

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE MORBILIDAD DURANTE EL AÑO 1983 EN UN PROGRAMA DE CRONICOS RENALES *

*M. P. Bermejo Sánchez, M. D. Gómez Mira, A. Marcos Marcos,
M. E. Pinar García, M. Sánchez Rodríguez, M. E. Vivar Berlanga*

Servicio de Nefrología
del Hospital Clínico de «San Carlos» de la Facultad de Medicina
de la Universidad Complutense de Madrid.

INTRODUCCION

Existen escasos datos referidos a la morbilidad de los pacientes sometidos a depuración extrarrenal. Nos ha parecido importante conocer cuales son las patologías más frecuentes de los pacientes con IRC terminal que obligan a un ingreso hospitalario de mayor o menor duración. Asimismo los distintos tipos de terapia dialítica quizá conllevan ingresos por patologías diferentes, extremo éste que intentamos cuantificar. Por otro lado la influencia de la edad de los pacientes puede aportar una morbilidad distinta. Todos estos aspectos son un reflejo de incidencias que alteran significativamente la calidad de vida de estos pacientes y forman parte de un volumen importante del trabajo diario del ATS de Nefrología.

MATERIAL Y METODOS

Hemos estudiado retrospectivamente a todos los pacientes de nuestro programa de crónicos. Se han contemplado todas las patologías motivo de ingreso en nuestro Servicio durante el año 1983. De 76 pacientes 24 han sido tratados con hemodiálisis (HD) (4-5 horas 3 veces por semana, dializador 1,6 m-). Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) en 29 pacientes (4 cambios de 2 litros), Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI) en 7 pacientes (13 cambios de 2 litros 3 veces por semana) Hemofiltración (HF) en 16 pacientes (6 horas 3 veces por semana con intercambios de 28 litros). La antigüedad del programa a 1 de enero de 1983 en los pacientes en HD y HF (24 -1- 16 pacientes) fue de 43,1 meses. En DPI y DPCA fue menor: 3,3 meses.

Se ha recogido el número de días de ingreso por las siguientes causas:

- 1) Acceso Vascular: Se consideran todos los días de ingreso excepto aquellos del primer ingreso para realización de acceso VaSClllar al entrar en programa.
- 2) Infecciones: Sólo aquellas que necesitaron tratamiento en régimen de ingreso hospitalario.
- 3) Problemas cardiológicos: No se contabilizan aquellas situaciones que no fueron causa de ingreso.
- 4) Ouirúrgicas: Todas aquellas situaciones que han motivado intervención quirúrgica excepto realización de accesos vasculares, por ejemplo: paratiroidectomía, laparatomía, hernia umbilical, etc.
- 5) Oftalmológicas: Todos los ingresos por causa médica o quirúrgica oftalmológica, por ejemplo: intervención de cataratas.
- 6) Vascular-circulatorio: Este apartado contempla cuadros de flebitis, colocación quirúrgica de by-pass (no prótesis para acceso vascular) claudicación intermitente, etc.
- 7) Accidente cerebro-vascular agudo (ACVA).

8) Peritonitis (no se contabilizan las peritonitis tratadas ambulatoriamente).

9) Crisis por pirógenos: Durante la HF la aparición de crisis a pirógenos es motivo de ingreso en nuestro Servicio al menos durante 24 horas, además del tratamiento médico que proceda.

10) Otras causas: Este apartado contempla otros motivos de hospitalización. Los más frecuentes fueron:

- Ginecológicos (por ejemplo metrorragias),
- Urológicos (por ejemplo hematurias).
- Hipoglucemias.
- Trastornos psíquicos.
- Hemorragias digestivas...

La morbilidad se determina como morbilidad general y también como morbilidad por cada una de las causas antes referidas, en cada técnica dialítica y en tres grupos de edad (15 a 34 años; 35 a 54 años; más de 55 años).

El cálculo de la morbilidad se hizo dividiendo el número de días de cada motivo de ingreso por el número de pacientes de cada técnica o del conjunto del programa en el caso de la morbilidad general.

$$\text{Morbilidad} = \frac{\text{n.º de días de ingreso}}{\text{n.º de pacientes}}$$

Con aquellos pacientes que no estuvieron el año completo en alguna de las técnicas se extrapolaron los datos de tiempo de tratamiento al año completo:

$$\begin{array}{l} \text{N meses promedio} \dots\dots\dots \text{X días de ingreso} \\ \text{12 meses promedio} \dots\dots\dots \text{Y días de ingreso} \\ \hline \text{Y} \end{array}$$

$$\text{Morbilidad} = \frac{\dots\dots\dots}{\text{N.º de pacientes}}$$

Por lo tanto los datos de morbilidad tanto general, como por cada una de las causas, vienen expresados en días/año/paciente.

Si se desea conocer la ocupación de camas que esta morbilidad ha producido se podría hacer la siguiente operación:

$$\frac{\text{Morbilidad} \times \text{n.º de pacientes}}{365 \text{ días}} = \text{ocupación camas/día}$$

RESULTADOS Y COMENTARIOS

El grupo de los 76 pacientes de nuestro programa de crónicos ha tenido una morbilidad general de 22,4 días/año/paciente.

La edad promedio del conjunto del programa es de 50,5 años (fig. 1). Es por tanto un programa de edad notablemente elevada, que de alguna forma justifica este importante promedio de días de ingreso por paciente y año.

Las edades en las distintas técnicas tenían una distribución similar (fig. 2), aunque en el grupo de DPI y en el de DPCA el número de pacientes con más de 55 años era el más importante. Sólo 12 pacientes de todo el programa tenían menos de 35 años.

La morbilidad del grupo de HD (fig. 3) (edad X 49,6 años) fue de 22,7 días/año/ paciente.

La morbilidad de los pacientes en DPCA (edad X 51,5 años) fue de 26,7 días/año/ paciente.

En DPI la morbilidad de los enfermos (edad X 53,5 años) fue la más elevada de todas (37,2 días/año/paciente), como parece lógico en el grupo de más edad.

Los pacientes en HF tuvieron una morbilidad general de 7,83 días/año/paciente (edad \bar{N} 47,3), notablemente baja considerando que era un grupo sometido a esta terapia especial por su situación de alto riesgo.

La morbilidad general considerada en los 3 grupos de edad (fig. 4) muestra la destacada influencia del grupo de pacientes de más de 55 años. En el grupo más joven (15 a 34 años) destaca la morbilidad de DPCA (3,4 días/año/paciente). En el grupo de 35 a 54 años la morbilidad es a expensas de los pacientes en DPCA y DPI. En estos dos grupos de edad es notablemente baja la morbilidad hallada en los pacientes en HD y HF.

Acceso vascular: (fig. 5). En el grupo de HD los accesos vasculares comportaron más de la mitad de la morbilidad general (12,9 días/año) y prácticamente toda esta incidencia correspondía al grupo de más edad.

Hay una mínima incidencia en el grupo de HF.

Infecciones: (fig. 6). Es muy significativa la peritonitis como causa de morbilidad por infecciones en el grupo de DPCA, como es bien sabido, y sin embargo es menos de la mitad de la morbilidad general del grupo DPCA (12 días sobre 26,7) (fig. 3) y no ha sido el principal motivo de ingreso de este grupo de pacientes. El resto de las causas añaden más morbilidad a este grupo que la peritonitis en sí misma; en contra hay que recordar que muchas peritonitis han sido tratadas ambulatoriamente. Otras infecciones han tenido una incidencia mínima en nuestro programa.

La mayoría de ingresos por peritonitis (fig. 7) en DPCA y DPI ocurrieron en pacientes de más de 55 años.

Problemas cardiológicos: (fig. 8). Destaca una máxima incidencia en el grupo de más edad en HF, que como ya hemos dicho era técnica preferente en pacientes de alto riesgo cardiológico, el resto de las técnicas tiene una incidencia mínima (inferior a 1 día/paciente/año) en todos los grupos de edad.

Las restantes causas que motivaron ingresos (fig. 9) en nuestro programa de crónicos fueron:

- Causas quirúrgicas.
- Causas oftalmológicas.
- Problemas vascular-circulatorio.

No siendo especialmente significativos en ninguna de las técnicas estudiadas, pero sí fueron valorables:

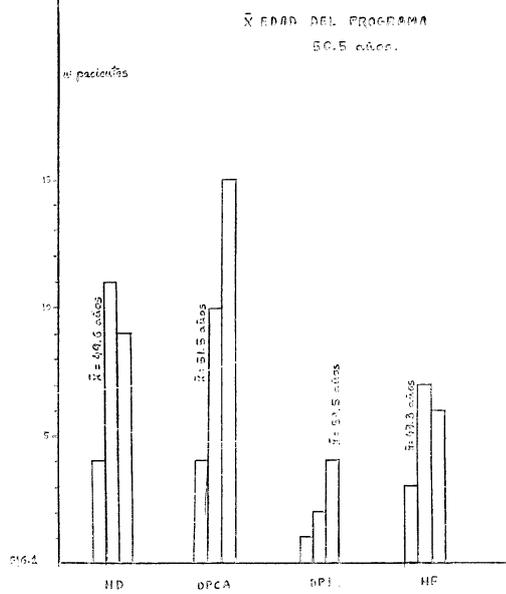
ACVA: Es notable la alta incidencia en el grupo de pacientes tratados en DPCA y la nula incidencia en DPI y HF.

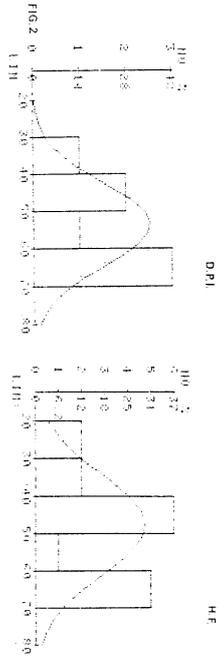
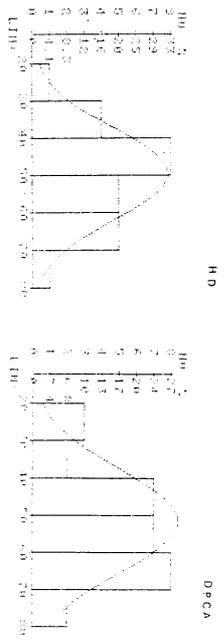
Otras causas: Dentro de este grupo cabe destacar que la alta incidencia en DPI fue motivada principalmente por una paciente que presentó problemas urológicos (hernaturias de repetición).

CONCLUSIONES

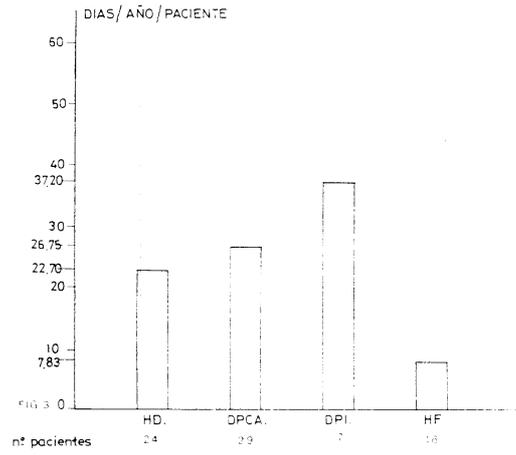
- 1) La edad de los pacientes y la técnica a la que están sometidos conlleva a una patología y una morbilidad distinta.
- 2) Las peritonitis y los accesos vasculares son el conjunto del programa las patologías que dan lugar a una morbilidad más elevada.
- 3) A pesar de la elevada edad media del programa en su conjunto y de la antigüedad del mismo, el resto de la patología asociada a la insuficiencia renal supone un escaso índice de hospitalización.

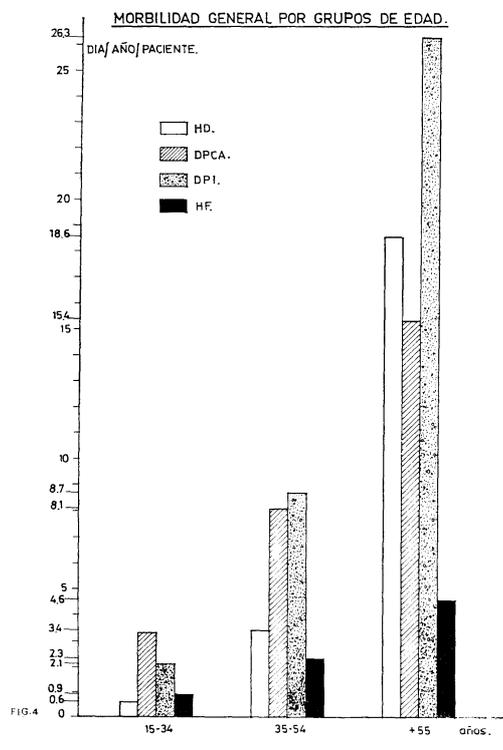
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD
SEGUN TIPO DE ANALISIS.





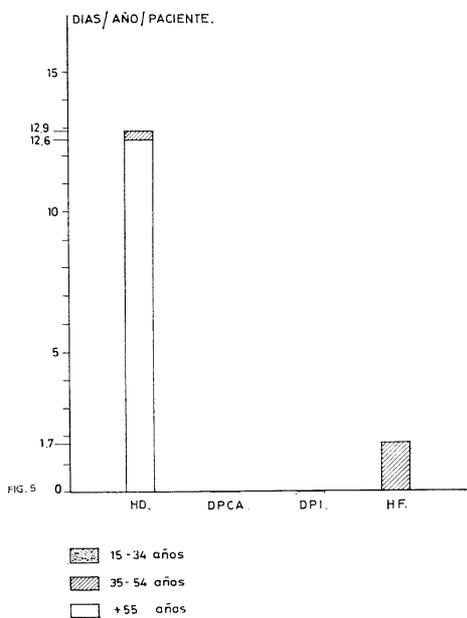
MORBILIDAD GENERAL.



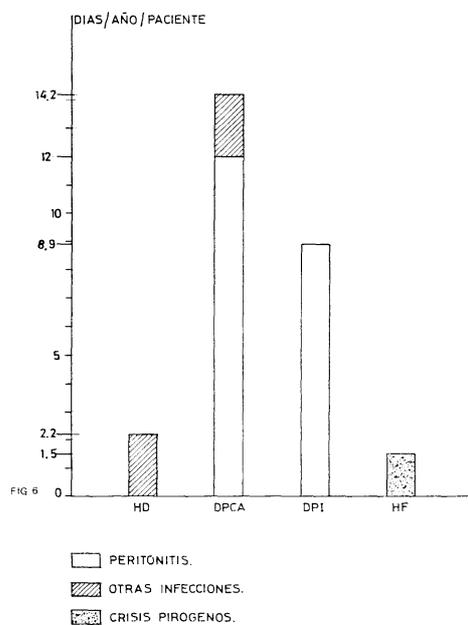


ACCESO VASCULAR.

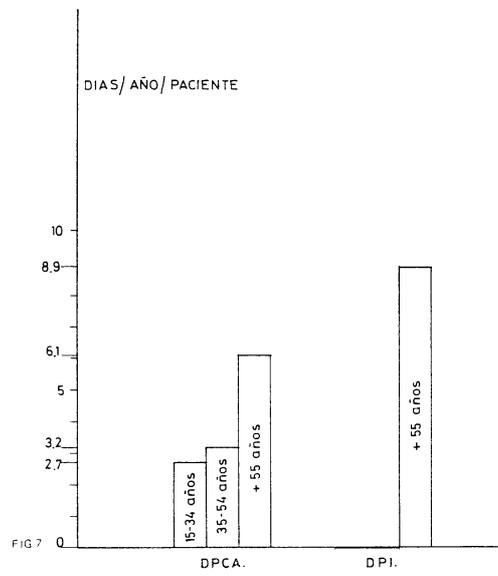
MORBILIDAD GENERAL Y POR GRUPOS DE EDAD.



MORBILIDAD POR INFECCIONES,



MORBILIDAD POR PERITONITIS.



DIAS DE INGRESO POR PROBLEMAS CARDIOLÓGICOS EN GRUPO DE EDAD.

