

## Paciente añoso en Hemodiálisis y Problemática social

E. Moliner Calderon, A. Pelegri Santos, J.J. Bartolome Espinosa

Como consecuencia del desarrollo científico, tecnológico y cultural, la sociedad experimenta una serie de cambios que afectan al entorno social y demográfico:

- La incorporación de la mujer al mundo laboral.
- La disminución de la natalidad en los países desarrollados.
- El progresivo aumento de la longevidad.

Estos cambios afectan directa ó indirectamente el campo de la medicina, la Nefrología no está exenta de dicha influencia y como consecuencia surge un nuevo perfil de paciente nefrológico:

- 1-Paciente añoso, edad media  $\leq$  75 años.
- 2-Enfermedad renal común a la edad avanzada.
- 3-Patología asociada múltiple.
- 4-Autonomía funcional limitada, que le incapacita para las actividades de la vida diaria (AVD).

El paciente renal con este perfil en tratamiento sustitutivo renal (TSR), precisa de un entorno específico (sanitario, familiar, social y económico) para su cuidado y tratamiento.

El Problema Social o Sociopatía surge siempre que la patología o el entorno no permite el retorno del paciente a su domicilio.

### Hospital de Sant Gervasi (HSG)

Es un hospital de crónicos o socio sanitario, con infraestructura hospitalaria que puede tratar este tipo de paciente. Por ello se convierte en centro de derivación de los distintos Hospitales del área de Barcelona.

HSG da una asistencia médica multidisciplinaria, por estar constituido con las siguientes unidades:

1. Unidad de Hospitalización:
  - Paciente convaleciente.
  - Paciente con disautonomía funcional.

- Paciente psiquiátrico.
  - Paciente paliativo o terminal.
  - Paciente con problemática social.
2. Unidad de Hemodiálisis Ambulatoria, adecuada para el TSR del paciente pluricomplejado.
  3. Unidad de Rehabilitación y Fisioterapia.
  4. Unidad de trabajo social con subáreas de terapia ocupacional y animación socio cultural.
  5. Unidad de atención Espiritual.

### Unidad de Hemodiálisis del Hospital de Sant Gervasi

Actualmente nuestra Unidad tiene una población media dializada de 72 pacientes, de los cuales un 36.1 % están hospitalizados por:

1. Agudización de la patología crónica asociada.
2. Tratamiento paliativo.
3. Convalecencia.
4. Problema social.

### Análisis del paciente nefrológico derivado al HSG

Analizamos las poblaciones remitidas durante los periodos (1990-1991) y (1998-1999), independientemente de su edad y que precisaron ingreso hospitalario. El método estadístico empleado es: **medias, desviación estándar, porcentajes y  $\chi^2$** .

	EDAD MEDIA.	
	1990-1991	1998-1999
Edad media	67 $\pm$ 11,3 años	74,5 $\pm$ 8 años
Población total	(21 v -16 m)	(41 v - 39 m)
Edad media	59,5 $\pm$ 9,5 años	62 $\pm$ 7,8 años
Población <65 años (%)	(11 v-5m) :43,2 %	(7v-5m) :15 %

ENFERMEDAD RENAL

	1990-1991	1998-1999
Nefropatía diabética	24,3 %	37,5 %
Nefroangiosclerosis	21,6 %	15 %
No filiada	21,6 %	21,3 %
Glomerular	13,5 %	5 %
NTIC	13,5 %	6,25 %
PQ H-R	5,4 %	8 %
Otras	0 %	6,95 %

AUTONOMIA FUNCIONAL - POBLACIÓN 1998-1999

Dependencia total / Barthel	69 % / $\leq 30$
Dependencia moderada / Barthel	31 % / 30-50

PACIENTES CON HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA > 6 MESES

1990-1991	51,4 %
1998-1999	73,8 %

- La tabla se refiere a la población con supervivencia > 6 meses (14pac. /90-91, frente a 30 pac. /98-99).

PAATOLOGÍA ASOCIADA DISCAPACITANTE

	1990-1991	1998-1999
Nº de patologías / paciente	3,9 pat./pac.	5,1 pat./pac.
Cardiopatía	89,2 %	87,5 %
Artropatía	54,1 %	66,3 %
Enf. Vasculo Cerebral	59,5 %	68,8 %
Enf. V Vasculo Obliterante	35,1 %	45 %
EPOC	32,4 %	43,8 %
Amputados	8,1 %	13,8 %
Psicopatía	13,5 %	17,5 %

SUPERVIVENCIA MEDIA TOTAL E INTERVALOS DE SUPERVIVENCIA

	1990-1991	1998-1999
Supervivencia Total	32,7 meses / paciente	6,1 meses / paciente
Supervivencia > 3 meses	73,9% (43,2 $\pm$ 43,8 meses)	51,2 % (11,6 $\pm$ 6 meses)
Supervivencia $\leq$ 3 meses	8,1 %	17,5 %
Supervivencia < 1 semana	18 %	31,3 %

VALOR PRONÓSTICO DE SUPERVIVENCIA Y PATOLOGÍA ASOCIADA EN LOS ÉXITOS

Significación	Patología	%
P < 0,001	Barthel $\leq 30$	85 %
P < 0,02	Cardiopatía	92 %
P < 0,01	E. Vasculo Cerebral	72 %
P < 0,05	E. Vascular Obliterante	46 %
N.S.	Artropatía invalidante	63 %
N.S.	Diabetes Méllitus	37 %
N.S.	BNCO	43 %
N.S.	Psicopatía	14 %
P < 0,001	Síndrome tóxico	57 %
P < 0,05	Sepsis	15 %
P < 0,05	Úlceras	57 %

ÉXITOS

	1990-1991	1998-1999
Total y Edad media	81 % - 68,5 años $\pm 10,3$	81,3 % - 75 $\pm 7,2$ años
Edad $\leq 65$ años	56,3 %	75 %

CAUSAS DE ÉXITOS

	1990-1991	1998-1999
Cardio - Vascular	52 %	38%
Miscelánea	27 %	19%
Interrupción del TSR	7 %	21%
Respiratoria	7 %	14%
Infecciosa	7 %	8%

El perfil del paciente nefrológico descrito, varía de la población global del registro de pacientes renales en cuanto: la edad media, mayor discapacidad funcional, más patología asociada con importante repercusión sistémica, lo que comporta un aumento del problema social:

- La edad media de la población (98-99) es de **74,5  $\pm$  8** años, frente a los **67  $\pm$  11,3** años del (90 - 91) y disminución del paciente con edad media  $\leq$  a 65 años (15 %).
- La limitación de la autonomía funcional severa (**Barthel  $\leq 30$** ) es el factor de riesgo, que condiciona una franca disminución de la supervivencia con una **p < 0,001**.
- La población derivada en el periodo (98-99), presenta mayor incidencia de **Nefropatía diabética (37,5 %)** con una franca disminución de la patología vascular (15 %). Posiblemente la explicación la encontramos en que muchos pacientes diabéticos y añosos son etiquetados

de Nefropatía Diabética en la fase terminal de la IRCr. mientras que la mayoría de estos casos su etiología podría ser Vascular.

- La patología asociada aumenta en este período a **5,1 patologías / paciente**.
- La supervivencia **no supera la semana en el 31,3 %** de la población (98-99).

Con un tiempo  $\leq 3$  meses el 17.5 %. Cerca del 50 % de la población no sobrevive más allá de los tres meses.

### Problemática social

**Sociopatía**, es un término no académico empleado en la jerga médica, para definir un estado social del enfermo discapacitado, que precisa de un entorno específico para sus cuidados en el propio domicilio.

Este paciente con frecuencia asocia patologías invalidantes, que abocan a la sedestación y encamamiento. Los pacientes hospitalizados con supervivencia  $< 6$  meses, el 85 % de los casos presentaron dependencia severa con Barthel  $\leq 30$  y un mínimo de 4 patologías asociadas.

El grupo de pacientes con una edad media  $\leq 73.5 \pm 5.3$  años precisan de hospitalización prolongada. En estos casos el cónyuge o cuidador principal, se trata de una persona mayor, con una capacidad de sobrecarga muy limitada y/o con discapacidad funcional.

Los pacientes con edad media  $\leq 50$  años y hospitalización prolongada, no por razones clínicas, presentan un entorno social comprometido (vivienda insalubre, carecen de cuidador, precariedad económica, falta de recursos, etc.).

Los siguientes datos reflejan el aspecto social del paciente y su repercusión social.

#### SITUACIÓN FAMILIAR Y CONVIVENCIA

Solo	24%
Cónyuge	22%
Hijos	19%
Hijo / Cónyuge	11%
Hermanos	11%
Otros	8%
Padres / Amigos	5%
Sin apoyo familiar	51%

#### SITUACIÓN ECONOMICA

Pensiones contributivas $\leq 80.000$ pts.	22%
Contributiva=56.000 pts.	44%
Pensión no contributiva y otras	28%
Sin pensiones	6%

- Clínica. Patología crónica no estabilizada un 61 %.
- Discapacidad familiar. 19 %.
- Familiares laboralmente activos. 7 % Viven solos. 6 %.
- Falta de recursos: Económicos, vivienda sin condiciones de salubridad, indigencia, etc.

El paciente añoso y pluricomplejado en hemodiálisis aumenta cada año y no es posible cubrir sus necesidades básicas en el domicilio, debido a que en la mayoría de los casos no se cumple un mínimo de los recursos necesarios, apareciendo el problema social en el momento en que se plantea el retorno del paciente a su domicilio, añadiéndose en ocasiones a la respuesta familiar la escasez de recursos administrativos.

### Conclusiones

1. El paciente añoso en Hemodiálisis, tiene limitada la autonomía funcional, lo que implica una dependencia socio sanitaria generalizada.
2. Si los recursos en el propio domicilio son adecuados, aumenta la calidad de vida y la supervivencia, en caso contrario en el paciente añoso hospitalizado disminuye de forma proporcional a la limitación de la autonomía funcional (**Supervivencia  $< 7$  días 31.3 % tienen Barthel  $< 30$** ).
3. **El 50 %** de los pacientes que pueden ser dados de alta, presentan un entorno socio familiar conflictivo y recursos económicos precarios.
4. **El 51 %** de los casos no tienen apoyo familiar y la solución radicara en el paso a "**Larga Estancia**".
5. En la mayoría de los casos del paciente hospitalizado, consciente, orientado y con escaso soporte familiar, observamos que tiene un sentimiento de abandono familiar. Como consecuencia inicia un proceso de deterioro progresivo de su estado general secundario a afectación del área psico-afectiva (síndrome depresivo), que conduce a la consunción y muerte. En estos casos son decepcionantes todos los tratamientos.
6. Paciente terminal sin posibilidad de mejorar el confort, ni aliviar el sufrimiento físico, tendremos que revalorar el caso tomando decisiones en un contexto clínico, ético y consensuado (**Comité de ética y familiares**). De su acuerdo deberá de proseguir o interrumpirse el tratamiento sustitutivo de depuración extrarrenal. En nuestro caso **interrupción TSR del 21 %**.
7. La residencia pública, a nuestro entender, no es el lugar adecuado de derivación, **los recursos de estos centros no están adaptados a la complejidad de este paciente**. De todas formas el número de camas existentes es escaso y las soluciones administrativas pobres.

8. Una residencia asistida privada está adecuada para un paciente con autonomía funcional limitada, pero en este caso fallan los recursos económicos en un porcentaje elevado. **En el 78 % de la población analizada, los recursos económicos se cifran  $\leq$  56.000 pts. / mensuales.**
9. A nuestro entender este tipo de paciente requiere para su tratamiento multidisciplinario, de una **infraestructura hospitalaria básica**, que cubra las necesidades terapéuticas y sociales, **reduciendo el costo pero no la calidad asistencial.**
10. No existen Hospitales de Crónicos o Socio Sanitarios con unidad de hemodiálisis. Nuestro Hospital es el único

que cumple con las características descritas (Tratamiento multidisciplinario y Hemodiálisis).

11. El costo diario del paciente nefrológico ingresado en un socio sanitario, contando el TSRHD 3/ semana, es una tercera parte del que tiene el mismo paciente en un Servicio de Nefrología (3er nivel).

*Nota.-* Hemos intentado revisar bibliografía de otras provincias españolas, así como de otros países. Todo los títulos que pudieran reflejar o enfocar una problemática parecida, no están enfocados ni realizados en este campo de trabajo Por tanto hemos creído oportuno no reflejar títulos.