

266

SALUD PERCIBIDA, SITUACIÓN FUNCIONAL Y COMORBILIDAD EN PACIENTES DIABÉTICOS CON INSUFICIENCIA RENAL QUE INICIAN TRATAMIENTO CON DIÁLISIS.

Katia López Revuelta, Fernando García López, Fernando de Álvaro Moreno, en representación del Estudio CALVIDIA. * Fundación Hospital de Alcorcón, Madrid.

Objetivo: Conocer la salud percibida de los pacientes diabéticos y no diabéticos con insuficiencia renal crónica que inician tratamiento con diálisis así como la influencia en ella de la situación funcional, de la comorbilidad y de otros factores.

Diseño: Estudio observacional, transversal al comienzo del estudio CALVIDIA (influencia de la salud percibida y del estado funcional sobre la mortalidad y morbilidad en pacientes diabéticos que inician tratamiento renal sustitutivo).

Sujetos: 339 pacientes adultos, 224 diabéticos y 115 no diabéticos, que iniciaron tratamiento con diálisis en 34 centros en España entre 1996 y 1998.

Mediciones: Cuestionario de salud SF-36, dividido en las dimensiones de función física, rol físico, dolor corporal, salud general, salud mental, rol emocional, función social y vitalidad, escala de Karnofsky, índice de comorbilidad de Charlson, albúmina, hemoglobina, nivel educativo, nivel de ingresos y clase social. Análisis de regresión lineal de los índices sumarios físico y mental del SF-36 con respecto a las demás variables.

Resultados: Tras ajustar por edad y sexo, el conjunto de pacientes que iniciaban diálisis tuvo puntuaciones inferiores a los patrones de la población española en todas las dimensiones del SF-36 y en sus índices sumarios físico (percentil 8,2, intervalo de confianza -IC- del 95%, 6,8 - 9,9) y mental (percentil 16,1, IC 95%, 12,7 - 20,2). En el análisis univariante del índice sumario físico ajustado al centro de procedencia de cada paciente, la diabetes, la comorbilidad, menor nivel de albúmina, peor escala de Karnofsky, mayor edad, el sexo femenino y menor nivel educativo se asociaron a peores índices. Los pacientes diabéticos tuvieron peor escala de Karnofsky que los no diabéticos (mediana en diabéticos, 70-75; en no diabéticos, 81-90, P<0,00001). En el análisis multivariante, puntuaciones peores del índice, que indican peor salud percibida, se asociaron a peores escalas de Karnofsky, al sexo femenino y a la propia diabetes en pacientes con edades avanzadas. Con respecto al índice sumario mental, la diabetes, peor escala de Karnofsky y menores niveles de albúmina se asociaron a índices más bajos en el análisis univariante. En el multivariante, sólo una peor escala de Karnofsky y menores niveles de albúmina se asociaron a índices peores, mientras que la diabetes en sí no influyó.

Conclusiones: Los pacientes que inician diálisis tienen una salud percibida peor que la población general. La influencia negativa de la diabetes sobre la salud percibida se expresa sobre todo a través de su peor situación funcional. Entre los pacientes, persiste una enorme variabilidad en la salud percibida, no explicada por los factores estudiados.

267

ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA EN DIÁLISIS: RESULTADOS PRELIMINARES. J. Fort, F. Moreno, F. Valderrábano, D. Sanz-Guajardo, J.M. López, R. Jofre, D. Jarillo, I. Vazquez. Grupo Español de Estudio de la Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

OBJETIVO

Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes de edad avanzada en diálisis.

MATERIAL Y METODOS

Presentamos los resultados preliminares de un estudio multicéntrico prospectivo de pacientes estables en diálisis, distribuidos homogéneamente por edades (65-70, 71-80 y > 80 años) y sexo, reclutados en 63 hospitales de diferentes comunidades autónomas. Variables estudiadas: datos socio-demográficos y analíticos, índice de comorbilidad, características de diálisis, número de ingresos hospitalarios en el año y fármacos administrados. Se utilizaron de forma autoadministrada los siguientes cuestionarios de calidad de vida: Karnofsky, SF-36 y GDS-30 para valorar la capacidad funcional, percepción subjetiva de salud y grado de depresión, respectivamente. Se estudió el impacto de la enfermedad sobre los recursos sociales mediante el OARS, la actividad de la vida diaria (índice de Barthel) y el potencial cognoscitivo (M.E.C.), mediante cuestionarios administrados por el investigador.

RESULTADOS

Se han analizado hasta la actualidad datos de 138 pacientes (86 v. y 52 m) 36% pertenecientes al grupo 65-70 a., 50% al grupo de 71-80 a. Y 14% de > 80 a con homogeneidad en la distribución del sexo. La mayoría de pacientes residen en zonas urbanas, tienen un nivel socioeconómico medio, viven en domicilio propio y en pareja. Sólo han cursado estudios primarios (40,5%) y un gran número sólo sabe leer y escribir. La hemodíalisis hospitalaria es predominante, con una media 3,5 años de diálisis y 10,2 horas/semana de tratamiento, realizado en igual proporción con membranas sintéticas y celulosicas, empleando casi exclusivamente bicarbonato. La mayoría (67%) no han requerido ningún ingreso hospitalario en el último año y de los pac. que han ingresado, el mayor número lo han hecho sólo en una ocasión. No hemos encontrado diferencias ni en el índice de comorbilidad ni en las diferentes variables analíticas respecto de la edad. Como era de esperar, encontramos una mayor dependencia en las actividades de la vida diaria en los grupos de enfermos más añosos. No hay diferencias en el potencial cognoscitivo global con relación a la edad aunque el área de orientación se halla más afectada en los pacientes de mayor edad. Clara relación entre una baja puntuación del MEC y bajo nivel cultural. La capacidad física y autoinsuficiencia están relacionados con la edad y sexo de los pacientes, constatando un empeoramiento a mayor edad, que es más manifiesto en mujeres. La mayoría no presentan signos de depresión y tienen recursos sociales excelentes o buenos con independencia de la edad.

268

ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA SALUD PERCIBIDA DE PACIENTES EN TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA (TRS): RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DE SEGUIMIENTO

P.Rebollo, F.Ortega, J.Baltar, F.Alvarez-Ude, J.Álvarez-Grande. Servicio Nefrología I.Hospital Central de Asturias.Instituto "Reina Sofía" de Investigación Nefrológica. Oviedo, España.

INTRODUCCIÓN: Interesa estudiar en estudios prospectivos la salud percibida de los pacientes que inician TRS y su posterior evolución.

OBJETIVO: Evaluar las variaciones en el nivel de salud percibida expresada por los pacientes que inician TRS, en especial la influencia del trasplante renal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se planteó un estudio prospectivo multicéntrico de todos los pacientes incluidos en TRS de 9 centros de nuestra región, durante 1996 y 1997 (139 pacientes), todos sin problemas cognitivos (Mini-Mental), a los que se les realizó una entrevista con el Cuestionario de Salud SF-36 y el Perfil de Consecuencias de la Enfermedad (PCE) a los tres meses del inicio de la TRS y al año. Además se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, y la puntuación en la Escala de Karnofsky (EK), así como un Índice de Comorbilidad (IC).

RESULTADOS: De los 139 pacientes, 35 resultaron excluidos del estudio: 10 por ser éxitos antes de tres meses, 9 por no superar el Mini-Mental; 6 por no colaborar, y 10 por traslado. Descripción de la muestra al inicio (3 meses): 1)edad mediana=64(rango 49,5-71); 2)60,5%varones; 3)nivel económico=medio-bajo (60,3%), medio-alto(31%), alto(8,6%); 4)nivel educación=bajo(22,9%); primaria (55,7%); media(9,8%); superior(11,5%); 5)diagnostico principal= NA(15%), DM (15%), GN(15%), NI(16,4%), PQ(10,4%), Otros(28,2%); 6)hematocrito= 28,4± 5,5, creatinina=8,9±4,4; albumina=3,7±0,7g/dl; 7)IC=4,3±3,7; 8)en lista de trasplante a los 6 meses estaban 41 pacientes (39,4%); 9)EK mediana= 80 (rango 60-90). Al año 33 pacientes (31,7%) habían recibido un trasplante renal, y 8 (7,8%) fueron éxitos y 62 (59,6%)permanecían en diálisis. Las puntuaciones en las dimensiones de los instrumentos de evaluación de la salud percibida fueron:

	PUNTUACIONES AL INICIO DE TRS (3 meses)				
	PCE-D.Fis	PCE-D.Psc	PCE-Total	SF36-PCS	SF36-MCS
Todos (104)	13,9±14,6	14,9± 13,7	17,2± 10,8	40,2± 7,8	30,3± 11,0
con Tx al año (33)	3,3± 4,5	5,4± 5,0	10,5± 3,3	42,9± 4,8	54,5±5,3
en Hd al año (62)	16,4± 18,5	19,8± 15,2	18,9± 14,3	47,8± 7,5	44,7± 10,3

Tx=trasplante; Hd=hemodíalisis; D.Fis-dimensión Física; D.Psc-dim.psicossocial; Total-puntuación total; PCS=componente físico; MCS=componente mental.

	PUNTUACIONES AL AÑO DEL INICIO DE TRS				
	PCE-D.Fis	PCE-D.Psc	PCE-Total	SF36-PCS	SF36-MCS
Todos (104)	2,2± 5,8	2,2± 5,2*	7,2± 3,8**	55,8± 8,5*	33,4±8,7
con Tx al año (33)	2,2± 5,8	2,2± 5,2*	7,2± 3,8**	55,8± 8,5*	33,4±8,7
en Hd al año (62)	18,2± 22,8	17,3± 16,0	19,1± 16,9	43,2± 7,5	47,2± 12,9*

Los asteriscos señalan las que varían con significación estadística: * p<0,05 y **p<0,01. **CONCLUSIONES:** existe una selección positiva de los pacientes con mejor salud percibida para recibir un trasplante renal. De cualquier modo después de un año los trasplantados experimentan una clara mejoría en su salud percibida.

269

ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA SALUD PERCIBIDA DE PACIENTES EN TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA (TRS): COMPARACIÓN DE LOS PACIENTES AÑOSOS (>65 AÑOS) CON LOS JÓVENES (<65 AÑOS). RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DE SEGUIMIENTO

P.Rebollo, F.Ortega, J.Baltar, F.Alvarez-Ude, J.Álvarez-Grande. Servicio Nefrología I.Hospital Central de Asturias.Instituto "Reina Sofía" de Investigación Nefrológica. Oviedo, España.

INTRODUCCIÓN: Interesa estudiar en estudios prospectivos las diferencias en salud percibida entre los pacientes que inician TRS con 65 o más años (añosos) y los de menor edad, así como su posterior evolución.

OBJETIVO: Estudiar las diferencias entre pacientes añosos y menores de 65 años en la evolución de la salud percibida expresada desde el inicio de la TRS a lo largo del primer año, y las relaciones de ésta medida con la modalidad de TRS, en especial la influencia del trasplante renal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se planteó un estudio prospectivo multicéntrico de todos los pacientes (N=139) incluidos en TRS de 9 centros de nuestra región, durante 1996 y 1997 (48,1%añosos), todos sin problemas cognitivos (Mini-Mental), a los que se les realizó una entrevista con el Cuestionario de Salud SF-36 y el Perfil de Consecuencias de la Enfermedad (PCE) a los tres meses del inicio de la TRS y al año. Además se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, y la puntuación en la Escala de Karnofsky (EK), así como un Índice de Comorbilidad (IC).

RESULTADOS: De los 139 pacientes, 35 resultaron excluidos del estudio: 10 por ser éxitos antes de tres meses; 9 por no superar el Mini-Mental; 6 por no colaborar; y 10 por traslado. De los 104 pacientes incluidos, 50 (48,1%) tenían 65 o más años. A los 3 meses del inicio de la TRS las diferencias entre pacientes añosos y menores de 65 años sólo fueron estadísticamente significativas en el hematocrito, mayor para los jóvenes (31,8±6,7 vs 26,9±4,2, p<0,05); la EK también mayor para los jóvenes (80 rango 80-90 vs 70 rango 60-70; p<0,01) y el mayor porcentaje de pacientes con nefroangiosclerosis y diabetes de los pacientes añosos (16,7% y 23,3% vs 9,7% y 9,7% respectivamente). Al año 32 pacientes menores de 65 años (59,3%) y 1 añoso (2%) habían recibido un trasplante renal. Al año 1 paciente añoso fue éxitos, frente a ningún paciente menor de 65 años. La salud percibida de los pacientes que permanecían en diálisis al año fue:

	PUNTUACIONES EN LAS DIMENSIONES DEL PCE Y SF-36				
	PCE-D.Fis	PCE-D.Psc	PCE-Total	SF36-PCS	SF36-MCS
<65 años INICIO	12,7± 22,2	18,4± 16,2	18,6± 16,5	44,8± 15,9	45,8± 9,3
AL AÑO	15,6± 24,8	20,5± 20	20,6± 19,4	47,7± 11	40± 9,1
≥65 años INICIO	19,5± 15,7	20,9± 15,5	19,4± 13,4	44,6± 18,2	49,7± 5,4
AL AÑO	20,4± 22,8	14,9± 14,1*	17,7± 16	46,7± 15,5	46,3± 4,2

D.Fis-dimensión Física; D.Psc-dim.psicossocial; Total-puntuación total; PCS=componente físico; MCS=componente mental; (En negrilla se marca la única diferencia con p<0,05)

CONCLUSIONES: A pesar de partir de niveles discretamente inferiores de salud percibida, los pacientes añosos parecen adaptarse mejor a la hemodíalisis que los menores de esa edad durante el primer año, sobre todo en los aspectos psicossociales.

EFFECTO DEL TRASPLANTE RENAL (TX) EN LA CALIDAD DE VIDA (CV) A LARGO PLAZO.

R. Jofré, J.M. López-Gómez, F. Moreno, D. Sanz, F. Valderrábano y Grupo Cooperativo Español de Estudio de Calidad de Vida en pacientes renales.

El TX produce de forma precoz una mejoría en la CV de los pacientes, pero no hay estudios que valoren la evolución de esta mejoría con el tiempo. El objetivo del trabajo es valorar las modificaciones que el trasplante renal produce en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica previamente tratados con hemodiálisis (HD) a medio y largo plazo.

Se presentan los datos de 35 pacientes que han sido estudiados en hemodiálisis y posteriormente a los dos y cinco años de ser portadores de un trasplante renal funcionante, siendo por tanto cada paciente control de sí mismo. Como indicadores de CV se han utilizado el Índice de Karnofsky (IK) y el Sickness Impact Profile (SIP). Una puntuación más baja en el IK y más alta en el SIP indican peor CV. La patología asociada se valoró mediante el Índice de Comorbilidad de Friedman.

Los pacientes son 18 varones y 17 hembras, con una edad media de 48.2±14 años. El tiempo previo en diálisis fue de 59.8±48.9 meses. En el momento del primer estudio los pacientes llevaban trasplantados 17.6±6.8 meses, y en el segundo 54.3±7.3 meses. La creatinina plasmática media fue 1.55±0.62 mg/dl en el primer estudio y 1.64±0.74 mg/dl en el segundo.

Resultados: Globalmente hay una mejoría significativa en todo el grupo en los índices de CV a los dos años del trasplante. Esta mejoría disminuye a los cinco años, aunque sin llegar a alcanzar los valores de la etapa de diálisis, excepto en la dimensión psicosocial del SIP.

	HD	TX (1 ^o)	TX (2 ^o)
IK	80±13.6	86.1±10.3 **	81.9±10.9
SIP D. Física	6.19±7.8	3.2±4.6 *	5.6±7.7
SIP D. Psicosocial	8.3±10	5.5±5.4 *	8.7±13.5
SIP D. Global	9.4±8.6	5.5±5.7 *	7.7±9.2 **

* p<0.001 ** p<0.05

Analizando separadamente el grupo de hombres y mujeres se evidencia un comportamiento diferente. Las mujeres tienen peores resultados en los indicadores de CV en diálisis y su mejoría con el trasplante es menor, a corto y largo plazo. Estos hallazgos no se correlacionan con la edad, función renal, comorbilidad, nivel socioeconómico y cultural, que son similares en ambos sexos.

Conclusiones: el TX funcionante mejora los índices de CV de los pacientes, siendo la evolución significativamente más favorable en los varones. Esta mejoría disminuye con el tiempo, manteniéndose estable la función renal. Las causas pueden ser entre otras los cambios subjetivos en la percepción de la CV que se producen en respuesta a las distintas situaciones.

ADAPTACIÓN FÍSICA Y PSICOSOCIAL DE 102 PACIENTES DE LA PROVINCIA DE GIRONA SOMETIDOS A TRASPLANTE RENAL.

R. Sáez-Codina¹, M. Vallés², J. Pascual-Capdevila³, F. Cuadros, M. Vallés-Renom⁴ y grupo colaborador en el estudio biopsicosocial de los enfermos renales de la provincia de Girona. ¹Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona. ²Servei de Nefrologia, Hospital Universitari de Girona "Doctor Josep Trueta, Girona. ³Servei de Nefrologia i Diàlisi, Clínica Girona, Girona. ⁴Facultat de Psicologia, Universitat de Girona.

Introducción:

El presente trabajo es parte de un estudio que realizamos en la provincia de Girona para valorar la adaptación física y psicosocial de los pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo renal. Investigamos los siguientes aspectos: 1. Existencia de variables clínicas, psicopatológicas y psicosociales que influyen sobre la Calidad de Vida (C.V) de los enfermos renales, 2. Identificar predictores psicosociales de buena/mala respuesta al tratamiento, 3. Estudiar y identificar la psicopatología asociada al tratamiento sustitutivo renal y sus factores desencadenantes.

Material y Método:

Grupo de estudio: 135 pacientes de la provincia de Girona sometidos trasplante renal.

Instrumentos de medida:

Evaluación General: Protocolo recogida datos sociodemográficos diseñado al efecto. Evaluación Psicológica: Cuestionarios de personalidad EPQ-A y Mini-Mult. Evaluación Calidad de Vida: Perfil de Salud de Nottingham. Evaluación Psicopatológica: Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28). Evaluación Médica: Cuestionario del estado de salud actual y protocolo recogida datos sobre la enfermedad y tratamiento nefrológico (diseñados al efecto) y Karnofsky.

Método: Se contactó con los pacientes por correo electrónicos: 1. Carta donde se explicaba el motivo del estudio, 2. Protocolo de recogida de datos con las instrucciones y 3. Sobre franqueado con la dirección para remitir los cuestionarios cumplimentados.

Resultados:

Hemos obtenido una respuesta del 75.9% (102p) de la muestra inicial (135p).

Los pacientes trasplantados tienen peor calidad de vida que la población general siendo peor en el sexo femenino (p=0.0025). Un 14% de la muestra presenta morbilidad psiquiátrica (ansiedad y depresión) y un 15% sintomatología psiquiátrica menor. Hemos encontrado que tener peor C.V está relacionado con: falta de actividad laboral y bajo nivel educativo (p=0.0025), presencia de los siguientes síntomas: náuseas (p=0.0062), debilidad/fatiga (p=0.0000), artralgias (p=0.0000), edemas (p=0.0067), problemas sexuales (p=0.02) más específicamente impotencia (p=0.01), ↓ libido (p=0.001), dispareunia (p=0.005). La mala C.V también guarda relación con puntuaciones elevadas de los siguientes factores de personalidad: Depresión (p=0.0000), Hipcondriasis (p=0.0000), Histeria (p=0.0000), Paranoia (p=0.0004), Psicasteria (p=0.0000) y Esquizofrenia (0.002).

Conclusiones:

La población sometida a trasplante renal presenta peor Calidad de vida (C.V) que la población general. Existe una alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica entre esta población. La mala C.V. está relacionada con aspectos sociodemográficos, con la presencia de síntomas físicos, y con aspectos de personalidad.

EVOLUCION DEL PACIENTE RENAL TERMINAL: MANEJO CONSERVADOR EN EL DOMICILIO

F. Sanz¹, A. Tejedor², Y. Gómez¹, J. Lluño², R. López¹, F. Gómez², N. Pérez¹, M.S. G³, Vinuesa^{2,1}Equipo de Soporte, Area 1. ²Nefrología, Hospital "Gregorio Marañón", Madrid

El paciente renal avanzado es tradicionalmente controlado por los servicios de Nefrología con escasa o nula participación de los profesionales de atención primaria. Cuando el tratamiento sustitutivo no está indicado, y la progresión de la enfermedad resta capacidad funcional y movilidad al paciente, el manejo por el hospital continúa precariamente a través de contactos telefónicos, consultas de familiares e ingresos en los servicios de Urgencias. Los pacientes que se encuentran en agonía tienden a no ser ingresados en los servicios de Nefrología, pero tampoco son dados de alta para morir en su domicilio. El éxito ocurre con frecuencia en Urgencias, ya que los hospitales de media estancia o las residencias asistidas plantean numerosas objeciones para admitir a estos enfermos.

En este trabajo presentamos los resultados del primer año de funcionamiento de un programa de atención a domicilio coordinado entre un equipo de soporte domiciliario de atención primaria y un grupo de nefrólogos hospitalarios, así como las dificultades y propuestas para el funcionamiento futuro.

A lo largo del primer año de funcionamiento se han incluido un total de 15 pacientes en el seguimiento (8 varones, 6 mujeres) con una edad media de 79 años (68-89 años). Durante el mismo período iniciaron programa de diálisis 62 pacientes del mismo área, con una edad media de 69 años. Se han efectuado 186 visitas, durante un total de 1207 días de seguimiento (periodicidad media: 6.5 días entre visitas; rango: 1-11 días entre visitas). La insuficiencia cardiaca y respiratoria, y la demencia fueron las condiciones de comorbilidad que más incidieron en la frecuencia de las visitas domiciliarias. Las principales variables de eficacia consideradas durante el seguimiento han sido: control de síntomas en menos de diez días (dolor, disnea, estrefimiento, náuseas y vómitos, ansiedad, insomnio, prurito, sobrecarga hídrica), mantenimiento de la ubicación domiciliaria, lugar de agonía y muerte, y satisfacción de la familia. Se consiguió control total de los síntomas en el 44% de los casos, parcial en el 35% y no se consiguió control en el 21% (insomnio en la mitad de ellos). Durante los 1207 días de seguimiento se produjeron 15 ingresos en Urgencias (periodicidad media: 80 días entre ingresos) en 7 pacientes. Ocho pacientes no requirieron nunca ingresos hospitalarios. La decisión de acudir a Urgencias partió del paciente en 9 de las 15 ocasiones, y del equipo médico en 6 de las 15. Al final del año de seguimiento, 10 de los 15 pacientes han fallecido: 5 en su domicilio, 2 en hospitales de estancia media por incapacidad de los cuidadores primarios, y 3 en el hospital (1 a petición de la familia, 2 por falta de coordinación entre Primaria y Especializada). En 10 de los 15 casos la familia está satisfecha con la atención, en 1 no lo está, y en cuatro casos no se han manifestado.

CONCLUSIONES: El control domiciliario del enfermo renal terminal conservador es posible y deseable pero requiere la existencia de un cuidado primario adecuado y una correcta coordinación entre Atención Primaria y Especializada. Comparada con otras patologías crónicas, la del insuficiente renal es relativamente poco sintomática y puede ser controlada adecuadamente a domicilio. La agonía en casa puede ser una solución aceptable en términos de control de síntomas y aceptación socio familiar.