

Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis

Anna Seguí Gomà - Patricia Amador Peris - Ana Belén Ramos Alcario

Kidney Centers Holding S.L.Tarragona

Resumen

Introducción: En la última década, han proliferado los estudios para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo con diálisis.

Objetivo: Evaluar la CV y las características personales de pacientes con IRC y comparar con la población general.

Material y método: Estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 96 pacientes en diálisis de un centro de Tarragona. Para hacer la valoración de la Calidad de Vida utilizamos el cuestionario de salud SF-36 y lo comparamos con los valores normales de referencia de la población española. Se valoran los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, profesión, lugar donde vive, tiempo que tarda en llegar al centro de diálisis, transporte utilizado, tiempo que lleva en tratamiento y por último el acceso vascular.

Resultados: La edad media del estudio es de 62,12 años en un rango comprendido entre 18 y 90 años. Predominan los varones con un 53,1%. El 66,7% están casados, unos 60,4% jubilados y el 88,6% viven acompañados. También hemos comparado

según el trayecto a realizar hasta la unidad, tiempo que tardan y el tipo de transporte que utilizan siendo el 55,2% que se desplazan en ambulancia. Para finalizar, el 65,6% son portadores de FAVI.

Conclusiones: La calidad de vida en pacientes con IRCT, es peor que la población de referencia en todas las dimensiones.

PALABRAS CLAVE:

- INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL
- HEMODIÁLISIS
- CUESTIONARIO SF-36
- CALIDAD DE VIDA

Quality of life of patients with chronic kidney disease undergoing renal with dialysis therapy

Abstract

Introduction: During last decade there have been developed several studies aimed to evaluate Life Quality (LQ) related with health in patients with Chronic Renal Failure (CRF) under dialysis substitutive treatment.

Aim: To evaluate LQ and personal characteristics of patients with CRF and compare it with general population.

Material and methods: A cross section descriptive study based on a sample of 96 patients of

Correspondencia:
Anna Seguí Gomà
Kidney Centers Holding S.L.Tarragona
c/ Joan Fuster i Ortells s/n
43007 Tarragona
annaseguigoma@hotmail.com

dialysis in a centre in Tarragona. The form SF-36 was used to check LQ. Results were compared with the general references of Spanish population. The following data were taken into account: age, sex, marital status, profession, address, time needed to arrive to the dialysis center, transport used to get to the dialysis centre, time under treatment and vascular access.

Results: The average age of the study is 62,12 years old in a range between 18 and 90. There are more males (53,1%); the 66,7% is married; 60,4% is retired and 88,6% lives with someone. It has been also compared the time needed to arrive to the dialysis centre and the transport used: the 55,2% uses ambulance. The 65,6% is internal arteriovenous fistula carrier.

Conclusions: Life Quality in patients of CRF is worst than in reference population in all dimensions.

KEY WORDS:

- TERMINAL CHRONIC RENAL FAILURE
- HAEMODIALYSIS
- FOR SF-36
- QUALITY OF LIFE

Introducción

El interés por la calidad de vida existe desde la época de los antiguos griegos¹. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la introducción en ámbitos como la sanidad es relativamente reciente. La OMS define el término, como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro de un contexto cultural en que vive y en relación a sus expectativas, valores e intereses. Es un concepto tridimensional de muy difícil medición².

En estos últimos años, los avances en medicina han hecho que aumente la longevidad y con ello las personas con enfermedades crónicas. Por eso se ha prestado atención a la Calidad de Vida (CV) relacionada con la Salud. Este concepto incorpora a la ciencia la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados de salud. Es por eso que el objetivo fundamental en el tratamiento de los pacien-

tes sometidos a diálisis debe ir orientado a conseguir una calidad de vida óptima y no solo a conseguir una estabilidad en los criterios clínicos.

Muchas veces hemos podido observar que pacientes con idénticos parámetros fisiológicos y bioquímicos tienen una climatología diferente en cuanto a capacidad funcional y bienestar emocional se refiere³. Además existe una estrecha relación entre estado de salud percibido y mortalidad^{4,5}. Antes de la década de los 80 los estudios acerca de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) y la calidad de vida de estos pacientes eran poco estudiadas. A partir de los 90 se observa una mayor preocupación por este concepto⁶. Actualmente, los trabajos de investigación científica utilizan el término Calidad de Vida relacionado con la Salud como modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social⁷. La medición del concepto se ha utilizado para distinguir diferencias entre pacientes o grupos de pacientes, para predecir resultados en ellos y para evaluar las intervenciones terapéuticas⁸.

Para el personal de enfermería, estudiar la CV de los pacientes en diálisis es de gran interés para poder conocerlos desde una perspectiva más integral. Esto nos ayuda a individualizar el cuidado según sus características y situaciones de vida. También nos permite informar de las diferentes alternativas que tienen en relación a su salud. El objetivo del presente trabajo es conocer la calidad de vida y las características personales de los pacientes en nuestra unidad de diálisis, utilizando el cuestionario de salud SF-36. Asimismo se compararán los resultados con los valores correspondientes a la población general.

Material y métodos

Esta investigación se ha realizado a través de un estudio descriptivo de corte transversal con una duración de 7 meses. Para ello, se escogió una muestra inicial de 115 pacientes que estaban en tratamiento de hemodiálisis en nuestro centro.

Se consideraron los siguientes criterios de exclusión:

- a) Pacientes que no aceptaran de forma voluntaria participar en el estudio. Recibieron previamente

una copia del consentimiento informado, el cual era leído por el encuestador, aclarando las dudas antes de firmar.

- b) Pacientes que registran menos de tres meses en tratamiento con hemodiálisis y que por las características del tratamiento no se encontraban estabilizados.
- c) Condiciones psíquicas inadecuadas. Excluimos a aquellos con sospecha patológica de deterioro cognitivo o de demencia a través del Minimental Test.

La muestra quedó constituida finalmente por 96 pacientes adultos entre 18 y 90 años de edad. Para hacer la valoración de la calidad de vida se ha utilizado el cuestionario de salud SF-36 que fue desarrollado por Are en 1993⁹, y adaptado y validado en España por Alonso y Cols en 1995¹⁰. Dicho cuestionario consta de 36 ítems que engloban 8 dimensiones del estado de salud física y emocional de los pacientes encuestados, obteniendo resultados positivos o negativos. Las respuestas obtenidas en el cuestionario se modifican a una puntuación del 0 al 100, donde los valores más altos indican una mejor calidad de vida.

Las variables independientes del estudio fueron medidas a través de un cuestionario formado por 10 preguntas que valoraban datos demográficos (edad, sexo, estado civil, donde y con quién vive, profesión) y del tratamiento dialítico (acceso vascular, tiempo que llevan en diálisis, transporte, tiempo que tardan en llegar al centro). Facilitamos el cuestionario a los pacientes y les pedimos que lo cumplimentaran en sus casas. En el caso de pacientes con dificultad física, visual, auditiva o de comprensión se les facilitaba nuestra ayuda.

La información recogida en la investigación ha sido analizada mediante el programa estadístico SPSS.14. Los resultados obtenidos no seguían una distribución normal por lo que tuvimos que utilizar pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis.

Resultados y discusión

La muestra del estudio estuvo formada por 96 pacientes con una edad media de 62,12 años en un rango comprendido entre 18 y 90 años. En cuanto al género hay una proporción mayor de varones, con un porcentaje del 53,1 % frente a un 46,9% de mujeres. En relación al estado civil, el 66,7% de los pacientes están casados, el 14,6% viudos, el 13,5% solteros y el 5,2% separados. Por otra parte, observamos que un 60,4% son jubilados, el 34,4 % de incapacitados para trabajar y un 5,2% que están en activo. Un 88,6% dicen vivir acompañados y un 11,4% viven solos.

En cuanto al lugar donde viven, tenemos un 60,8% de pacientes que vienen de la comarca del Tarragonés y un 39,2% de la comarca del Baix Penedés, tardando un mínimo de 0 minutos y hasta un máximo de 105 minutos. Si miramos el tipo de transporte utilizado obtenemos un 55,2% de personas que acuden al centro en ambulancia o transporte colectivo y un 44,8% que usan el vehículo propio o taxi. En cuanto al tiempo en tratamiento en diálisis la media es de 52,64 meses ($r=4-360$). En relación al acceso vascular, tenemos un 68,7% portadores de fístula interna y un 27,1% portadores de catéteres permanentes o temporales.

Los resultados en cuanto a la calidad de vida global del total de los pacientes, se reflejan en la tabla 1.

| SF-36 | Función física | Rol físico | Dolor corporal | Salud general | Vitalidad | Función social | Rol emocional | Salud mental |
|-------------------------------|----------------|-------------|----------------|---------------|-------------|----------------|---------------|--------------|
| Pacientes (DE) | 46,3 (28,6) | 38,9 (42,7) | 52,9 (31,3) | 33,3 (19,4) | 39,3 (25,6) | 59,2 (29,1) | 57,1 (47,3) | 59,2 (22,3) |
| Población española Media (DE) | 65,1 (27,4) | 69,3 (42,2) | 67,8 (29,9) | 68,3 (22,3) | 57,2 (22,9) | 82,6 (24,2) | 80,1 (37,3) | 69,4 (21,4) |

Tabla 1: Comparación de pacientes con tratamiento de diálisis con la población de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36

El control de calidad de los datos para el cuestionario de salud SF-36 se ha realizado a través del Alfa de Cronbach, determinando así la fiabilidad del cuestionario. El valor medio obtenido ha sido de 0,86, lo que representa una superación del dintel de normalidad que se sitúa en 0,7^{11,12}.

Con los resultados que hemos obtenido, el primer punto a reflexionar es el de la pobre calidad de vida que tiene el paciente con tratamiento de diálisis. Comparado con la población de referencia, presenta una disminución importante en todas las dimensiones del test de salud, y no sólo, como cabría de esperar, en afectación del estado físico (dimensiones de función y rol físico) sino que también dimensiones no muy valoradas por algunos profesionales de la salud como el rol emocional (grado en el que los problemas emocionales interfieren en las actividades diarias). Dichos pacientes presentan unas medias muy por debajo de la población de referencia (tabla 1).

Podemos observar en nuestro trabajo como, en primer lugar; la salud general está francamente por debajo de la media de los valores de la población de referencia española, la cual se sitúa en un 68,3¹³ frente a un 33,3 de nuestra población, como también demuestran otros muchos estudios^{14,15}. La salud general de estos pacientes está muy disminuida, una por la propia patología en sí y dos por patologías de base que suelen rodear a estos pacientes como diabetes¹⁶, cardiopatía isquémica¹⁷, isquemia crónica; patologías en las que ya por sí disminuye la calidad de vida.

Empezando por la variable de la edad, los mayores de 65 años tienen disminuida la función física respecto al otro grupo. En el resto de las ocho dimensiones no hay diferencias significativas.

Por lo que se refiere al estado civil, hemos dividido la muestra en solteros, casados, viudos y separados. Con los resultados que hemos obtenido podemos apreciar diferencias significativas en varias dimensiones entre los solteros, casados, viudos y separados. En cuanto al dolor este estudio nos demuestra que los viudos y separados tienen una percepción al dolor mucho mayor que los otros dos. También podemos apreciar diferencias en el rol emocional donde el grupo de separados tiene un promedio muy por debajo del resto de grupos.

La vitalidad también se ve afectada en el grupo de los viudos respecto a los otros tres, posiblemente por tener una edad avanzada y estar o bien solos o bien con algún familiar donde no quieran dar mucha carga de trabajo. La función social también se refleja, saliendo perjudicados los viudos y los separados como en la mayoría de dimensiones. Finalmente en la dimensión de componente mental también salen perjudicados los dos mismos grupos. Pensamos que todas estas dimensiones se ven alteradas sobre todo en viudos y separados por relacionarse menos con los demás (tabla 2).

Se han valorado las ocho dimensiones según el estado laboral en que se encuentran, es decir, hemos comparado diferencias si está en activo, incapacitados o bien jubilados y no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas.

Por lo que se refiere al tiempo que tardan para llegar al centro, lo dividimos en dos grupos: los que tardan más de 30 minutos y los que tardan menos de 30 minutos en llegar al centro. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas, aunque cabe destacar la función social que es la que se encuentra más alterada. Esto nos hace pensar que realmente puede afectar a

| ESTADO CIVIL | Función física | Rol físico | Dolor corporal | Salud general | Vitalidad | Función social | Rol emocional | Salud mental |
|--------------|----------------|------------|----------------|---------------|-------------|----------------|---------------|--------------|
| Soltero | 57,3 | 61,9 | 48,4 | 55,8 | 58,6 | 54,4 | 57,3 | 54,4 |
| Casado | 49,6 | 48,5 | 52,7 | 48,8 | 50,9 | 51,5 | 49,6 | 50,8 |
| Viudo | 40,2 | 35,3 | 31,9 | 35,3 | 25,9 | 30,2 | 41,8 | 32,9 |
| Separado | 33,5 | 39,7 | 32,5 | 52,3 | 45,1 | 36,5 | 18,5 | 37 |
| <i>p</i> | 0,24 | 0,05 | 0,04 | 0,23 | 0,01 | 0,03 | 0,01 | 0,09 |

Tabla 2: Comparación de resultados según estado civil

las actividades de la vida diaria el hecho de tardar más de media hora para poder llegar al centro donde realizan el tratamiento substitutivo y algunos incluso pueden tardar más de una hora. Tenemos el caso de un usuario que tiene una distancia hasta nuestro centro de 58,5 Km, lo que le supone tardar 105 minutos. En el otro extremo es el caso de los pacientes que están en la residencia de ancianos que se encuentra situada en el piso de arriba de nuestro centro.

No hay diferencias significativas cuando comparamos los diferentes grupos de los accesos vasculares. La dimensión con más diferencia es la salud general donde empeora mucho en los pacientes que llevan un catéter temporal, ya que la mayoría dan problemas durante la sesión al no poder poner flujos elevados, ir invertidos, estenosis, trombosis, etc. A los catéteres temporales le siguen con mayor porcentaje las prótesis, luego las FAVIS y finalmente los catéteres permanentes que se encuentran en un porcentaje similar al de las fístulas. Este resultado nos ha sorprendido ya que nuestra experiencia con la práctica diaria y los muchos estudios que existen sobre los accesos vasculares nos han indicado que el mejor acceso para dializarse es la FAVI, en cambio con esta encuesta podemos observar que nuestros pacientes portadores de catéter permanente tienen una salud general mejor que el resto. No hay que olvidar que esta encuesta valora la percepción subjetiva de los pacientes y no datos objetivos como analíticas.

Cuando hablamos del transporte, la única diferencia encontrada es en la función física, donde se observa que aquellos que van en ambulancia tienen la función física mucho más deteriorada que aquellos que acuden en taxi o vehículo propio. Esto es razonable ya que el centro reclama una ambulancia cuando se observa a los usuarios con cierta dependencia y que no pueden

valerse por sí mismos. Por lo que se refiere al resto de dimensiones no se ven afectadas.

Por último, cuando comparamos según el sexo (tabla 3), encontramos que en la salud general (SG) se puede apreciar una peor salud en el sexo masculino que en el femenino. Hay que tener en cuenta que tenemos un 53,1% de varones versus al 46,9% de mujeres.

Sería interesante hacer una comparación entre la CV de los pacientes en tratamiento en hemodiálisis y hemodiafiltración, pensamos que en un futuro podrá hacerse cuando hayan más pacientes en el segundo tratamiento

Como conclusión podemos decir que existe una Calidad de Vida disminuida en los pacientes en tratamiento de diálisis siendo esta calidad peor en los mayores de 65 años y portadores de catéter temporal.

Agradecimientos

Agradecemos al personal del centro de diálisis Kidney Centers Holding de Tarragona que nos ha ayudado a la realización de este trabajo, y en especial al Dr Esteban Hernández Osma que sin su colaboración no nos hubiese sido posible esta publicación.

Bibliografía

1. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc enferm. 2003; 9:09-21.
2. Miguel I, Lope T, Díaz-Cardiel G, Moreno M, Martín C. Estado de salud y calidad de vida en pacientes

| SEXO | Función física | Rol físico | Dolor corporal | Salud general | Vitalidad | Función social | Rol emocional | Salud mental |
|-------|----------------|------------|----------------|---------------|-----------|----------------|---------------|--------------|
| VARÓN | 45,3 | 43,3 | 47,3 | 41,6 | 46 | 44,4 | 46,2 | 44,3 |
| MUJER | 52 | 53,1 | 48,7 | 55 | 50,1 | 51,9 | 49,9 | 52 |
| p | 0,24 | 0,06 | 0,79 | 0,01 | 0,47 | 0,17 | 0,46 | 0,17 |

Tabla 3: Comparación de resultados según el sexo

- de diálisis. Libro de comunicaciones XXV. SEDEN. 2000; 153-158.
3. Guyatt GH, Feeney DH y Patrick DL. Measuring Health-related Quality of life. *Ann Intern Med.* 1993; 118: 622-629.
 4. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: A nine years follow-up of the human population laboratory cohort. *Am Journal Epidemiol.* 1983; 117:292-298.
 5. McClellan WM, Anson C, Birkely K, et al. Functional status and quality of life: predictors of early mortality among patients entering treatment for end-stage renal disease. *J.Clin Epidemiol.* 1991; 44:83-89.
 6. Croog S, Levine S. Quality of life and health care interventions. Freeman H, Levine S. *Handbook of medical sociology.* (2ªed.) New Jersey Prentice Hall 1989; 246-261.
 7. Lugones M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2002; 18 (4).
 8. Bravo M, Falache S. Un concepto de calidad de vida. Una revisión de su alcance y contenido. *Rev Geográfica Venezolana.* 1993; 34:275-295.
 9. Mc Horney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care.* 1993;31:247-63.
 10. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36) : un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin* 1995; 104:771-776.
 11. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951;16:297-334.
 12. Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev Colomb Psiquiatr* 2005;34:572-80.
 13. Alonso J, Regidor E, Barrio G, et al. Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36. *Med Clin.* 1988; 111:410-416.
 14. Vázquez I, Valderrábano F, Fort J, et al. Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *Nefrología* 2004;24(2).
 15. Zanoguera García M, y col. Calidad de Vida en pacientes en hemodiálisis, comunicación presentada al XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, pp. 243-248. 1998.
 16. Hervás A, Zabaleta A, de Miguel G, Beldarrain O, Díez J. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 2007;30(1):45-52.
 17. Pardo C, Rovira E, Toledo G, Garrido MJ, Mallebera E,. *Enfermería intensiva.* 1996;7(1):17-25