

VARIABLES ASOCIADAS AL ESTADO DE SALUD QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL, DURANTE EL INGRESO EN UNA UNIDAD

Beatriz Osés Ferrer, Amaya Redín García, Blanca Larrea Leoz, M^a. Carmen Linacero Monasterio, Ángela Dolera Martínez, Rebeca Villanueva Cabredo, Milagros Berastegui Balda, Francisco Javier Lavilla Rojo

Clínica Universitaria de Navarra. Navarra

INTRODUCCIÓN

De entre todas las definiciones descritas, hemos escogido la señalada por Shipper, Clinch y Olweny, según la cual, calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) describe las repercusiones que una enfermedad y su tratamiento ocasionan en el estilo de vida, equilibrio psicológico y grado de bienestar del paciente tal y como él lo enjuicia y valora. Se trata pues de un proceso unipersonal, multideterminado (actitud frente a la vida, creencias, educación, status sociolaboral, apoyo familiar y social, etc.), multidimensional (función física, estado psicológico, sensaciones somáticas e interacción social y cambiante a lo largo del tiempo. (1,2).

Es un hecho conocido que los pacientes portadores de un trasplante renal disfrutan de una buena CVRS (3-5), sin embargo apenas se ha estudiado que ocurre en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), durante los años posteriores al trasplante, lo cuál es clave en el bienestar de nuestros pacientes (6).

Cada individuo, es un órgano de percepción distinto de todos los demás. La realidad se ofrece en perspectivas individuales y lo que para uno está en último plano para el otro es de mayor importancia. (7,8)

En la valoración de la calidad de vida en paciente trasplantado renal (9,10) de nuestro estudio, hemos incluido variables como: el índice de Karnofsky (que mide el grado de autonomía y la capacidad funcional de los pacientes), escala de postración de la OMS, estado nutricional y presencia de insuficiencia respiratoria.

Los objetivos de este trabajo han sido:

- Optimizar al paciente trasplantado.
- Determinar población de riesgo de padecer complicaciones.
- Elaborar cuidados de enfermería que mejoren la calidad de vida del paciente y ayuden a disminuir el tiempo de ingreso.
- Determinar la influencia del grado de nutrición y grado de postración en la calidad de vida del paciente trasplantado.

PACIENTES Y MÉTODOS

En este trabajo se incluyeron 116 pacientes trasplantados renales, que ingresaron en la unidad por diferentes motivos, entre enero del 2002 hasta diciembre del 2003. De la muestra 68 pacientes eran varones y 48 mujeres. La media de edad del grupo fue de 55,3 años y la duración media del ingreso fue de aproximadamente una semana.

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, correlacional para medir la

calidad de vida de estos pacientes dejando a un lado la vertiente psicológica, centrándonos en la vertiente orgánica. Las variables que se incluyeron en el estudio para medir la calidad de vida fueron: índice de Karnofsky, grado de encamamiento (medido a través de la escala de postración de la OMS) y el estado nutricional del paciente medio con una tabla de elaboración propia no validada.

Se diseñó una tabla de recogida de datos que incluía todos los parámetros a estudiar que fue cumplimentada por el personal de enfermería al momento del ingreso y cada día durante el período de hospitalización; y cabe señalar que la tabla también contenía el estudio de parámetros analíticos, que eran completados por el médico responsable. El estudio estadístico se realizó mediante el programa SPSS 11.0 para windows y el nivel de significación en todos los casos, se fijó para $p < 0,05$.

Cuadro I. Escala Karnofsky.

. 100	Normal.
. 90	Actividad normal. Signos de evidencia de enfermedad.
. 80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos de enfermedad.
. 70	Se cuida por sí mismo. No puede llevar actividad normal o trabajar.
. 60	Requiere asistencia ocasional. Capaz de cuidar de sus propias necesidades.
. 50	Precisa considerable asistencia y frecuente asistencia médica.
. 40	Incapacidad importante. Precisa cuidados especiales.
. 30	Incapacidad severa. Se precisa hospitalización.
. 20	Gravemente enfermo.
. 10	Moribundo, enfermedad en progresión.
. 0	Fallecido.

Cuadro II. Escala de Nutrición.

.I	⇒ Nutrición adecuada.
.II	⇒ Nutrición no adecuada < 3 días.
.III	⇒ Nutrición no adecuada 3 – 7 días.
.IV	⇒ Nutrición no adecuada > 7 días.

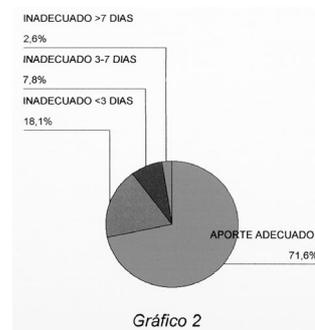
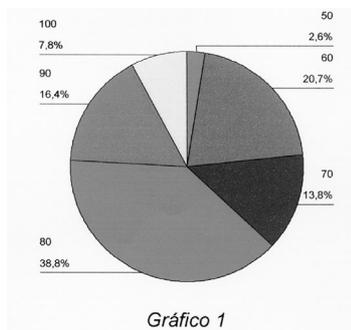
Cuadro III. Escala OMS de Encamamiento / Postración:

.I	⇒ Asintomático.
.II	⇒ Sintomático, ambulante.
.III	⇒ Postración en cama < del 50% del tiempo
.IV	⇒ Postración en cama > del 50% del tiempo.
.V	⇒ Postrado completamente.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 116 pacientes con trasplante de riñón y de edades comprendidas entre 20 y 80 años, de los cuales 68 fueron varones y 48 mujeres. Se les evaluó el índice de Karnofsky encontrando que en el 63% era menor de 80, el 37,1% era mayor de 50 y existe una población apreciable con un estado general deteriorado (Gráfico 1).

El siguiente parámetro de calidad de vida que se evaluó fue el aporte calórico o nutrición encontrando que en el 71,6% de los casos éste aporte fue adecuado, en el 18,1% fue inadecuado menor de 3 días, en un 7,8% inadecuado entre 3-7 días y en un 2,6% inadecuado durante más de 7 días (Gráfico 2).



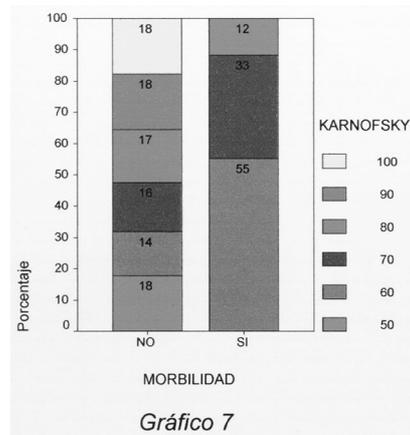
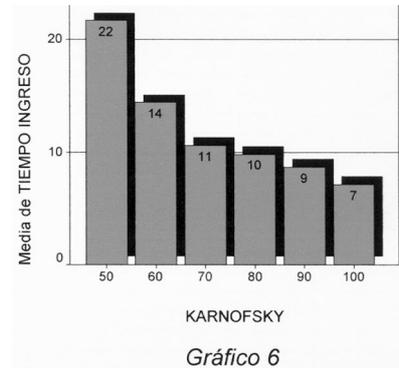
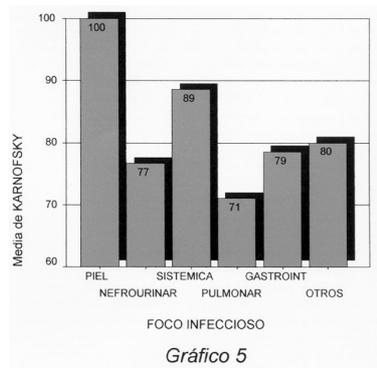
Además se midió el grado de encamamiento de estos pacientes según la escala OMS de postración, a través de la cuál se obtuvo que el 9,5% de los pacientes eran asintomáticos, el 61,2% eran sintomáticos ambulantes, el 16,4% presentaban postración en cama menor del 50% del tiempo y un 4,3% postración completa (Gráfico 3).

Una vez obtenidos los resultados se realizó una comparación del índice de Karnofsky con nutrición, grado de postración, motivo de ingreso, días de ingreso y morbilidad-mortalidad y a su vez se relacionaron algunos de estos parámetros entre sí. Así pues observamos que ningún paciente con un Karnofsky menor de 60 había recibido un adecuado aporte calórico (Gráfico 4).

En pacientes con un índice de Karnofsky menor de 60 la postración fue elevada. Los pacientes que ingresaron por complicaciones médicas infecciosas (nefrourinarias y pulmonares) presentan peor estado general, obteniendo un Karnofsky de 77% y 71% respectivamente (véase gráfico 5).

Al mismo tiempo pudimos valorar que ante un Karnofsky de 50 aumentaba el tiempo de ingreso siendo la estancia media hospitalaria de 22 días (gráfico 6).

Por otra parte tener un Karnofsky mayor de 80 supone una protección de cara a no padecer una complicación mórbida en el 50% de los casos (Gráfico 7).



Además, observamos una estrecha relación entre morbilidad y días de ingreso. Ya que el 64% de los pacientes con morbilidad elevada permanecieron más de 14 días ingresados, frente al 30% de pacientes sin morbilidad que estuvieron menos de 7 días (véase gráfico 8).

Por último se vio una desnutrición menor de 7 días en el 62% y en el 19% de los pacientes con morbilidad y sin ella, respectivamente (Gráfico 9).

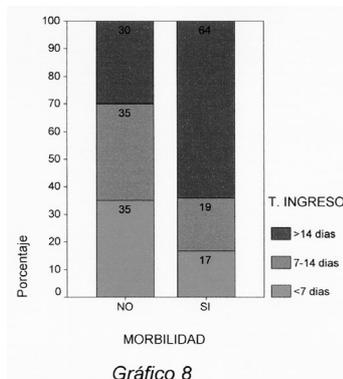


Gráfico 8

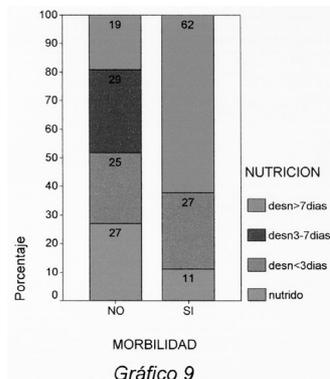


Gráfico 9

DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos en este estudio se deduce que los pacientes con un índice de Karnofsky (IK) menor de 60 presentan una peor CVRS. Lo cual se demuestra al comparar el IK con el resto de variables asociadas al estado de salud (nutrición y grado de postración). Esto lo confirman Alarcón Morales C.2002 (11), así como Lavilla F.J. 2003 (12) que además añaden que con un IK más bajo presenta una mayor incidencia de procesos infecciosos, la evolución de la función renal es peor, necesitando de forma más frecuente medidas de sustitución de la función renal y aumentando la mortalidad de estos pacientes.

Así mismo al asociar el IK con la morbilidad se encuentra que tener un IK mayor de 80 supone una protección de cara a padecer una complicación mórbida. Por tanto se deduce que con valores de Karnofsky elevados el paciente tiene una mejor CVRS, lo que se ve apoyado de nuevo por Álvarez-U de F. 2001 y por Lavilla F.J. 2003 que también asocia un mayor Karnofsky con menor postración y mejor aporte calórico.

El IK es una escala cuantitativa de calidad de vida empleada frecuentemente en distintos tipos de pacientes. Sin embargo, en un estudio realizado por Cuadras Lacasa F. 1998 (13) se constató que el principal problema de esta escala es el grado de subjetividad que conlleva.

Otro aspecto a criticar del estudio es que la escala para la valoración nutricional no está validada.

Al realizar el trabajo se dejó de lado el aspecto psicosocial, dando mayor importancia a la vertiente orgánica, lo cual deja abierto este campo para posteriores estudios.

CONCLUSIONES

Para mejorar la calidad de vida de estos pacientes, el personal de enfermería debe de desarrollar protocolos de valoración y cuidados para que sean aplicados desde el momento del ingreso y así poder evitar, prevenir o tratar todas las complicaciones mencionadas, sobre todo haciendo hincapié en fomentar la fisioterapia respiratoria, la deambulación precoz y proporcionar una adecuada nutrición ajustada a las necesidades particulares de cada enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Shipper H, Clinch JJ, Olwey CLM. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. En: Spilker B, ed. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. New York: Lippincott-Raven Press, 1996:11-23.
- 2.- Perpiñá Tordera m, Belloch Fuster A. Asma y calidad de vida: premisas y realidades. En: Caminero Luna JA, Fernández Fau, eds. Actualidades SEPAR. Barcelona: Prous, 1995; 1:173-186.
- 3.- Alvarez-Ude F. Factores asociados al estado de salud percibido de los pacientes en hemodiálisis crónica. Ponencia del XXV congreso de la sociedad Española de enfermería Nefrológica. Enfermería nefrológica abril-junio 14: 64 - 68, 2001
- 4.- Rebollo P, Ortega F, Baltar JM, Badia X et cols. Health-Related Quality of Life Of Kidney transplanted patients: variables that influence it. Clin Transplant 14:199-207,2000.
- 5.- Cameron JI, Whiteside C, Katz J, Devins GM. Differences in Quality of Life across Renal Replacement Therapies: a Meta-Analytic comparison. Am J Kidney Dis 35: 629-637,2000.
- 6.- Larrea B, Oses B, Redín A et cols. Calidad de vida del paciente con trasplante hepático. Enfermería científica. 234-235, 27-32,2001.
- 7.- Jofré R, López-Gómez JM, Moreno F, Sanz-Gujardo D, Valderrábano F: Changes in quality of life after renal transplantation. Am J Kidney Dis 32: 93-100, 1998.
- 8.- Laupacisw A, Keown P, Puse N et cols. A study of the quality of life and cost-utility of renal transplantation. Kidney Int 50: 235-242, 1996.
- 9.- Rebollo P, Bobes J, González MP et cols. Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en terapia renal sustitutiva. Nefrología 20: 171-81, 2000.
- 10.- Carr AJ, Gibson B, Robinson PG: Is quality of life determined by expectations or experience? BMJ 322: 1240-1243, 2001.
- 11.- Alarcón Morales C. Calidad de vida en pacientes con Trasplante renal, medida a través del índice de Karnofsky en un hospital general. Rev. Asociación mexicana de medicina crítica y terapia intensiva. Vol XVI nº 4: 119-123, 2002.
- 12.- Lavilla F.J., Rossich E, Hernández A et cols. Parámetros de Calidad de Vida en el paciente con fracaso renal agudo (FRA). Implicaciones clínicas. Comunicación libre. 3º Congreso de nefrología por Internet. <http://www.uninet.edu/cin2003/paper/lavilla4.html>.
- 13.- Cuadras Lacasa F, Alcaraz M, Llorca M. Índice de Karnofsky para medir la Calidad de Vida. Revista ROL de enfermería. 233, 18-21, Enero 1998.