología. Hospital Ramón y Cajal Madrid.

La malnutrición proteico-calórica se ha considerado un factor de riesgo de mortalidad en el enfermo en HD. Sin embargo en la mayoría de publicaciones la malnutrición se ha definido por algún parámetro bioquímico sin considerar otros factores. Este estudio prospectivo analiza el efecto del estado de nutrición definido por parámetros antropométricos en la mortalidad de un grupo de 540 enfermos estables de 16 unidades de HD, 295 eran hombres, 245 mujeres, edad  $57.0 \pm 14.1$  años, tiempo en HD de 6-286 meses y periodo de seguimiento de 24 meses.

La prevalencia de malnutrición, según criterios antropométricos, fue del 49.25%. Mediante estudios de regresión logística los factores predictivos de malnutrición fueron: sexo hombre (OR=2.76,  $p < 0.0001$ ), tiempo en HD (OR=1.06,  $p < 0.01$ ), PCR peso ideal (OR=0.13,  $p < 0.001$ ), y linfocitos (OR=0.90,  $p < 0.0001$ ). En los 24 meses de seguimiento, 91 enfermos fallecieron, la enfermedad cardiovascular fue la causa de muerte en el 54.9%. Los factores predictivos de mortalidad fueron: edad (OR=1.05,  $p < 0.001$ ), enfermedad cardiovascular (OR=1.70,  $p < 0.01$ ), nefroangiosclerosis (OR=2.46,  $p < 0.01$ ) y albumina (OR=2.58,  $p < 0.02$ ). La seroalbumina se correlacionó con la comorbilidad ( $r = -0.32$ ,  $p < 0.001$ ) y con la creatinina ( $r = 0.35$ ,  $p < 0.001$ ).

**Conclusiones:** La malnutrición proteico calórica es muy frecuente en el enfermo en HD en situación estable, pero no constituye un factor predictivo de mortalidad. La edad y la patología vascular constituyen los factores predictivos de mortalidad. La albumina también es un factor predictivo, no se conoce su significado, aunque hemos observada una correlación negativa con la comorbilidad.

466