

Calidad de vida en dos grupos de pacientes en DPCA de edades extremas

Iciar Nebreda, Olga G. Carcaba, Cristina Alegre, M.^a Luisa Hernando
Sección de Nefrología. Hospital del Río Hortega. VALLADOLID.

INTRODUCCION

Hemos asistido durante los últimos años a un aumento importante del número de pacientes que se beneficia de la diálisis, en base a unas mayores expectativas de vida y como consecuencia a una ampliación de la edad considerada como límite para la inclusión en estos programas.

Está sobradamente probado que la edad no es una contraindicación para la DPCA, lo que siempre va a condicionar que la edad media en la mayoría de las Unidades sea bastante elevada.

Hablar de calidad de vida en ancianos resulta bastante difícil; la propia edad es un condicionante mayor que la enfermedad renal. Lo que sí podría resultar curioso es la comparación entre dos grupos de pacientes de edades muy

disparas, a la hora de valorar el aprovechamiento de las ventajas que ofrece la DPCA.

MATERIAL Y METODOS

Hemos seleccionado para nuestro estudio pacientes pertenecientes a los dos grupos extremos de edad de nuestro programa de DPCA:

Grupo I. N.º 4. Edad media: 32 años. 3 mujeres. 1 varón.

Grupo II. N.º 6. Edad media: 70 años. 5 mujeres. 1 varón.

Para que queden reflejadas de una forma precisa las diferencias encontradas durante el seguimiento de nuestros pacientes, agrupamos los datos recogidos en 3 etapas concretas de su evolución.

1. Período prediálisis.
2. Período entrenamiento.
3. Período domiciliario.

Cada período está resumido en las tablas correspondientes.

En la Tabla I hacemos una descripción general de los pacientes, incluyendo diagnóstico, nivel socio-económico, situación laboral y otros factores que están relacionados con la dependencia de otra persona.

En la Tabla 2, aparecen detalles referentes al período de enseñanza: número de días, número de personas entrenadas, cómo se realizó el aprendizaje, dificultades concretas y otras enseñanzas adicionales.

Y por último, en la Tabla 3 analizamos todos los datos relacionados con la dependencia hospitalaria: número de ingresos, motivo de éstos y porcentaje de días ingresados respecto al número total de días de tratamiento.

PERIODO PREDIALISIS

TABLA 1

Pacientes	Edad	Sexo	Enfermedad renal	Trabajador/ pensionista	Residencia urbano/rural	Nivel socio- económico	Hábitos higiénico	Grado funcion.	Capacidad visual	Habilidad manual
1 (J.P.F.)	25	H	L.E.S.	T	Rural	Medio	Buenos	I	Buena	Buena
2 (L.G.R.)	34	H	Glomerulonefrit.	T	Rural	Bajo	Buenos	I	Buena	Buena
3 (M.H.R.)	35	H	N. interst. famil.	T	Urbano	Medio	Buenos	I	Buena	Buena
4 (F.G.A.)	35	V	N. Intersticial	P	Rural	Bajo	Buenos	I	Buena	Buena
5 (J.S.H.)	74	H	Nefroangioscler.	P	Rural	Medio	Normales	IV	Buena	Mala
6 (A.S.R.)	75	V	Poliquist. renal	P	Rural	Bajo	Normales	II	Buena	Mala
7 (L.M.F.)	69	H	Diabetes	P	Rural	Medio	Normales	II	Disminuida	Mala
8 (A.F.F.)	70	H	TBC renal	P	Rural	Bajo	Malos	I	Buena	Poca
9 (M.D.R.)	66	H	Diabetes	P	Rural	Bajo	Normales	III	Nula	Mala
10 (E.L.C.)	70	H	Pielonef. crónica	P	Rural	Bajo	Malos	I	Buena	Buena

DISCUSION Y COMENTARIOS

A la vista de estas tablas, que nos dan una visión general de los dos grupos de pacientes, vamos a conocer las diferencias existentes entre ambos:

I) Antes de comenzar la diálisis nos encontramos con características muy similares en cuanto a la procedencia y nivel socio-económico, pero al referirnos a otros aspectos las cosas cambian: la mayoría de los pacientes del primer grupo realizan algún tipo de trabajo, no dependen de otra persona, puesto que su capacidad visual y habilidad manual son normales y sus hábitos higiénicos son buenos.

En cambio en el segundo grupo tenemos una serie de pacientes con unas limitaciones que en su gran mayoría son consecuencia de la edad.

II) El entrenamiento siempre se realiza de una forma individualizada para adaptarlo a las características concretas de cada paciente, pero haciendo una valoración global hay aspectos comunes a cada grupo. El aprendizaje en el primero ha sido rápido (media de 7 días), realizado de forma ambu-

latoria, todos los casos son autosuficientes, no hay segundas personas entrenadas, no hay dificultades específicas de comprensión (salvo un caso) y lo que es muy importante, la técnica ha sido elegida en todos los casos por el propio paciente.

En el segundo grupo hubo algún caso en el que se demoró hasta 20 días, todos han permanecido ingresados y tratándose de personas mayores, aunque las consideremos autosuficientes casi siempre han requerido la colaboración de una segunda e incluso una tercera persona; además en el caso de los diabéticos se les ha enseñado a realizar control de glucemias mediante tiras reactivas y Reflolux.

En todos estos casos la elección de la técnica ha sido por indicación médica.

En cuanto a la visita domiciliaria, que solemos realizar antes de que el paciente sea dado de alta definitiva, la impresión es muy similar para ambos grupos, se puede resumir como regular para la generalidad de los casos.

III) Antes de comentar la Tabla 3 queremos dejar constancia de que el sistema de diálisis es el mismo para todos los pacientes y que las complicaciones relacionadas

Sería interesante poder variar los criterios habituales de selección de los pacientes que se incluyen en un programa de DPCA, ya que en muchas ocasiones esta técnica se reserva para casos en los que no hay otra alternativa.

con la técnica, tanto precoces como tardías han sido semejantes, también hay regularidad en la incidencia de peritonitis para ambos grupos.

Los pacientes jóvenes (Grupo I) acuden a revisión aproximadamente una vez al mes, la duración de ésta es corta y ellos expresan el deseo de distanciar más dichas consultas. No han necesitado en ningún caso la colaboración de otros especialistas y el porcentaje de ingresos es mínimo.

Con regularidad se desplazan

PERIODO DE ENTRENAMIENTO

TABLA 2

Pacientes	Duración (días)	Ambulat/ ingreso	Personas entrenadas	Auto-técnica	Autocontrol diabetes BM test-Reflolux	Elección técnica	Dificult. mecánicas		Dificult. aprendizaje		Visita domicilio Valoración hábitat
							Apert. bolsas	Conexiones	Balances	Toma TA	
1 (J.P.F.)	4	A	1	Sí	—	Paciente	No	No	No	No	Bien
2 (L.G.R.)	7	A	1	Sí	—	Paciente	No	No	No	No	Deficiente
3 (M.H.R.)	7	A	1	Sí	—	Paciente	No	No	Sí	No	Bien
4 (F.G.A.)	10	A	1	Sí	—	Paciente	No	No	Sí	No	Deficiente
5 (J.S.H.)	15	I	1	No	—	Médico	Sí	Sí	No	No	Bien
6 (A.S.R.)	10	I	1	No	—	Médico	No	No	No	No	Deficiente
7 (L.M.F.)	10	A	3	No	Sí	Médico	No	No	Sí	No	Bien
8 (A.F.F.)	20	I	3	Sí	Sí	Médico	Sí	Sí	Sí	Sí	Deficiente
9 (M.D.R.)	7	I	1	No	Sí	Médico	No	No	Sí	No	Bien
10 (E.L.C.)	15	I	2	Sí	—	Médico	Sí	Sí	Sí	Sí	Deficiente

PERIODO DOMICILIARIO

TABLA 3

	MESES DPCA	CONSULTAS		INGRESOS		LLAMADAS TELEFONICAS	TIPO TRASLADO	OCUPACIONAL CAMAS (%)	TIEMPO DE OCIO
		DPCA	OTRAS ESPECIAL.	DPCA	OTROS				
GRUPO I (25-35)	7 meses (2-11)	1 mes		En dos ocasiones			Por sus propios medios	1,4%	Todos se desplazan con cierta frecuencia los fines de semana y se plantean organizar vacaciones veraniegas
GRUPO II (65-75)	7 meses (3-13)	1,5 mes	OFTALMOL.: 6 ocasiones TRAUMATOL.: 6 ocasiones CIRUGIA PL.: 6 ocasiones DERMATOLOG.: 5 ocasiones RESPIRATOR.: 5 ocasiones O.R.L.: 2 ocasiones	Ningún ingreso por problemas relacionados con la técnica	TRAUMAT.: 3 ocasiones NEUROCIJIR.	2/mes	Salvo un paciente todos en ambulancia	18%	Falta de motivación

durante los fines de semana y períodos vacacionales.

Los pacientes de edad avanzada (Grupo II) acuden a nuestra consulta con mayor frecuencia, su duración se prolonga a lo largo de toda la mañana, ya que casi siempre es preciso realizar consulta con otros especialistas.

El índice de ocupación de camas es notablemente más alto en este grupo casi siempre por causas no relacionadas con la DPCA y lo que es muy significativo, los ancianos manifiestan en diversas ocasiones su deseo de permanecer ingresados. Parece ser que el hospital para ellos es sinónimo de seguridad.

En cuanto al último apartado, referente al tiempo de ocio, no realizan ningún proyecto más por falta de interés que por falta de medios.

CONCLUSIONES

Nuestra impresión es que la DPCA es una muy buena modalidad dialítica en todos los casos.

Sería interesante poder variar

los criterios habituales de selección de los pacientes que se incluye en un programa de DPCA, ya que en muchas ocasiones esta técnica se reserva para casos en los que no hay otra alternativa.

Para nosotras la característica más aprovechable de la DPCA es

el grado de libertad e independencia que proporciona y nos gustaría poder potenciar esta técnica en pacientes jóvenes que son los más beneficiados de estas ventajas y en definitiva pueden conseguir y disfrutar de una calidad de vida más que aceptable.

