

EL PASO DE HEMODIÁLISIS CONVENCIONAL A HEMODIAFILTRACIÓN PUEDE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES JÓVENES EN HEMODIÁLISIS

Ana M^a. Oliva Vilaró, Gabriela Pérez Boix, Cristela Moncho Ferrá, Amparo Pascual Furió, Sacramento Forcano Valero, M^a. Jesús Lidón Pérez

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

INTRODUCCIÓN

La opinión cada vez más extendida entre los profesionales de la sanidad de que las variables médicas tradicionales son insuficientes para mostrar una visión apropiada en el concepto de salud global, ha hecho que la atención también se centre en la calidad de vida (CDV) o valor del tiempo de vida en la cantidad de vida. Las tasas de supervivencia ya no son suficientes. Lo que importa es cómo se siente el paciente, especialmente en pacientes en situación de cronicidad. Además, cualquier terapia debe ser evaluada para conseguir una vida digna de ser vivida, tanto en términos físicos como en términos sociales y psicológicos. El término "calidad de vida" es un concepto multidimensional. La O.M.S. (1994) la define como "la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural en que vive y en relación con sus expectativas, valores e intereses". Existe una interrelación entre factores médicos y no médicos (la familia, las amistades, las creencias...) ya que la enfermedad además de afectar al área física, repercute sobre el estado psicológico del individuo, su nivel de independencia y sus relaciones sociales¹.

La insuficiencia renal crónica (IRC) tiene su impronta en una considerable parte de la población. Afecta directamente al individuo en su contexto familiar, físico, cognitivo, psicopatológico y social. Tiene por tanto una correlación con la CDV de las personas que la padecen y exige un abordaje multidisciplinar². La conservación o restauración de la CDV en estos enfermos es un objetivo terapéutico que debe tenerse en cuenta³. Tenemos evidencia para afirmar que el trasplante renal mejora la CDV de los pacientes en diálisis^{4,5}. Sin embargo, no debemos olvidar que un porcentaje no despreciable de los pacientes presentan contraindicación para el trasplante. Esto es especialmente dramático en pacientes jóvenes en los cuales tenemos previsión que van a permanecer largo tiempo en hemodiálisis (HD) por diversos motivos: sensibilización HLA con mayor incidencia de rechazo, elevado riesgo de recidiva de la enfermedad de base en el injerto, contraindicación permanente, etc. Debemos buscar soluciones para mejorar la CDV en este grupo de personas. No existen sin embargo trabajos que evalúen el impacto en la CDV de distintas modalidades de hemodiálisis (HD). El esquema de tres sesiones semanales de hemodiálisis convencional sin convección es el más utilizado en la mayoría de los centros dado lo práctico de su aplicación y los buenos resultados coste-beneficio obtenidos. No obstante, este esquema no ha demostrado ser el más adecuado⁶. Cada vez tenemos más evidencia de la relevancia clínica que puede tener aplicar tratamiento convectivo⁷ en las sesiones de diálisis y utilizar membranas de mayor permeabilidad⁸ con el objetivo de depurar toxinas urémicas de diferentes pesos moleculares. Estas téc-

nicas sin embargo por su mayor coste no son fácilmente aplicables, quedando su uso limitado fundamentalmente a unidades de diálisis hospitalarias. En los últimos años ha ido aumentando de manera progresiva la edad de los pacientes que inician tratamiento sustitutivo renal⁹. Estos enfermos mayores debido a su mayor morbilidad asociada se dializan preferentemente en los hospitales, restringiendo el acceso de los pacientes jóvenes a la diálisis hospitalaria y por tanto a las técnicas convectiva. Es en estos pacientes jóvenes con expectativas de larga permanencia en HD donde la depuración de medianas y grandes moléculas puede tener una mayor importancia en su pronóstico vital y en su CDV. La CDV de los pacientes jóvenes es más sensible a cambios en el tratamiento de la enfermedad¹⁰ que en pacientes mayores.

El objetivo principal de este estudio es valorar cambios en la CDV como consecuencia del cambio de hemodiálisis convencional (HDC) a hemodiafiltración (HDF) en pacientes jóvenes con escasa expectativa de trasplante y previsión de largo tiempo en diálisis.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional de pacientes jóvenes en hemodiálisis convencional transferidos a hemodiafiltración. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: 1) Edad menor de 40 años; 2) insuficiencia renal crónica en hemodiálisis convencional al menos un año; 3) previsión de largo tiempo en hemodiálisis por sensibilización HLA, contraindicación permanente para trasplante o glomerulonefritis con elevada tasa de recidiva postrasplante.

Se han estudiado 3 pacientes (2 mujeres y 1 hombre) cuyas características se exponen en la tabla I. El paciente 1 es un varón de 31 años, en tratamiento renal sustitutivo desde los 23 años. Fue portador de un injerto renal durante 5 años, que fracasó por recidiva de la glomerulopatía de base. La paciente 2 es una mujer de 33 años en hemodiálisis periódica desde los 16. Ha recibido dos trasplantes, cada uno de los cuales ha funcionado durante 5 años, fracasando por rechazo crónico. La paciente 3 es una mujer de 39 años con insuficiencia renal crónica secundaria a glomerulonefritis extracapilar. Se trata de una nefropatía con agregación familiar. Su madre es portadora de dos trasplantes renales, el primero de los cuales fracasó por recidiva de su enfermedad de base

	Sexo	Edad	Permanencia en TRS (meses)	Causa de la IRC
Paciente 1	V	31	100	GMN segmentaria y focal
Paciente 2	M	33	195	GMN membranosa
Paciente 3	M	39	14	GMN extracapilar

Tabla I
(TRS=tratamiento sustitutivo renal; IRC=insuficiencia renal crónica; GMN=glomerulonefritis).

Antes del cambio de la pauta de diálisis, los 3 pacientes recibían tratamiento con hemodiálisis convencional (4 horas, 3 días a la semana), Qb 350 mL/min, Qd 500 mL/min, filtro de mediana permeabilidad (CUF = 26 mL/(H x mmHg) de poliéter-sulfona. El

esquema nuevo del tratamiento consistió en 3 sesiones semanales de 4 horas (excepto en el primer paciente que fue de 4h30m), con hemodiafiltración (Qi 2000 mL/hora, 8-9 L/ sesión), Qb 450 mL/min, Qd 750 mL/min, filtro de alta permeabilidad (CUF = 46 mL/(H x mmHg) y membrana AN69).

Para el estudio de la CDV se ha pasado el cuestionario de salud KDQOL (Kidney Disease Quality of Life) la semana previa al cambio de tratamiento y a los 6 meses del inicio del mismo. El KDQOL es un cuestionario desarrollado en 1994 por el Kidney Disease Quality of Life Working Group y está validado¹¹ para pacientes en diálisis. Es similar al SF-36 en su realización. Consta de 28 preguntas cerradas que abarcan diferentes aspectos relacionados con la salud en pacientes con insuficiencia renal en diálisis: síntomas de la enfermedad; efectos de la enfermedad en la vida diaria; la carga social; la actividad laboral; la función cognitiva; calidad de la relación social; función sexual; calidad del sueño; apoyo social-familiar; estímulo y soporte del personal sanitario respecto a la enfermedad; percepción general de salud; satisfacción del paciente; capacidad física; limitaciones producidas por problemas físicos de salud; dolor; salud en general; limitaciones producidas por problemas emocionales de salud; bienestar emocional; función social y vitalidad/cansancio. Cada uno de los apartados es tabulado finalmente de 0 a 100, siendo 0 el peor valor posible y 100 el mejor. El tiempo para realizar la encuesta se estima en 16 minutos. Existe un programa de tabulación de los resultados que puede ser obtenido de manera gratuita en Internet¹².

RESULTADOS

En las figuras 1 a 20 se muestran los cambios en los distintos ítems analizados en el cuestionario. En general existió mejoría de todos ellos, destacando especialmente las áreas de la función sexual, la calidad del sueño, la función cognitiva y la percepción de la salud en general. En 2 de los 3 pacientes mejoró el área de la actividad laboral, no existiendo cambios en uno de ellos. Llama la atención un aumento en la percepción del apoyo familiar y social. No existieron modificaciones en la satisfacción del paciente respecto de los cuidados recibidos del personal de diálisis ni en el dolor percibido.

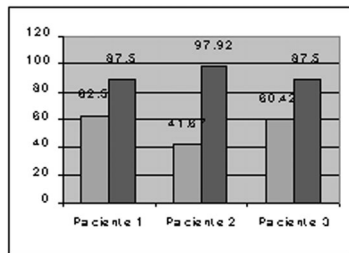


Fig. 1. Síntomas de la enfermedad.

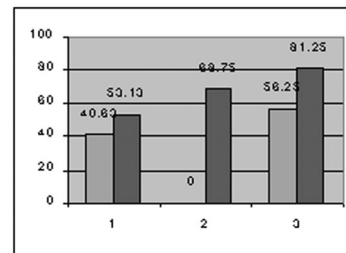


Fig. 2. Efectos de la enfermedad en la vida diaria.

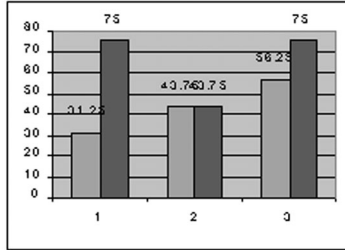


Fig. 3. Carga social.

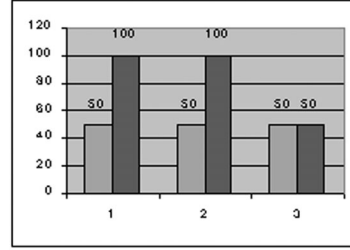


Fig. 4. Actividad laboral.

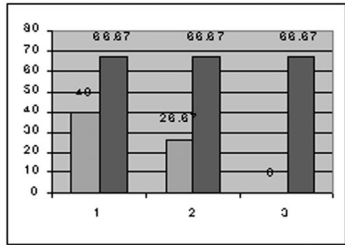


Fig 5.Función cognitiva.

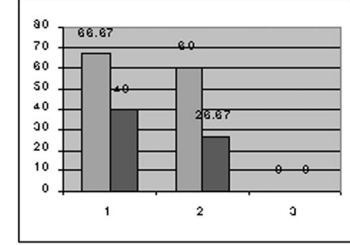


Fig 6.Calidad de la relación social.

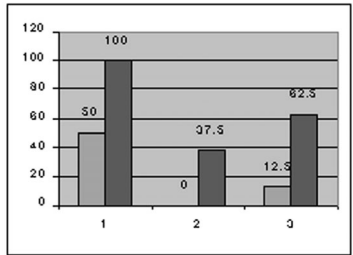


Fig 7.Función sexual.

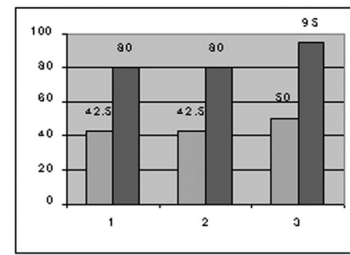


Fig 8.Calidad del sueño.

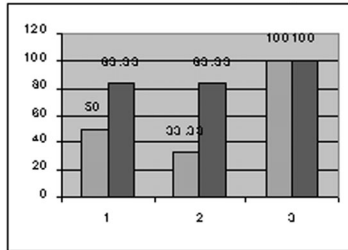


Fig 9. Apoyo social-familiar.

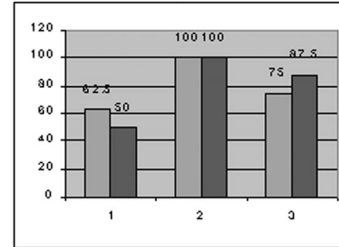


Fig 10. Estímulo y soporte del personal sanitario respecto a la enfermedad.

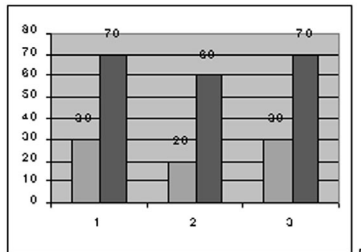


Fig 11. Percepción general de salud.

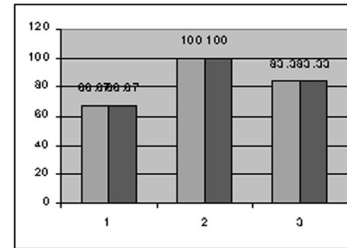


Fig 12. Satisfacción del paciente.

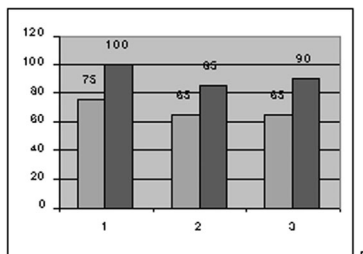


Fig 13. Capacidad física.

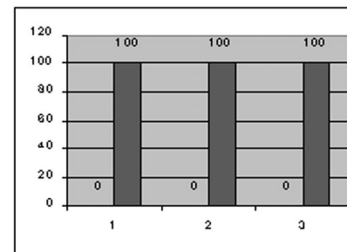


Fig 14. Limitaciones producidas por problemas físicos de salud.

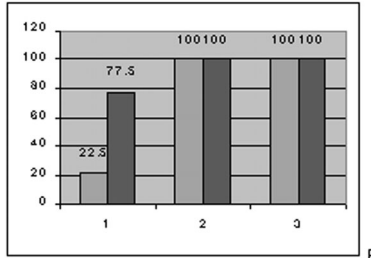


Fig 15. Dolor.

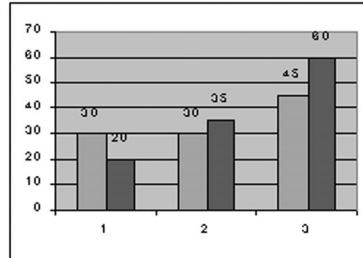


Fig 16. Salud en general.

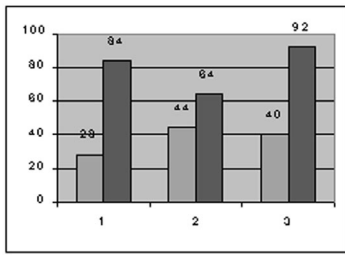


Fig 17. Limitaciones producidas por problemas emocionales de salud.

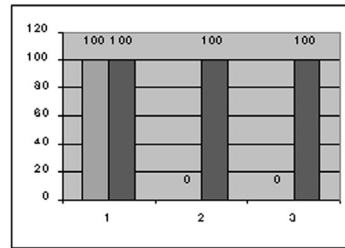


Fig 18. Bienestar emocional.

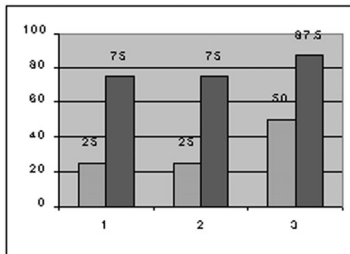


Fig 19. Función social.

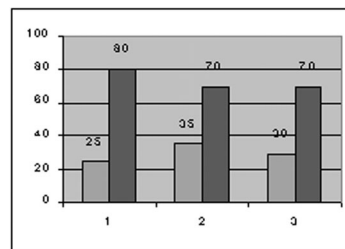


Fig 20. Vitalidad/cansancio.

DISCUSIÓN

El presente trabajo fue diseñado para analizar la CDV en pacientes jóvenes con expectativas de larga permanencia en HD transferidos desde una diálisis convencional a una HDF. No existen trabajos que hayan estudiado el efecto de las técnicas convectivas sobre la CDV en este subgrupo de pacientes. Sólo 3 de los 36 enfermos de nuestro programa de HD cumplían los criterios de inclusión, siendo la edad el principal factor limitante. Ello refleja el aumento de la edad de los pacientes en HD hospitalaria y el menor acceso de los pacientes jóvenes a técnicas convectivas que son casi exclusiva-

mente de aplicación hospitalaria.

Pese al reducido tamaño muestral hemos observado en los tres pacientes una mejoría de la mayor parte de los ítems contemplados en el cuestionario KDQOL. No obstante, dado el reducido número de pacientes del trabajo es recomendable realizar estudios prospectivos más amplios en población joven con estas características. Sería interesante además verificar si la edad es un factor importante para la percepción de cambios en la CDV tras el paso de HDC a HDF tal y como ocurre con los pacientes trasplantados, donde los mayores de 60 años no encuentran una mejoría ostensible de la CDV¹⁰.

Concluimos que es importante medir la CDV de los pacientes en diálisis, siendo el KDQOL un cuestionario válido y de fácil aplicación. La utilización de técnicas convectivas con filtros de alta permeabilidad no sólo puede mejorar parámetros analíticos o clínicos (anemia, control de la presión arterial...) sino que podría mejorar la CDV de los pacientes jóvenes. La hemodiálisis hospitalaria está restringida a los pacientes jóvenes por su menor morbilidad asociada, lo que favorece por su más fácil manejo su derivación a un centro de diálisis periférico. Esta restricción sin embargo, puede suponer una limitación para acceder a un tratamiento dialítico que incluya convección, lo que puede repercutir a medio y largo plazo en su CDV. Hacen falta estudios más amplios que corroboren estos resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orley J, Kuyken W (ed). *Quality of life assessment: international perspectives*. Springer-Berlog. Berlín. 1994.
2. Cidoncha MA, Estévez I, María J.S. y cols. Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*.
3. Bungay KM, Ware JE. *Medición y control de la calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos actuales*. Upjohn Company, Michigan, 1996.
4. Oliva A, Vivó MJ. Percepción de la calidad de vida en el paciente trasplantado. Libro de comunicaciones XXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Valencia. 1999.
5. Rebollo P, Ortega F, Badía X y cols. Salud percibida en pacientes mayores de 65 años en tratamiento sustitutivo renal. *Nefrología* 1999; XIX (Supl.1), 73-83.
6. Maduell, F. Diálisis adecuada. *Nefrología* 2002; XXII (2), 111-134.
7. Maduell, F. y cols. Change from conventional haemodiafiltration to on-line haemodiafiltration. *Nephrol Dial Transplant*. 1999 May;14(5):1202-7.
8. Hakim, RM y cols. Effect of the dialysis membrane on mortality of chronic hemodialysis patients. *Kidney Int* 1996; 50: 566.
9. Registro de la Sociedad Española de Nefrología. <http://www.senefro.org>.
10. Rebollo P, Ortega F, Baltar JM y cols. Is the loss of health related quality of life of elderly patients on renal replacement therapy lower than that of younger patients? *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16, 1675-1680.
11. Hays RD, Dallich JD, Mapes DL y cols. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) Instrument. *Quality of Life Research* 1994; 3, 329-338.
12. <http://gim.med.ucla.edu/kdqol/>.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Pablo Molina, nefrólogo del hospital Dr Peset, por su especial dedicación a la enfermería de esta Unidad.