

REQUERIMIENTO DE HOSPITALIZACION Y CUIDADOS INTRAHOSPITALARIOS DE PACIENTES TRATADOS CON CAPD. ANALISIS DEL PROGRAMA DURANTE SU FASE DE MADUREZ

R. de Vicente, B. del Arco, M. J. Castro, O. Celadilla, R. Selgas

Hospital La Paz. Madrid

INTRODUCCION

Es habitual considerar el ingreso hospitalario como una pérdida de calidad de vida para el paciente que lo sufre y un grave trastorno social, laboral y familiar.

Es reconocido también que la hospitalización de alguna manera supone un control de calidad para cualquier tratamiento crónico.

Por otra parte la hospitalización puede suponer para el individuo un riesgo suplementario para su salud; son conocidas las infecciones nosocomiales, la tendencia a la desnutrición y las yatrogenias derivadas de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

La CAPD constituye un tratamiento dialítico básicamente ambulatorio, destinado a convertir al paciente en el sujeto y objeto del tratamiento y por ello el ingreso en el hospital supone una ruptura de uno de sus objetivos.

Además esta técnica ha sido considerada por muchos como de alta morbilidad específica, sin tener en cuenta las peculiaridades de novedad y falta de experiencia en la mayoría de los casos.

Nuestra intención ha sido analizar secuencialmente las razones, duración y necesidades de ingresos del programa de CAPD a lo largo de los años 1985, 1986 y 1987, por considerar a estos años como un período estable dentro del proceso de maduración de la CAPD en este hospital.

MATERIAL Y METODOS

Se han incluido en este estudio los 84 pacientes que han estado activos durante cualquiera de estos años en períodos de al menos seis meses.

Se han analizado las causas de ingresos, su frecuencia, su incidencia, su precocidad, su relación con cualquier parámetro epidemiológico o de posible riesgo intrínseco (enfermedad de base= diabetes), su relación con la incidencia general de peritonitis del paciente como medida de calidad de su tratamiento, con el sistema de CAPD empleado y con el tiempo de estancia (antigüedad) en el programa.

Estudiamos también las complicaciones intrahospitalarias relacionadas o no con el motivo del ingreso y su tratamiento. Se han recogido también los requerimientos de cuidados del paciente medidos a través de sus necesidades de diálisis y otros cuidados derivados del grado de dependencia y autonomía.

Características del programa de CAPD:

Iniciado en 1979 ha tratado a 150 pacientes con insuficiencia renal terminal. Desde 1983 se han incluido diabéticos. No hay selección negativa de pacientes más que de manera excepcional. Hay tendencia en general a aplicar el máximo de tratamientos y cuidados ambulatorios, reservando la hospitalización para aquellos casos que realmente lo requieran. La incidencia general de peritonitis es de 1 episodio cada 2 años y paciente.

Para comparar los valores medios entre grupos formados se empleó el test de la t de Student para datos no apareados.

RESULTADOS

En la tabla I se exponen los datos generales de la serie de 56 pacientes que requirieron al menos un ingreso y que suponen un 67 % de la serie total a lo largo de todo el período estudiado. 52 de los 84 pacientes incluidos, pudieron ser estudiados durante su primer trimestre en CAPD por pertenecer éste al período de estudio; en esa fase se registraron 16 ingresos que suponen un 14 % de los ingresos habidos. Las causas de ingreso se exponen en la tabla II.

Como causas más específicas de ingreso altamente relacionado con la técnica se eligieron peritonitis, problemas de catéter, hernias abdominales y períodos de entrenamiento. Los días respectivos totales de ingreso supusieron: 272, 249, 110 y 45, es decir, un total de 676 frente a 744 días para el resto de las causas, que rebaja a menos de la mitad la necesidad de camas por estos motivos, aunque ocupen la inmensa mayoría de las razones de ingreso.

En la tabla III se exponen los datos de ingresos clasificados de acuerdo con el grado de calidad de vida; los datos relativos revelan la inversa relación entre requerimientos de ingreso y calidad de vida. Destaca el grupo «Buena» que requirió 3,5 días de hospitalización por paciente y año. No hubo diferencias en la precocidad de los ingresos entre los tres grupos. Las causas de ingreso para ellos no fueron esencialmente diferentes.

En relación con el grupo de diabéticos, sus datos en comparación con los no diabéticos se exponen en la tabla IV; destaca la superior necesidad de ingresar que tienen los diabéticos, así como una mayor ocupación de camas (7 respecto 4,9 días/paciente/año). El descontrol metabólico supone un cierto número de ingresos para esta población y el accidente vascular cerebral supone el doble de requerimiento para los diabéticos.

El análisis por grupos de edad reveló escasas diferencias entre ellos tanto cuantitativa como cualitativamente; 5 pacientes con más de 70 años no mostraron especial morbilidad. Tampoco los pacientes más jóvenes estuvieron especialmente libres de ingresos.

El análisis de los datos parcelados según el año de entrada en CAPD (1980-1984: 32 pacientes; 16, 21 y 15 en los años sucesivos) no revela otra diferencia que las propias de una mayor exposición a riesgos en los pacientes con más tiempo de tratamiento, reflejando que no ha habido cambios en la selección de pacientes a lo largo de estos períodos.

En cuanto al grupo de larga estancia en CAPD (17 pacientes más de 4 años ininterrumpidos) confirma los datos obtenidos del análisis de los años secuenciales. Los pacientes del grupo de menos años en CAPD requirieron casi el doble de ingresos por peritonitis y por problemas de catéter que los de más tiempo, aunque estos datos reflejan la superioridad numérica de aquéllos (6) frente a 17).

La comparación de sistemas manuales para CAPD (48 pacientes) con mecánicos (cámara ultravioleta, 36 pacientes) tampoco reveló diferencias en la frecuencia ni causas de ingresos.

Finalmente analizamos la relación de los ingresos con la frecuencia de peritonitis; se agruparon 19 pacientes con más de 1 episodio/año, 51 con 0-1 episodio/año y 14 con menos de 1 episodio/30 meses de tratamiento. En la figura 1 se destacan los datos cuantitativos sobre los ingresos de los pacientes con mayor incidencia respecto a los de menor, reflejando la diferencia de un 40 % entre ambos en cuanto al motivo de ingreso peritonitis, como era de esperar.

Este grupo de mínima incidencia de peritonitis, posible representante de una CAPD sin dicha complicación, requirió ingreso por peritonitis sólo en un 14 % de los ingresos totales frente al 25 % de la serie global; los problemas con el catéter sin embargo no tuvieron necesidad de ingreso diferente en porcentaje del total: 14 frente a 16 %.

En relación con las complicaciones nosocomiales desarrolladas por los pacientes, se encuentran descritas en la tabla V los dos grupos fundamentales. Estas complicaciones afectaron a 11 casos (10 % de los ingresados). Necesidades de cuidados específicos de enfermería:

35 de los pacientes requirieron durante su ingreso al menos una sesión de 24 horas de DPI; se han recogido 203 sesiones con una media de 5,8 :E 4,6 sesiones por paciente. En la mayoría corresponden a catéteres recién puestos y en pocos casos a sobrecargas de volumen por déficit de ultrafiltración en CAPD.

14 casos necesitaron alguna sesión de hemodiálisis con una total de 111 sesiones y media de $7,9 \pm 7,5$, en muchos de los casos durante la fase de pretransferencia definitiva a HID.

En el resto se mantuvo la CAPD como diálisis de soporte durante el ingreso. Destacó la sucesiva introducción de nuevos métodos de CAPD (actualmente existen en España 6 de una casa y 4 de otra) que complicó su correcta utilización por un personal no específicamente dedicado a CAPD.

Finalmente destacar que en 47 ingresos con un total de 806 días de ingreso (57 % del tiempo registrado en este estudio) los pacientes fueron calificados de totalmente dependientes del cuidado de enfermería. Este grupo coincidió con los grupos de alto riesgo para ingresar.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

A la vista de nuestros hallazgos y en una primera fase de análisis llama la atención la imposibilidad de realizar el perfil exacto de paciente con claro riesgo de ingresar, salvo el hecho de ser diabético sobre todo si además pertenece al grupo de baja calidad de vida. Ambos hechos deben ser tenidos en cuenta para el cálculo prospectivo de necesidades de camas de un programa de CAPD. Destacar también que la mitad de estas camas serán ocupadas por razones dependientes de la técnica (catéter sobre todo y peritonitis en el grupo de mayor riesgo de sufrirlas, pero no en el otro).

Probablemente 1 cama por cada 25 pacientes en CAPD podrá asegurar su asistencia siempre que en nuestra mentalidad predomine la actitud ambulatoria al máximo y no la hospitalización por razones mínimas: concretamente la mayoría de nuestras peritonitis no requieren ingreso, como tampoco lo requiere la estricta colocación de un catéter de manera totalmente programada y antes de que el paciente necesite diálisis urgente.

Sin embargo, si el programa no dispone de una selección aleatoria sino inducida (y negativamente como suele ser habitual en nuestro medio) los requerimientos de camas serán muy superiores. En estos casos habrá que admitir que las necesidades de camas dependen más de j paciente que de la técnica.

En resumen, un programa estable de CAPD requiere aproximadamente 1 cama hospitalaria por cada 25-30 pacientes si éstos son de selección aleatoria.

Finalmente destacar, en esta fase de análisis preliminar, la no inocuidad de j ingreso hospitalario, pues en un 10 % de las ocasiones hubo complicaciones nosocomiales.

Un análisis más detallado de estos datos y el contraste con los de otros grupos nos permitirá dar respuesta real a las necesidades de camas de un programa estable de CAPD.

TABLA I. REQUERIMIENTOS GLOBALES DE INGRESO.

Pacientes ingresados: 56

Días de ingreso: Total 1420. $25,3 \pm 26,2$ (-136)

Porcentaje de j tiempo total de tratamiento que han permanecido ingresados: $6,7 \pm 10,6$ % (0,18 - 56,5 %)

Número de ingresos: 115

Días por ingreso: 12,3

Número de ingresos por año de TT^o: $1,85 \pm 1,96$ (0,3 - 7,5)

Ocupación de camas por día de TT^o: 1,29

TABLA II CAUSAS DE INGRESO EN LA SERIE TOTAL.

Peritonotis	28
Problemas de cateter	18
Trastornos volumen circulante	9
Trastornos digestivos	9
Hernias pared abdominal	7
Patología cardiaca	6
Descontrol metabólico	6
Infecciones respiratorias	5
Infecciones renales	5
Trastorno vascular cerebral	4
Trastorno vascular periférico	4
Entrenamiento	3
Descontrol de tensión arteria;	3
Iatrogenia medicamentosa	2
Paratiroidectomía	1
Extirpación teratoma ovárico	1
Trastorno psiquiátrico	1
Causa social	1
Hemoperitoneo	
Poliserositis	

TABLA III. DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS DE ACUERDO CON EL NIVEL DE CALIDAD DE VIDA.

	Buena	Mala	Intermedia
Pacientes	54	14	16
Pacientes ingresados	30 (55 %)	13 (93 %)	13 (81 %)
% Tiempo ingreso respecto tiempo en CAPD	4, 9±9, 3 (0,2-51)	11±16 (0,4±57)	6, 5±5,3 (1-19)
Ingresos/Año TTº	1, 3±0, 9	2,4±2	1,7±1,9
Días ingreso/PT/año	3,5	10,6	8,4

TABLA IV. COMPARACION ENTRE PACIENTES DIABETICOS Y NO DIABETICOS.

	Diabéticos	No diabéticos
Pacientes	27	57
Pacientes ingresados		20 (70 %)
% Tiempo ingreso respecto tiempo en CAPD		36 (48 %)
Ingresos/año TT ^o	8,2 ± 13,2	5,8 ± 8,9 %
Días ingreso/PT/año	1,9 ± 1,8	1,5 ± 1,3
	7	4,9

TABLA V. COMPLICACIONES NOSOCOMIALES.

INFECCIONES

Peritoneales	5
Pulmonares	2
Amigdalas	1
Múltiple	1
Intestinal	1
CIVIV	1

HEMORRAGIAS DIGESTIVAS

3

Fig. 1

10 INCIDENCIA DE INGRESOS DE ACUERDO CON LA FRECUENCIA DE PERITONITIS

