

337

REHABILITACION Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS TRASPLANTADOS DURANTE LA INFANCIA

A. Picazo, I. Zamora, J. Simón, A. Sabater

Servicio de Nefrología. - Hospital Infantil La Fe.- VALENCIA

En el niño, el trasplante renal es la única alternativa válida para el tratamiento de la IRT, consiguiendo su mayor rehabilitación tanto física como social y psicológica. El objetivo de nuestro estudio fue valorar el grado de integración en la vida adulta de pacientes que habían iniciado IRT en la infancia.

Material y Métodos: De un total de 174 niños trasplantados entre 1979-1998, 82 eran mayores de 18 años en el momento del estudio. Se pudieron analizar 61 pacientes (31 mujeres, 30 hombres) con edades comprendidas entre 18-32 años, y que habían iniciado la IRT entre 2,8-18 años de edad. De ellos, 53 vivían con injerto funcionante y 8 en tratamiento de diálisis.

Se elaboró una encuesta, realizada a través de entrevista personalizada, valorando: nivel de estudios, situación laboral y familiar, comparando los resultados con los datos publicados por la Generalitat Valenciana (PV) para jóvenes de su ámbito. Igualmente se valoró su autoevaluación frente a la enfermedad.

Resultados:

	Nivel de Estudios		Situación laboral			Convivencia		
	n	%	Pacientes PV	n	%	Pacientes PV	n	%
Primarios/EBG	19 (31)	43	Trabajo fijo	10 (16)	19	Padres	52 (85)	58
BUP/COU/FP	33 (54)	48	T. precario	23 (37)	14	Pareja	6 (10)	30
Universitarios	9 (14)	9	Sin trabajo	15 (24)	17	Solos	2 (3)	12
						Amigos	1 (2)	-

De los 61 pacientes, 28 (46%) se sentían limitados de alguna forma por la enfermedad, frente a 33 (54%) que no lo percibían así. El miedo al rechazo era mayoritario: 52% frente a 35%.

De las 31 mujeres, 29 deseaban tener hijos, aún cuando el 81% manifestaba temor a la repercusión del embarazo.

Conclusiones: 1) Se observa una buena rehabilitación en pacientes trasplantados durante la infancia, tanto a nivel físico como intelectual y social. 2) Las mayores limitaciones se derivan de la sobreprotección, tanto a nivel hospitalario como, fundamentalmente familiar.

338

DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES DEL SUEÑO EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.

R. Pons, L. Loras, J.M. Graña, C. Martínez, R. Moll, A. Pérez. Hospital General Universitario del Valencia. España.

Introducción: Las alteraciones del sueño son un hecho común en los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), sin embargo su prevalencia, significado y, sobre todo, sus posibles factores etiológicos son incógnitas que nos impiden un correcto abordaje terapéutico. Una de las afecciones más frecuentemente relacionada con este problema es el síndrome de piernas inquietas (SPI).

Objetivo: Conocer la prevalencia de las alteraciones del sueño en los pacientes con IRC en programa de hemodiálisis en nuestra Unidad.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio transversal mediante un cuestionario de preguntas. Se incluyeron un total de 35 pacientes (22 hombres y 13 mujeres) con una edad media de 62 años (84-45) y un tiempo de permanencia en diálisis de 60.5 meses (200-2.5).

Resultados: El 35% de los pacientes se quejaba de no dormir bien, mientras que el 40% mostraba algún tipo de alteración relacionada con el sueño, destacando el "despertarse muchas veces" por encima de otras con un 45% (despertarse pronto 42.2%, otros 30.3%, retraso de inicio del sueño 30%, SPI 24.2%). La edad, sexo, SPI, consumo de café y/o alcohol, tabaco, Kt/V y prurito no mostraron una asociación significativa. Un dato llamativo fue la frecuencia en el uso de ansiolíticos-hipnóticos en los pacientes, que llega a un 43% del total (55.4% entre los que duermen mal y 32% entre los que duermen bien).

Conclusión: Las alteraciones del sueño son frecuentes en los pacientes en diálisis, e inciden directamente en su calidad de vida. En la actualidad no hay un tratamiento o actuación terapéutica estandarizado ante este problema.

339

LAMINAS COOP-WONCA: ¿UN INSTRUMENTO EFICAZ PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS (HD)?

Sarró F. Reig A*, Arenas MD, Ferrer R*, Gil MT, González F, Martín F, Pastor JM*. Servicio de Nefrología Sanatorio Perpetuo Socorro. *Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante. Alicante, España

Introducción: Las láminas COOP-WONCA constituyen uno de los instrumentos más sencillos para medir la calidad de vida, habiendo sido administradas a numerosos grupos poblacionales.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida en un grupo de pacientes en programa de HD mediante láminas COOP-WONCA y comparar la información obtenida con la de otros instrumentos de medida

Material y métodos: Se estudiaron 50 pacientes en programa de HD y elegidos al azar. Todos ellos cumplimentaron, con la ayuda de un facultativo médico, dos cuestionarios de medición de calidad de vida: SF-36 y láminas COOP-WONCA.

La puntuación para cada una de las dimensiones recogidas en las láminas COOP-WONCA oscila de 1 a 5, de forma que puntuaciones más bajas se corresponden con mejor calidad de vida.

La comparación de la información obtenida mediante uno y otro cuestionario se estableció a través de correlaciones entre aquellas dimensiones que fueron equivalentes.

Para el análisis estadístico se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman

Resultados: De los 50 pacientes, 28 eran varones y 22 mujeres con una edad media de 57.5 años (rango 24-78) y un tiempo de permanencia en HD de 49.9±61.4 meses. En la tabla I se recogen las puntuaciones medias de las diferentes dimensiones recogidas en las láminas COOP-WONCA. Las correlaciones entre dimensiones equivalentes de ambos cuestionarios se recogen en la tabla II

TABLA I

	*
Forma física	2.8±1.2
Sentimientos	2±1.1
Actividades cotidianas	2±0.9
Actividades sociales	1.5±0.8
Cambio de salud	2.6±0.9
Estado de salud	3.1±0.8
Dolor	2±1.2
Apoyo social	2.3±0.9
Vida general	2.4±0.8

*Media ± desviación estándar

TABLA II

SF-36/ COOP-WONCA	r
Actividad física/ Forma física	-0.67
Salud mental/ Sentimientos	-0.48
Función social/ Actividad social	-0.60
Salud general/ Estado de salud	-0.45
Dolor/ Dolor	-0.67

p < 0.01

Conclusiones: Las láminas COOP-WONCA son un instrumento válido y útil para medir la calidad de vida en los pacientes en programa de HD, aportando una información similar a la de cuestionarios más complejos.

340

MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN EL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS (HD)

Sarró F. Reig A*, Arenas MD, Ferrer R*, Gil MT, González F, Martín F, Pastor JM*. Servicio de Nefrología Sanatorio Perpetuo Socorro. *Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante. Alicante, España

Introducción: Actualmente la calidad de vida se considera como uno de los principales objetivos terapéuticos en el paciente, que precisa tratamiento sustitutivo renal.

Objetivo: Evaluar la CVRS en un grupo de pacientes en programa de HD, y su relación con diversas variables socio-demográficas (edad, sexo, nivel educacional) y médico-clínicas (tiempo en HD, hematocrito, proteínas totales, albúmina y KTV). Además se comparan los resultados obtenidos con los de referencia de la población española.

Material y métodos: Se estudiaron 50 pacientes en programa de HD. Todos ellos cumplimentaron, con ayuda de un facultativo médico, el cuestionario KDQOL-SF, que consta de una parte genérica (SF-36) y otra específica para pacientes renales.

Resultados: De los 50 pacientes, 28 eran varones y 22 mujeres con una edad media de 57.5 años (rango 24-78) y un tiempo de permanencia en HD de 49.9±61.4 meses. La mayoría sólo había realizado estudios básicos (72%). Los valores de las variables analíticas fueron: hematocrito (Hto): 35.4±4.1%, proteínas totales: 6.9±0.9g/dl, albúmina: 3.7±0.4g/dl, KTV: 1.3±0.2. Las puntuaciones obtenidas para cada una de las dimensiones recogidas en el cuestionario KDQOL-SF fueron:

Parte específica para pacientes renales	Parte genérica: SF-36
Sintomatología	83.4±10.3 Función Física 74.7±19.8 (84.7±24)
Repercusión en la vida diaria	71.2±17 Rol físico 67±37.6 (83.2±35.2)
Estrés por enfermedad renal	57.2±26.2 Dolor corporal 78.2±27.9 (79±27.9)
Estatos laboral	22±40.6 Función social 89.7± 20.5 (68.3±22.3)
Función cognitiva	86.1±15.9 Salud mental 75.1±20.8 (66.9±22.1)
Interacciones sociales	87.5±14.5 Rol emocional 81.3±33.1 (90.1±20)
Función sexual	64±31.4 Vitalidad 60.2±19.2 (88.6±30.1)
Sueño	70.9±18.7 Salud general 60.4±20.4 (73.3±20.1)
Apoyo social	81.7±20
Apoyo del personal sanitario	78.2±24.1
Satisfacción del paciente	80±15.7

Entre paréntesis se recogen los valores de referencia en la población española

Entre todas las variables analizadas, sólo se encontró un acorrelación significativa entre la dimensión "función física" y la edad, tiempo en HD y Hto, de forma que los pacientes con menor edad, tiempo en HD y niveles de Hto más altos, tuvieron mejor función física

Conclusiones: A pesar de las limitaciones que conlleva el tratamiento con diálisis periódica, y a excepción de la ocupación laboral, el paciente en HD presenta unos parámetros objetivos y subjetivos de calidad de vida aceptable, sobre todo a nivel psicológico y social

- Aceptado Póster
- Aceptado Presentación Oral

DISFUNCION ERECTIL DEL ENFERMO EN DIALISIS. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON EPO.

JR Rodriguez Palomares, JL Teruel, M Fdez Lucas, ME Rivera Gorrin, MT Tenorio, R. Marcen, J Ortuño.
Servicio de Nefrología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

INTRODUCCION: La disfunción erectil (DE) del enfermo dializado es una complicación frecuente y poco estudiada. En el momento actual disponemos para su análisis de un test validado, que es el test de disfunción erectil (TDE). Aborda cinco aspectos distintos de la DE y su valor máximo es de 75 puntos. Hemos realizado dicho test en un población de enfermos en diálisis y correlacionado su resultado con diversos parámetros clínicos analíticos y terapéuticos.

MATERIAL Y METODOS: Se ha sometido al TDE a 34 enfermos tratados con hemodiálisis con pareja estable. La mediana de edad era 58 años (rango entre 23 y 82 años). 6 de ellos eran diabéticos y 17 estaban en tratamiento con EPO. Simultáneamente se realizó un estudio hormonal y análisis de la comorbilidad.

RESULTADOS: En la población estudiada el TDE mostró un valor medio de 26,8 significativamente inferior a un grupo control sano de similar edad (TDE 60,8; p<0.001). Hemos observado una relación significativa entre el valor del TDE y los siguientes parámetros: Edad (TDE 37,8 en menores de 58 años vs 14,5 en mayores de 58 p< 0.05), Diabetes (TDE 13,5 vs 29,7 en no diabéticos p< 0.05), el nivel de testosterona (TDE 39,7 en enfermos con testosterona superior a 2,5 ng/ml vs 11 en enfermos con testosterona inferior a 2,5 ng/ml, p < 0,001) y con el tratamiento con EPO (TDE 29,5 en enfermos tratados con EPO vs 19,3 en enfermos sin EPO p < 0,001). No hemos observado relación estadísticamente significativa entre el valor del TDE y el tiempo en diálisis, claudicación intermitente, hipertensión arterial, tipo de medicación antihipertensiva, calcificaciones vasculares, FSH o Prolactina. El valor más elevado del TDE encontrado en los enfermos con EPO no puede ser atribuido a una menor edad (57,4 años los enfermos con EPO vs 58,5 años enfermos sin EPO) ni a un menor grado de anemia (Hb similar en enfermos con EPO o sin EPO).

CONCLUSIONES: La disfunción erectil es una complicación muy frecuente del enfermo tratado con hemodiálisis, y su severidad está relacionada con la edad y con los niveles de testosterona. Los enfermos tratados con EPO tenían un mejor nivel de función erectil que no está relacionado con el grado de corrección de la anemia conseguido y que posiblemente indica una acción específica de la EPO sobre los mecanismos de la erección.

INFLUENCIA DE LA SALUD PERCIBIDA, SITUACIÓN FUNCIONAL Y COMORBILIDAD SOBRE LA MORTALIDAD EN PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO (ESTUDIO CALVIDIA)

Katia López Revuelta*, Fernando de Álvaro Moreno, Fernando García López, en representación del Estudio CALVIDIA. *Fundación Hospital Alcorcón, Madrid

La salud percibida y el estado funcional son factores relativamente independientes de la comorbilidad. Aunque los pacientes en diálisis tienen una salud percibida y un estado funcional peores que la población general, se desconoce en qué medida su deterioro puede tener una influencia pronóstica sobre la supervivencia. Con ese fin se diseñó el estudio CALVIDIA (influencia de la calidad de vida y del estado funcional sobre la mortalidad y morbilidad en pacientes diabéticos que inician tratamiento renal sustitutivo).

Material y métodos: Estudio de cohortes prospectivo desde el primer mes de entrada en diálisis, en 34 hospitales españoles con sujetos diabéticos y cinco de ellos con sujetos no diabéticos, reclutados desde mayo de 1996 hasta octubre de 1998 con un seguimiento entre 9 y 1065 días (mediana 483 días). En total, 343 pacientes, 61% varones, de edades entre 20 y 84 años (mediana 64 años), 226 diabéticos (17% de tipo 1) y 117 no diabéticos, 81% en hemodiálisis y 18% en diálisis peritoneal. Se midió la salud percibida con el Cuestionario de Salud SF-36, el estado funcional con la escala de Karnofsky modificada y la comorbilidad con el índice de Charlson.

Resultados: Fallecieron 64 pacientes (19%), 22% de los diabéticos y 13% de los no diabéticos. En el análisis estadístico univariante con un modelo de riesgos proporcionales, con ajuste del hospital de origen, fueron predictores de mortalidad el índice sumario físico del SF-36 (riesgo relativo -RR- por cada 10 puntos de menos: 1.88 intervalo de confianza del 95%: -1.32 a 2.67-), el índice sumario mental del SF-36 (RR por cada 10 puntos de menos: 1.35 -1.10 a 1.65-) y la escala de Karnofsky (RR por cada 5 puntos de menos: 1.38 -1.24 a 1.53-) además de la edad (RR por cada 10 años de más 1.53 -1.21 a 1.94-), el sexo (RR para mujeres: 1.91 -1.11 a 3.28-). La presencia de diabetes (RR: 2.13 -1.03 a 4.35-) el índice de comorbilidad de Charlson (RR por cada punto: 1.35 -1.21 a 1.51-) y la albúmina sérica (RR por cada g/dl de menos: 1.45 -1.06 a 2.00-). En el análisis multivariante, se mantuvo como predictor el índice sumario mental (RR: 1.34 -1.05 a 1.70-) y la escala de Karnofsky (RR: 1.16 -1.01 a 1.33-) junto con el índice de Charlson (RR: 1.31 -1.13 a 1.52) y la albúmina (RR: 1.54 -1.05 a 2.27).

Conclusiones: La salud percibida y el estado funcional son predictores de mortalidad en pacientes que inician diálisis. El componente mental de la salud percibida predice de forma independiente la mortalidad. Sin embargo, la predicción de muerte por el componente físico y el estado funcional parecen ser indicadores de la comorbilidad asociada, incluyendo la diabetes y la edad.

ESTUDIO PROSPECTIVO DE VALIDACION DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL "KIDNEY TRANSPLANT QUESTIONNAIRE-KTQ", UN INSTRUMENTO ÚTIL PARA LA MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

P.Rebollo, F.Ortega, J.Baltar, J.Álvarez-Grande.
Servicio de Nefrología-I, Hospital Central de Asturias. Instituto "Reina Sofía" de Investigación Nefrológica. Oviedo. Spain.

INTRODUCCIÓN: Existe un interés creciente por la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en pacientes en Terapia Renal Sustitutiva (TRS). Aunque existen en España instrumentos específicos para pacientes en diálisis, no existía hasta el momento ninguno adecuadamente validado para pacientes trasplantados renales. Se presenta así el primer instrumento específico de evaluación de CVRS para trasplantados renales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 40 pacientes que estando en lista de espera reciben un trasplante renal de cadáver en nuestra región. Los pacientes se evalúan antes del trasplante renal y al mes, 3, 6 y 12 meses postrasplante. En todos los momentos de evaluación se realiza una entrevista con el paciente utilizando el KTQ y el Cuestionario de Salud SF-36. Además se recoge un completo registro de datos sociodemográficos y clínicos. Se evalúan del cuestionario: la factibilidad (%de cumplimentación y tiempo), la validez (correlaciones entre dimensiones del KTQ y de éstas con las dimensiones del SF-36), fiabilidad (alfa de Cronbach para ítems del KTQ, y Coeficientes de Correlación Intraclass), y sensibilidad al cambio (correlaciones de las dimensiones con las variables clínicas recogidas).

RESULTADOS: Hasta el momento se han recogido los datos de 43 pacientes en TRS que entraron en lista de espera de los que 23 recibieron un primer trasplante renal de cadáver. El cuestionario fue cumplimentado en su totalidad por el 100% de los pacientes en un tiempo medio de 10,30 minutos. Las correlaciones entre las dimensiones "Física", "Fatiga" y "Emocional" son moderadas-altas (r>0,4) y el resto de correlaciones entre dimensiones son bajas (r<0,4). Las correlaciones de las dimensiones "Física" y "Fatiga" del KTQ con la Puntuación Sumaria Física (PCS) del SF-36 son moderadas-altas (r>0,4), y también las de las dimensiones "Incertidumbre-Temor" y "Emocional" del KTQ con la Puntuación Sumaria Mental (MCS) del SF-36. La medida del Alfa de Cronbach para evaluar la fiabilidad muestra coeficientes satisfactorios (>0,7) para las dimensiones "Física", "Fatiga" y "Emocional" pero no para "Incertidumbre-Temor" (0,5) y para Apariencia (0,3). Todos los pacientes demostraron mejoras significativas en las dimensiones del KTQ después de recibir el trasplante renal.

CONCLUSIONES: A pesar de que el estudio de validación del KTQ aún está en desarrollo, los resultados preliminares otorgan a este instrumento una factibilidad, validez y fiabilidad equiparables a los de la versión original.

CAMBIOS EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) DE LOS PACIENTES DURANTE EL PRIMER AÑO DEL TRASPLANTE RENAL

J.Baltar, P.Rebollo, F.Ortega, M.Rodríguez, E.Gómez, J.Álvarez Grande. S. Nefrología. Hospital Central Asturias. Instituto "Reina Sofía" de Investigación Nefrológica. Oviedo.

Introducción: La salud percibida mejora de forma significativa al recibir un trasplante renal (TR). La evolución del TR y las complicaciones que puedan presentarse pueden proporcionar cambios en la CVRS de estos enfermos.

Objetivos: Estudiar los cambios en la CVRS en el primer año del TR, especialmente en los aspectos psicológicos, y las variables que pudieran estar relacionadas.

Métodos: Estudio prospectivo y abierto con la inclusión de 26 pacientes que recibieron consecutivamente un primer TR. Se dividieron de forma randomizada para recibir Azatioprina (Aza) o Mofetil Micofenolato (MMF) en triple terapia inmunosupresora con Prednisona y CsA. Análisis de variables analíticas: hemograma, pruebas de función hepática, albúmina, función renal medida por la creatinina sérica (crs); variables clínicas: disfunción inicial del injerto (DII), rechazo agudo (RA), infecciones, problemas quirúrgicos y comorbilidad (suma de 24 patologías en 4 grados); dosis de inmunosupresores y niveles de CsA; instrumentos que miden la CVRS: Cuestionario de salud Euroqol-5d (EQ-5d) que incluye un termómetro de autovaloración del estado de salud (TEVA), e Índice de bienestar psicológico (IBP). La recogida de datos se hizo al alta del TR y al mes, 3, 6 y 12 meses del primer cuestionario.

Resultados: No se encontraron diferencias relevantes entre los pacientes que recibieron Aza o MMF, salvo la aparición de RA, más frecuente en el grupo Aza (50% vs 16% p=0,064). Edad mediana: 53(44-64) años (16%≥65 años), varones: 71%, HDP (vs DP): 90%, tiempo mediano en diálisis: 7(4-13) meses, enfermedad renal: GN (25%), PQ (25%), Otras (19%), NAE (16%), DM (6,5%), NTI (6,5%). Compatibilidad HLA: 2,2 ± 0,8 identidades. Isquemia fría: 17±5 horas. DII: 29%, RA global: 29%, infección CMV: 81%, ITU: 55%. Reingresaron el 45% de los pacientes. Estancia media: 17± 29 días.

	Alta/15	30 días	90 días	180 días	365 días
crs (mg/dL)	1,93± 0,8	1,58± 0,6	1,56± 0,5	1,56± 0,5	1,58± 0,8
Hto (%)	30,2± 4,3	35,1± 3,9	37,2± 4,1	39,2± 4,8	39,6± 5,6
Albúmin (g/dL)	3,91± 0,5	4,03± 0,3	4,21± 0,4	4,12± 0,3	4,16± 0,3
IBP	107,4± 19,5	112,6± 17	114,5± 16,8	109,9± 19,9	110,2± 22,9
EQ-5d (TEVA)	77,6 ± 16,4	81,2± 14,3	85,6± 15,4	83,1± 18,5	81,5± 24,3
EQ-5d	0,84± 0,18	0,85± 0,20	0,88± 0,17	0,84± 0,24	0,87 ± 0,19

La mejor CVRS ocurría principalmente entre el alta del TR y el mes siguiente (p 0,033). Entre el 3º mes y el 6º mes disminuye la CVRS (p 0,027).

Conclusiones: La CVRS, tras una mejoría inicial, disminuye entre el 3º y 6º mes del trasplante, principalmente en la esfera psicológica y sin relación con ninguna de las variables estudiadas. Se comentan otros posibles factores.

TRATAMIENTO CON rhGH EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS AFECTOS DE I.R.C.

R.Vilalta, A.Vila, E.Lara, A.Madrid, M.Clapés, L.Callís.
Servicio Nefrología Pediátrica.
Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron. Barcelona.

PACIENTES Y METODOS: 7 pacientes, 4 niños y 3 niñas, con edad media de 1.8 años (rango 0.9 -2.5), afectados de I.R.C. de etiología diversa, y con un creatinina sérica media de 1.3 mg/dl fueron tratados con rhGH a dosis de 1 a 1.4 UI/kg/semana durante un tiempo de 22-4 m (rango 12-36m) por presentar un retraso de talla entre -0.67 y -4.19 SDS (x: -2.15 SDS).

RESULTADOS: 6 de estos pacientes experimentaron una buena respuesta. A los 6 m. de tratamiento el incremento medio de la velocidad de crecimiento era de 5.3 cm/año, con lo que la SDS de talla había presentado una mejoría anual, pasando de una x SDS de -2.2 (-0.67 a -4.19) a una x SDS de -1.69 (-0.3 a -3.99). Ninguno de estos pacientes presentó efectos secundarios y/o intolerancia al tratamiento.

A partir del 6º mes, si bien continuó la velocidad de crecimiento por encima de los valores basales, fue siempre inferior al resultado obtenido en el periodo de los seis primeros meses. La edad ósea, que se hallaba marcadamente retrasada en todos ellos (retraso medio de 1.7 años) mejoró tras 1, 2, y 3 años de tratamiento el 1.0+/-0.6, 1.1+/-0.3 y 1.2+/-0.6 años. No se pudo demostrar en ningún caso una aceleración de la maduración ósea. La administración de rhGH no aceleró la progresión de la insuficiencia renal. El aumento de la creatinina sérica estuvo de acuerdo con la progresión natural de la nefropatía de este grupo de enfermos.

DISCUSION: Los resultados de nuestro estudio demuestran que el tratamiento con rhGH mejora la velocidad de crecimiento y la talla en los niños menores de 2 años con I.R.C. y retraso de talla e indican la administración precoz de rhGH en estos niños dada la gravedad y dudosa capacidad de recuperación del retraso de crecimiento de estos pacientes.

RAQUITISMO HIPOFOSFATEMICO FAMILIAR: RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON rhGH

R.VILALTA, A.VILA, E.LARA, A.MADRID, M.MASFERRER, L.CALLÍS
SERV.NEFROLOGIA.HOSP.VALL D'HEBRON.BARCELONA

Pacientes y métodos:

Han sido tratados 4 pacientes afectados de raquitismo hipofosfatémico familiar con rhGH, dos varones y dos hembras en estadio prepuberal (G1P1 y S1P1), durante dos años y medio, a una dosis de entre 20 y 40 UI a la semana de acuerdo con su superficie corporal.

Resultados:

Después del primer años de tratamiento en el caso de un varón se ha asistido a un incremento de 4 cm/año a 6 cm/año y en el de una hembra a un incremento de 5cm/año a 7 cm/año. En dos pacientes se ha suprimido el tratamiento por no observarse cambio en la velocidad de crecimiento y por desarrollar al final del periodo de tratamiento cambios puberales claros (G3P3 y S3P3). La talla final de este paciente era claramente mejor que la de su hermano, con el mismo diagnóstico, al que no se trató. La hembra que respondió se mantuvo en tratamiento durante 2.5 años, sin observarse cambio en la velocidad de crecimiento posterior: 3 cm/año y el varón se mantuvo durante el mismo tiempo también con velocidad de crecimiento constante: 2.5 cm/año.

Conclusiones:

- La hormona de crecimiento puede ser útil en algunos pacientes con raquitismo hipofosfatémico familiar.
- Queda por evaluar el efecto de la rhGH sobre la reabsorción ósea de fosfato y sobre la osteomalacia, valorable ésta solamente con biopsia ósea.