

259

PROTOCOLO ORIENTATIVO PARA LA ENTRADA/RETIRADA DE PACIENTES (PTR) EN DIALISIS (D).
A. Rodríguez Jornet, P. Hernando, J. Ramirez, J. Almirall, F. Ponz, M. Garcia. Unidad de Nefrología (UN), Comité de Ética Asistencial (CEA). Corporación Hospitalaria Parc Taulí de Sabadell.

INTRODUCCION.- La D es históricamente el primer tratamiento (TTO) de soporte vital: no empezarlo o retirarlo comporta el fallecimiento (F) del paciente (Pac).
OBJETIVO: elaboración de un PTR de D persiguiendo su utilidad por las connotaciones éticas que comporta.

MATERIAL Y METODO.- En 6,5 años hemos tenido diversos casos de propuesta de retirada de diálisis (PRD), algunos expuestos en el CEA del hospital. Ha habido casos de posible planteamiento de retirada de D (PlaRD) sin llegar a proponer en firme la retirada por divergencias de criterios entre los profesionales de la UN o por haberlo planteado a los representantes legales (Rep) del Pac y no haberlo aceptado. A partir de aquí el CEA, con experiencia de funcionamiento de casi 5 años elaboró un PTR de D ORIENTACIONES PARA LA ENTRADA/RETIRADA DE PACIENTES EN TTO SUSTITUTIVO RENAL. El CEA lo forman 22 miembros, de ellos, un nefrólogo. El PTR se elaboró a lo largo de 1,5 años tras reuniones mensuales, revisión científica y bibliográfica de los temas, reuniones con toda la UN y consultas a expertos en Bioética ajenos al hospital. Se revisaron los siguientes datos de los Pac a los que se podía proponer PRD o PlaRD: edad, sexo (hombres -h-, mujeres -m-), nefropatía (N), técnica D (TD) -hemo (HD) o peritoneal (CAPD)-, tiempo en D (TDM), situación clínica según escala de Karnofsky (EK), comorbilidad (C) cifrada en número de enfermedades graves asociadas, causa de PRD, tiempo medio (Tm) desde PRD hasta F o de PlaRD hasta F, Tm desde RD hasta F, lugar de F (LF) [domicilio -D-, u hospital -HS-] y la decisión del Pac o Rep.

RESULTADOS.- Con los 8 primeros casos de PRD y con el método de trabajo mencionado se elaboró el PTR que aborda 4 problemas éticos básicos, uno de ellos el de inicio/exclusión o retirada de D. En estos años hemos tratado:
Grupo A (PRD): 17 Pac (10h, 7m, edad media (em) 73,2 años). N principal (p): isquémica y diabética. TD: 14 HD, 3 CAPD. Causa PRD: demencia-amputación piernas. EK: 26,58. C: 3,3 (1-6). TDM: 26 meses (1-132). TmRD a F: 4,6 días (1-13). LF: 13 hs/4 d. Decisión: 2 Pac, 15 Rep.
Grupo B (PlaRD): 11 Pac (5h, 6m, em 74a). NP: isquémica. TD: 10 HD, 1 CAPD. Causa PlaRD: no competencia mental. EK: 22%. C: 3,1 (1-4). TDM: 58 meses (1-132). TmPlaRD a F: 50 días (7-60). LF: 6hs/ 5 d. Decisión: 11 Rep.

CONCLUSIONES.- 1) Satisfacción en la UN al disponer de un documento oficial del mismo HS que da soporte a unas decisiones posiblemente conflictivas; 2) la PRD ha de partir del médico dando su opinión profesional y evitando una mera exposición para traspassar la decisión a los Rep; 3) La gran mayoría de PRD y PlaRD se hacen a los Rep del Pac por incapacidad mental de éste; 4) la RD siempre se hará bajo consenso sanitario-familiar total; 5) la RD implica seguir atendiendo al Pac hasta su F, frecuentemente en el mismo HS.

260

TÍTULO: SALUD PERCIBIDA EN PACIENTES QUE COMIENZAN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO: VALIDACION PRELIMINAR DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL KDQOL-SF®.

Fernando García López^a, Katia López Revuelta^b, Fernando de Alvaro Moreno^c, Fernando Álvarez-Ude Cotera^d, Jordi Alonso Caballero^e en representación del grupo CALVIDIA. ^a Epidemiología, Clínica Puerta de Hierro, ^b Hospital de Alcorcón, ^c Hospital La Paz, Madrid, ^d Hospital de Segovia, ^e Instituto Municipal de Investigación Médica, Barcelona.

Objetivo: Validación de la versión española del KDQOL-SF® (*Kidney Disease Quality of Life Instrument*) (versión 1.2).

Diseño: Estudio observacional en 29 centros españoles, incluidos en el estudio en marcha CALVIDIA (influencia prospectiva de la salud percibida y del estado funcional sobre la mortalidad y morbilidad en pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo).

Sujetos: 240 pacientes, de ellos 132 diabéticos, 196 en hemodiálisis y 44 en diálisis peritoneal, a los tres meses del comienzo del tratamiento. En 104 casos, se hizo otra evaluación al año del inicio.

Mediciones: El KDQOL-SF®, autoadministrado, que incluye el Cuestionario de Salud SF-36 y escalas específicas a pacientes en diálisis sobre síntomas, función cognitiva, situación laboral, función sexual, calidad de las interacciones sociales, sueño, apoyo social, colaboración por parte del personal de diálisis, satisfacción y una valoración global de la salud; el índice de comorbilidad de Charlson, que tiene poder predictivo de mortalidad a medio plazo; y la escala funcional de Karnofsky.

Resultados: En el SF-36, 68% de los pacientes menores de 55 años y 43,5% de los mayores (medianas) no llegaron al percentil 25 de la población española para su edad y sexo. Los coeficientes de concordancia interna (alfa de Cronbach) fueron de 0,87 (0,73 - 0,92) (mediana, intervalo) -en las escalas del SF-36- y 0,70 (0,34 - 0,91) -en las específicas. Dieciocho de las 21 escalas se correlacionaron con la escala de Karnofsky, y 6 con el índice de comorbilidad de Charlson. En 8 escalas, las puntuaciones fueron peores en diabéticos. Ninguna escala se correlacionó con el número de días de hospitalización durante los 6 últimos meses.

Conclusiones: Estos resultados apoyan la validez de la versión española del KDQOL-SF®. No obstante, puede perfeccionarse en algunas escalas.

261

EVALUACIÓN DE LA SALUD PERCIBIDA EN LAS DIFERENTES TERAPIAS SUSTITUTIVAS RENALES (TSR).
P. Rebollo, F. Ortega, J. Baltar, X. Badía, F. Álvarez-Ude, R.A. Navascués, C. Díaz-Corte, M. Carmona, P. de Sequera, J. Álvarez-Grande. Hospital Central de Asturias, Instituto "Reina Sofía" de Investigación Nefrológica, Institut de Salut Pública de Catalunya, H. General (Segovia), FJD (Madrid) y H. Juan Canalejo (La Coruña).

INTRODUCCIÓN: La mayoría de los autores afirman que la Salud Percibida de los trasplantados renales (TX) es mejor que la de los pacientes en diálisis peritoneal (DP) y hemodiálisis hospitalaria (HD).

OBJETIVOS: Estudiar los niveles de Salud Percibida de los pacientes en TSR y analizar las diferencias entre las distintas pautas de TSR.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal de todos los pacientes incluidos en TSR de 9 centros de nuestra región (210 TX y 170 HD), junto con pacientes en HD (74), DP (77) y TX (31) de otros hospitales del país. Así se incluyeron 562 pacientes de los que 241 eran TX, 244 HD y 77 DP, todos sin problemas cognitivos, a los que se les realizó una entrevista con el Perfil de Consecuencias de la Enfermedad-PCE (versión española del SIP) y el Cuestionario de Salud SF-36. Además se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, la Escala de Karnofsky (EK) y un Índice de Comorbilidad (IC).

RESULTADOS: Descripción de la muestra:

	edad	%varón	hb(g/dl)	cr(mg/dl)	alb(g/dl)	IC	EK
Tx	51(41-60)	66,8	13,5±2,1	2±1,5	4,4±0,4	2,5±2,1	80(80-90)
Hd	65(57-72)	54,5	9,8±1,4	10,8±2,6	3,9±0,4	5,2±4,8	70(60-80)
Dp	67(54-73)	58,4	10,2±1,7	9,2±2,8	3,9±0,5	6,3±5,2	70(60-80)

(hb-hemoglobina sérica; cr-creatinina sérica; alb-albúmina sérica)

Las puntuaciones en las dimensiones del PCE para cada TSR fueron:

	Puntuaciones medias del Perfil de Consecuencias de la Enfermedad	
	DI. FISICA	DI. PSICOSOCIAL
Trasplante	3,4± 5,9	6,4± 8,2
Hemodiálisis	14,9± 14,8	19,1± 15,9
Diálisis peritoneal	18,3± 17,9	21,1± 17,9
	TOTAL	
	8,5± 6	
	19,5± 13,4	
	22,6± 15,4	

Analizadas las diferencias entre los tres grupos mediante ANOVA, los TX tienen puntuaciones mejores (p<0,01) que los pacientes en HD y DP. Las puntuaciones en el SF-36, estandarizadas por edad y sexo según la norma poblacional fueron:

	Puntuaciones medias estandarizadas del Cuestionario de Salud SF-36					
	FF	RF	D	SG	V	FS
Tx	-0,2±0,7	0,1±0,9	-0,01±0,9	-0,2±1,1	0,2±0,9	0,1±0,9
Hd	-0,8± 1,1	-0,4±1,2	-0,2±1	-1±1	-0,4±1	-0,3±1,2
Dp	-0,9±1,2	-0,6±1	-0,4±1	-0,7±1,2	-0,6±1,2	-0,3±1,1

(FF=funcionamiento físico; RF=rol físico; D=dolor; SG=salud general; V=validad; FS=funcionamiento social; RE=rol emocional; SM=salud mental)

Las diferencias citadas se mantienen, ajustando por edad y sexo, en el SF-36. Queda por comprobar la influencia de otros factores (comorbilidad, estado funcional, hemoglobina, albúmina y creatinina)

CONCLUSIONES: los pacientes trasplantados declaran una mejor salud percibida que los de HD y DP, entre los cuales apenas existen diferencias significativas.

262

LA SALUD PERCIBIDA (SP) ESTANDARIZADA DE LOS PACIENTES AÑOSOS (≥65 AÑOS) EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL (TSR) ES MEJOR QUE LA DE LOS MENORES DE 65 AÑOS.
P. Rebollo, F. Ortega, J. Baltar, X. Badía, F. Álvarez-Ude, R.A. Navascués, C. Díaz-Corte, M. Carmona, P. de Sequera, J. Álvarez-Grande. Hospital Central de Asturias, Instituto "Reina Sofía" de Investigación Nefrológica, Institut de Salut Pública de Catalunya, H. General (Segovia), FJD (Madrid) y H. Juan Canalejo (La Coruña).

INTRODUCCIÓN: La mayor edad y el sexo femenino son variables que han sido asociadas a peor salud percibida en los pacientes en TSR.

OBJETIVO: Estudiar las diferencias en la SP entre los pacientes añosos en TSR y los menores de 65 años, realizando la estandarización, por edad y sexo, de las puntuaciones respecto a la norma poblacional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal de todos los pacientes incluidos en TSR (trasplante-Tx, hemodiálisis hospitalaria y extra-hospitalaria-Hd, y diálisis peritoneal -Dp) de 9 centros de nuestra región, y de otros hospitales del país, de manera que se incluyeron 199 pacientes de edad ≥65años, y 363 menores, todos sin problemas cognitivos (Mini-Mental), a los que se les realizó una entrevista con el Cuestionario de Salud SF-36. Además se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, y la puntuación en la Escala de Karnofsky (EK), así como un Índice de Comorbilidad (IC) detallado.

RESULTADOS: Descripción de la muestra de edad ≥65: 1)edad mediana=72 (rango 68-75); 2) 58,3%varones; 3)diagnóstico principal= NA(20%),DM(15%), GN(17%),NI(13%),PQ(9%),Otros(26%); 4) albúmina=3,9±0,5g/dl; 5)Nº ingresos en el último año= 118 pac. (64%) ningún ingreso; 6)IC=5,1±4,6; 7)EK mediana= 70 (rango 60-80). La albúmina y la EK fueron menores en los pacientes añosos que en los <65 años (p<0,05), y no hubo diferencias para el resto de variables.

Las puntuaciones estandarizadas medias por tipo de TSR y grupo de edad fueron:

	Puntuaciones medias estandarizadas del Cuestionario de Salud SF-36							
	FF**	RF	D*	SG**	V	FS*	RE**	SM**
Tx≥65	0,3±0,6	0,3±0,7	0,2±0,6	0,6±0,8	0,4±0,8	0,4±0,6	0,3±0,6	0,6±0,6
Tx<65	-0,3±0,7	0,06±0,8	-0,04±0,9	-0,3±1,1	0,2±0,9	0,04±0,9	-0,2±1,2	0,2±0,8
Hd≥65	-0,6± 0,9	-0,2±1	-0,06±1	-0,7±0,9	-0,3±1	-0,2±1,1	-0,3±1,3	-0,1±1,2
Hd<65	-1,1±1,2	-0,6±1,3	-0,4±1	-1,4±1	-0,5±1	-0,4±1,4	-0,5±1,4	-0,2±1,2
Dp≥65	-0,8±0,9	0,6±1	-0,4±1	-0,5±1,1	-0,6±1	0,7±1,3	-0,4±1,2	-0,4±1,1
Dp<65	-1,1±1,5	-0,7±1,1	-0,2±1,1	-1,1±1,3	-0,6±1,5	-0,6±1,6	-0,1±1	-0,2±1,3

*p<0,05; **p<0,01 (FF=funcionamiento físico; RF=rol físico; D=dolor; SG=salud general; V=validad; FS=funcionamiento social; RE=rol emocional; SM=salud mental)

(Una puntuación estandarizada >0 indica mejor SP que la población general de la misma edad y sexo; y una puntuación <0 indica peor SP)

CONCLUSIONES: La salud percibida, estandarizada por edad y sexo, de los pacientes de edad ≥65 años en TSR es mejor que la de pacientes de menor edad, sobre todo, en el caso de los pacientes trasplantados.

SALUD PERCIBIDA EN LAS DIFERENTES TERAPIAS SUSTITUTIVAS RENALES (TSR). ¿QUÉ VARIABLES INFLUYEN EN ELLA?

P.Rebollo, F.Ortega, J.Baltar, X.Badía, F.Alvarez-Ude, R.A.Navascués, C.Díaz-Corte, M.Carmona, P.de Sequera, J.Alvarez-Grande. Hospital Central de Asturias, Instituto "Reina Sofía" de Investigación Nefrológica, Institut de Salut Pública de Catalunya, H.General (Segovia), FJD (Madrid) y H.Juan Canalejo (La Coruña).

INTRODUCCIÓN: Interesa conocer las variables determinantes de la Salud Percibida (SP) de los pacientes en TSR para mejorar la asistencia que reciben.

OBJETIVOS: Estudiar los niveles de Salud Percibida de los pacientes en TSR y determinar las variables sociodemográficas y clínicas que influyen en ella.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron 562 pacientes, sin problemas cognitivos, en diferentes tipos de TSR (241 trasplantados, 244 en hemodiálisis hospitalaria y 77 en diálisis peritoneal continua ambulatoria) repartidos en diferentes centros del país. Se les realizó una entrevista con el "Perfil de Consecuencias de la Enfermedad-PCE (versión española del SIP) y el Cuestionario de Salud SF-36 y se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, la Escala de Karnofsky (EK) y un Índice de Comorbilidad (IC).

RESULTADOS: Las principales correlaciones entre las variables estudiadas y las puntuaciones en el SF-36 y PCE se muestran en la siguiente tabla:

Coefficientes de Correlación de Pearson

	T.Hd	T.Tx	edad	hemogl.	creat.	albúm.	I.C	E.K
PCE-FIS	0,14	-0,28	0,44	-0,30	0,31	-0,42	0,53	-0,71
PCE-PSC		-0,29	0,39	-0,29	0,32	-0,38	0,36	-0,57
PCE-TOT	0,10	-0,30	0,45	-0,31	0,34	-0,41	0,48	-0,68
SF36-FF	-0,19	0,35	-0,54	0,39	-0,41	0,45	-0,51	0,72
SF36-RF	-0,12	0,22	-0,22	0,25	-0,31	0,29	-0,21	0,33
SF36-D	-0,23	0,14	-0,17	0,17	-0,19	0,20	-0,25	0,32
SF36-SG	-0,20	0,35	-0,26	0,42	-0,46	0,32	-0,32	0,48
SF36-V	-0,14	0,27	-0,33	0,36	-0,38	0,35	-0,30	0,49
SF36-FS	-0,10	0,14	-0,23	0,21	-0,22	0,25	-0,33	0,39
SF36-RE			-0,15	0,12	-0,12	0,14	-0,21	0,28
SF36-SM	-0,09	0,13	-0,17	0,20	-0,23	0,22	-0,23	0,32

(T.Hd=tiempo en hemodiálisis; T.Tx=tiempo en trasplante; PCE-FIS=dimensión física; PCE-PSC=dimensión psicosocial; PCE-TOT=puntuación total; FF=funcionamiento físico; RF=rol físico; D=dolor; SG=salud general; V=vitalidad; FS=funcionamiento social; RE=rol emocional; SM=salud mental)

Se encontró además que el sexo femenino y la edad mayor de 65 años están asociadas a peor SP. Por último se realizó un análisis de *Regresión Logística* para obtener un modelo de cada dimensión del SF-36 y PCE en cada tipo de TSR. Las variables incluidas en el modelo de la dimensión FF del SF-36 son: edad RR=0,89 (IC:0,86-0,92); EK<70 RR=7,93 (IC:3,26-19,27); EK=80 RR=3,85 (1,77-8,35); I.Comorbilidad RR=1,49 (IC:1,25-1,77).

CONCLUSIONES: La salud percibida de los pacientes en TSR está influida por las variables: edad, sexo, comorbilidad y situación funcional.