

PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL (I.R.C.T.): PERFIL DE LOS NO INCLUIDOS VERSUS INCLUIDOS EN TERAPIAS SUSTITUTIVAS (T.S.R.).

Ana Ureña, Isabel Alvarez, Asunción López, Blanca Nieto, Amparo Castaño, Esther Martínez, Rosario Rivera.

Hospital Central de Asturias. Servicio de Nefrología. Oviedo.

[Póster](#)

INTRODUCCION

Aunque se dice que desde comienzo de los años 80, ningún paciente que lo necesite es excluido de terapia renal sustitutiva (T.S.R.), de los datos existentes en la literatura, pueden extraerse que, por diferentes causas, un 25% de las personas con I.R.C.T. no son incluidas en programas de T.S.R. Así la mayoría de los Servicios de nefrología tienen criterios implícitos de exclusión.

OBJETIVO

Comparar el perfil de los pacientes de un servicio de nefrología no incluidos en T.S.R. frente a los incluidos, a lo largo de un año.

MATERIAL Y METODOS

Durante el año 1.996, se estudiaron los pacientes que ingresaron con I.R.C.T. (aclaramiento de creatinina por debajo de 10 ml / m ') en nuestro servicio.

Se recogieron datos respecto a la edad, sexo, enfermedad de base, comorbilidad, capacidad física y autosuficiencia.

Para valorar la comorbilidad se utilizó el índice ponderado de Charlson, utilizando también la gradación de Evans sobre repercusión de las patologías en el bienestar físico de los pacientes e introduciendo algunos items ya utilizados por el grupo de Segovia (APENDICE I).

La capacidad física y la autosuficiencia se midieron según la escala de Karnofsky abreviada (APENDICE II).

Por último se investigó la situación social y de convivencia.

RESULTADOS

En el año 1.996, ingresaron en nuestro servicio 48 personas con I.R.C.T. (aclaramiento de creatinina menos de 10 ml / m') de las cuales 15 (31.3%) no fueron incluídas en programas de T.S.R. (GRUPO I), mientras que 33 personas (68.7%) si se incluyeron en programas de T.S.R. (GRUPO II).

En el GRUPO I el 60% eran varones y el 40% mujeres.

En el GRUPO II el 60,6% eran varones y el 39,45% mujeres.

La edad media en el GRUPO I fue 69.13 años (Ds 15,01) mientras que en el GRUPO II la media alcanzada fue 60.66 años (DS 14.68).

Las enfermedades de base en ambos grupos fueron las siguientes:

ENF. BASE	GRUPO I	GRUPO II
NEFROANGIOESCLEROSIS	33.3 %	9 1 %
NEFROPATIA DIABETICA	13.3 %	12.1 %
NEFROPATÍA INTERSTICIAL	6.7 %	21.2 %
GLOMERULONEFRITIS	0. %	21.2 %
POLQUISTOSIS	0. %	6.1 %
MIELOMA	13.3 %	0. %
OTROS	26.7 %	30.3 %

$p < 0.05$

En cuanto al índice de comorbilidad general, EL GRUPO I alcanzó una puntuación de 12.46 mientras que el GRUPO II, solamente puntuó 4 .63 ($P < 0'05$).

Por aparatos, la patología cardíaca (leve, moderada o severa), en el GRUPO I estaba presente en el 73.3 % de los pacientes, mientras que en el GRUPO II, lo estaba en el 21.2 % ($P < 0.05$).

La demencia, en el GRUPO I estaba presente en el 53 % de los pacientes, en el GRUPO II tan solo en el 0,5% ($P < 0,05$).

La situación funcional (Karnosfsky) fue la siguiente:

GRADOS (KARNOFSKY)	GRUPO I	GRUPO II
I (0-44 PUNTOS)	40%	0%
II (45-79 PUNTOS)	53 %	49 %
III (80-100 PUNTOS)	7 %	51 %

$p < 0,05$

Finalmente en la situación social y de convivencia encontramos que en GRUPO I el 27 % de los pacientes no tenía apoyo familiar, mientras que en el GRUPO II, todos contaban con apoyo familiar.

Hasta aquí llegan los resultados de la investigación pero no queremos concluir sin dejar constancia de que tomada la decisión de no inclusión en T.S.R., las personas afectadas, siguen siendo tratadas en nuestro servicio, bien de forma ambulatoria o ingresando siempre que lo precisen.

Cuando su estado es grave, sin solución, suelen ingresar en la planta de Nefrología, donde fallecen. Así todos los enfermos pertenecientes al GRUPO I, han fallecido estando ingresados en la planta de Nefrología.

Los cuidados de enfermería que precisan en esta situación son paliativos, encaminados a proporcionar tanto al paciente como a su entorno familiar y social el apoyo necesario para afrontar una situación final.

Los cuidados básicos son los siguientes:

- .Higiene corporal - preservación de piel y mucosas, cambios posturales protecciones.
- .Movilización activa o pasiva del paciente.
- .Mantenimiento de vías aéreas libres.
- .Adecuación de la dieta alimentaria, según estado.
- .Cuidados específicos encaminados a proporcionar el mayor confort posible.
- .Tratamiento del dolor.
- .Sedación.
- .Información continuada a su familia, prestando apoyo psicológico hasta el desenlace final.

CONCLUSIONES

- .Los pacientes no incluidos suponen el 31.3% del total.
- .No existen diferencias de sexo entre incluidos y excluidos.
- .La edad media es significativamente más alta en los pacientes excluidos.
- .Mayor incidencia de nefroangioesclerosis en no incluidos.
- .Mayor incidencia de glomerulonefritis en incluidos.
- .Es significativo el mayor índice de comorbilidad a expensas de patologías cardíaca y demencia.
- .Funcionalmente es significativa la diferencia entre incluidos y excluidos
- .Un 27 % de los pacientes excluidos no tenían ningún tipo de apoyo familiar.

En resumen todavía un porcentaje importante de los pacientes con IRCT, son excluidos de T.S.R. por diversos motivos, bien sean aisladamente o en asociación de varios de ellos, comorbilidad grave (sobre todo cardíaca y demencia), incapacidad funcional importante, falta total de apoyo familiar; pero nunca aisladamente por la edad.

TRATAMIENTO ESTADISTICO

El tratamiento estadístico se realizó con Software SPSS-windows 6.1.

- 1.- Estadística de frecuencia: medias, desviación standar, porcentajes.
- 2.- T. student para muestras independientes.
- 3.- Prueba de chi cuadrado entre variables cualitativas.
- 4.- Correlación de Pearson entre variables cuantitativas.
- 5.- Se utilizó en cada caso el nivel de significación $P < 0,05$.

13. INDICE DE COMORBILIDAD (Patología asociada)

PATOLOGÍA	PRESENTE	LIMITACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA			
		NO	LEVE	MODERA	SEVERA
CARDIACA					
Angina					
Arritmia					
Infarto de miocardio					
Insuficiencia cardíaca congesti					
VASCULAR					
Hipertensión arterial					
Enfer. vascular periférica					
Enfer. vascular cerebral					
PULMONAR					
Enfer. pulmonar crónica					
NEUROLOGÍA					
Demencia					
Parálisis					
Otras					
ENDOCRINA					
Diabetes					
Diabetes+daño órganos diana					
HEPÁTICA					
Leve					
Moderada-Severa					
GASTROINTESTINAL					
Úlcera péptica					
Otras					
MISCELÁNEA					
Enfer. tejido conectivo					
Tumores					
Tum sólidos metastásicos/Sida					
OTRAS					
Enfermedad musculoesquelética					
Problemas de audición					
Problemas de visión					
Problemas psiquiátricos					

Este índice de comorbilidad se cumplimenta de acuerdo a unas instrucciones en las que se define en qué casos se debe señalar la presencia de una patología.

Cada patología presente se puntúa de la siguiente manera: 1 punto, si no causa limitación de la actividad física; 2 puntos, si causa limitación leve; 3 puntos, si origina limitación moderada; 4 puntos, si la limitación es severa.

El índice de comorbilidad total se obtiene de la suma de las puntuaciones para cada patología.

APENDICE II

ESCALA DE KARNOFSKY

Con esta escala se pretende valorar la capacidad física y autosuficiencia.

GRADO I: "Pacientes en grave estado y que precisan hospitalización" (de 0 a 44 puntos)

.10 - Moribundo. Deterioro letal rápido y progresivo.

.20 - Hospitalización necesaria. Muy enfermo. Necesita tratamiento activo de mantenimiento.

.30 - Severamente incapacitado. Requiere hospitalización aunque no presenta riesgo inminente de muerte.

.40 - Incapacitado. Requiere hospitalización aunque no presenta riesgo inminente de muerte.

GRADO II: " Requieren asistencia considerable u ocasional" (de 45 a 79).

.50 - Requiere asistencia considerable y permanente cuidado médico.

.60- Requiere asistencia ocasional pero puede atender por sí mismo la mayoría de sus necesidades.

.70 - Cuida de sí mismo. Incapaz de llevar a cabo actividad normal o de realizar trabajo activo.

GRADO III: "Actividad Normal" (de 80 a 100)

.80 - Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad.

.90 - Capaz de llevar a cabo actividades normales. Signos o síntomas menores de enfermedad.

.100- Normal, sin evidencia de enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

* R Sesso^{1,3}, P Frassinetti Fernández³, M. Ansa² M. Drummond⁴ S. Drarbe¹, D. Signlem^{1,2} and H. Agzem¹. "Acceptance for chronic dialysis Treatment: insufficient and unequal".

* División of Nephrology, Department of Medicine 2 Health Informatics Center; 3 Clínicas Epidemiology Unit, Escola Paulista de Medicina Universidade Federal de Sao Paulo 4 Pro-Rim Prefeitura de Sao Paulo, Sao Paulo Brasil- DIALYSIS/Transplantation News Nephrol Dial Transplant (1996) 11:982-986.

*David J. Hirsch, MD FRCPC, Michael L. West, BSc, MD,FRCPC, FACP. Allan D. Cohen, MD FRCPC, + and Kailash K. Jindal MB, BS, FRCPC "Experience with opening Dialysis to patients with a Poor Prognosis" ETHICAL AND MORAL ISSUES IN NEPHROLOGY- American Journal of Kidney Diseases, vol 23, No 3 (March), 1994 p p 463 - 466.

* M. García García, A. Rodríguez Jornet, E. Pour Clemente y S. Almirall Daly. "No inicio de tratamiento con diálisis crónica a pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada".