

ANALISIS DE CALIDAD DE UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE HEMODIALISIS *

F. de Las Heras, R. Asensio, M. Cardona

Hospital Nuestra Señora del Pino. Servicio de Hemodiálisis. Las Palmas de Gran Canaria

Hemos analizado de manera retrospectiva el trabajo realizado durante 1984 en nuestra unidad de Hemodiálisis Hospitalaria, que atiende a 40 enfermos, más las complicaciones de 45 pacientes extrahospitalarios con el fin de determinar la calidad asistencial durante este año y el grado de rehabilitación y aceptación del tratamiento por parte del paciente.

Estudiamos a 30 pacientes, 14 varones y 16 mujeres, con edades comprendidas entre 14 y 66 años ($X=43,3$) que recibieron tratamiento durante un tiempo mínimo de 6 meses, con una duración media de 59 meses de tratamiento (se excluyeron los pacientes que se dializaron menos de 6 meses).

Las figuras 1 y 2 muestran la edad distribuida por décadas de los pacientes en el momento de su ingreso en H.D. y la actual.

La figura 3 representa en meses la duración del tratamiento de los pacientes, observándose que existe claro predominio de los pacientes que han sido tratados durante más de 5 años.

La enfermedad que motivó su ingreso en H.D. se muestra en el gráfico nº 4, comparativamente con los datos suministrados por el registro de la SEN, observándose que existe una mayor incidencia de I.R.C. no filiada, nefropatías intersticiales y poliquistosis, datos todos ellos que creemos relacionados con las características culturales y socioeconómicas de nuestra región que hacen que un alto porcentaje de enfermos acuda al nefrólogo en situación terminal y no acepten el consejo genético en caso de nefropatías hereditarias.

19 pacientes no tenían función residual, oscilando en el resto entre 0,54 y 6 ml/m. con una media de 1,28 ml/m. Todos los pacientes tuvieron una pauta de diálisis amplia de 12 a 15 horas semanales (4 x 3,5 x 3) según un esquema basado en Ccr y C. de moléculas medias del dializador, y en la función residual del paciente.

Se les realizaron controles analíticos periódicos que comprendían hematocrito, Hbs. Ag., Na, K, CO_3H^- , Cl-, Ca, P, Fosfatasas Alcalinas, GOT, GPT, Urea y creatinina mensuales, hemograma, triglicéridos, colesterol, transferrina, proteínas totales y albúmina trimestrales y Ccr. residuales, serología a CMV y todos los marcadores serológicos de Virus B semestrales. Anualmente se hacen estudios radiológicos de tórax y serie ósea, estudio de fondo de ojo, EMG con velocidad de conducción motora y velocidad de conducción sensitiva, y E.C.G. y Ecocardiograma.

El gráfico nº 5 muestra los valores medios de los parámetros analíticos analizados.

El hematocrito medio fue de 27,05 %. Recibiendo 1,96 unidades de concentrado de hematíes por enfermo y año, siendo transfundidos 16 pacientes con un total de 59 unidades, lo que muestra índice medio de transfusiones de 2,94 para los enfermos transfundidos.

Un total de 20 enfermos (66,6 %) tuvieron el P sérico por encima de 5 mg %, siendo los valores medios para este parámetro de 5,42 con una fosfatasa alcalina media de 224,2 U. l. (N 207 U. l.), habiendo recibido el 50 % de los enfermos tratamiento con metabolitos de la vit. D en algún momento del período estudiado, consiguiéndose mantener solamente 4 pacientes (13,3 %) con tratamiento durante todo el año a pesar del tratamiento con grandes dosis de hidróxido de aluminio que se ha calculado en unos valores medios de 108,48 g/mes, lo que supone para algunos de ellos una ingesta superior a 2 kg de $(\text{OH})_3\text{AL}$ al año.

El 31 % de los pacientes tienen datos radiológicos de osteodistrofia importante, presentando un 23 % manifestaciones clínicas de hiperparatiroidismo fundamentalmente dolores óseos y prurito.

El estado nutricional fue encontrado satisfactorio en prácticamente la totalidad de los pacientes, como puede derivarse de las cifras medias de proteínas totales y albúmina encontradas y de que solamente 4 pacientes (13,3 %,) tuvieron una albúmina y/o proteínas totales inferiores a 3,5 y 7 mg %, respectivamente.

El número de pacientes con sobrepeso habitual estimado como superior al 5 %, del peso seco fue del 16 %, teniendo necesidad de hipotensores el 36% de los pacientes, encontrándose hipertrofia de VA. en Ecocardiograma en 11, lo que supone el 36,6 % del total.

Solamente se realizaron dos nuevos accesos vasculares por pérdida con fístula arteriovenosa, uno de ellos debido a trombosis espontánea en el curso de un trasplante renal, con pérdida posterior del injerto y vuelta a H.D. y en el otro por problemas arterioescleróticos, siendo la duración media del resto de los accesos vasculares (4 Gore-tex) (y 26 F.A.V.) de 52 meses.

En el gráfico n.º 6 se muestra la duración por meses de los accesos vasculares que permanecen actualmente funcionantes.

Hubo únicamente 2 ingresos en el período estudiado, uno para trasplantectomía y el otro para una mastectomía radical; en una paciente con carcinoma de mama, habiéndose detectado 3 procesos infecciosos (infección urinaria, neumonía, infección estafilocócica de F.A.V.) y una seroconversión asintomática a CMV que fueron tratados anibulatoriamente con buena evolución en todos los casos.

La rehabilitación real de los enfermos es satisfactoria, pues el 63,0 % trabaja a tiempo total o parcial. Porcentaje que consideramos bueno, teniendo en cuenta las características de nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

1.º Existe una alta incidencia en nuestra unidad de los pacientes en H.D. durante más de 5 años, condicionado por el escaso desarrollo en los años previos del programa regional de trasplante, y a que se acumulan pacientes con alguna contraindicación para el mismo.

2.º Existe un aceptable control del P sérico, con bajo número de pacientes tratados de forma permanente con metabolitos de la Vit. D, verosímilmente debidas a la elevada ingesta de fósforo en la dieta, constituida básicamente por pescado y derivados lácteos y a que los pacientes no se toman de manera habitual el hidróxido de aluminio.

3.º En lo que se refiere a los accesos vasculares la duración media de éstos es aceptable, si además consideramos que al 50 % de los pacientes sólo se les ha realizado un acceso vascular a pesar de su larga estancia en diálisis.

4.º Observamos un alto grado de rehabilitación de los pacientes, con escaso número de ingresos, baja incidencia de sobrepeso e hiperpotasemia y escasa dependencia del hospital.

5.º Valorados en su conjunto, los resultados son buenos, sin que por el momento nos parezca indicado cambiar a esquemas más sofisticados de Hemodiálisis.