

ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE DIÁLISIS

*Isabel Miguel Montoya, Teresa Lope Andrea, Gema Díaz-Cardiel García,
Montse Moreno Sánchez, Consuelo Martín Santiago*

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La O.M.S. define «calidad de vida», como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural en que vive y en relación a sus expectativas, valores e intereses. Es un concepto multidimensional de muy difícil medición.

En los últimos tiempos los principales avances en el tratamiento renal sustitutivo se han caracterizado por las innovaciones tecnológicas.

El objetivo fundamental de todo avance en este campo ha de ser la rehabilitación de los pacientes de diálisis en el sentido de mejorar sus condiciones de vida.

No es fácil determinar el impacto real que las nuevas tecnologías tienen sobre la calidad de vida de los pacientes de diálisis. Cada vez resulta más evidente que la evaluación de los resultados obtenidos con las diferentes técnicas de tratamiento de la I.R.C.T. debe incluir medidas del estado de salud percibido. En varios hospitales norteamericanos los departamentos de enfermería han incorporado protocolos de calidad de vida relacionada con la salud (C.V.R.S.) como actividad normalizada. Por otro lado, hay estudios que indican una estrecha relación entre una mala percepción de la propia salud y la mortalidad.

En nuestra unidad hemos creído conveniente valorar la C.V.R.S. de los pacientes en diálisis, relacionando esta variable con la ansiedad y la depresión.

OBJETIVOS

1. - Evaluar la calidad de vida y el estado de salud de los pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal.
2. - Evaluar si existen diferencias con respecto a la calidad de vida entre los dos tipos de diálisis: hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP).
3. - Evaluar la ansiedad como estado transitorio y latente de los pacientes en HD y DP.
4. - Evaluar el nivel de depresión de los pacientes en HD y DP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio se ha realizado entre 1997 y 1998 a los pacientes de HD y DP de nuestro hospital. Se trata de un estudio de tipo descriptivo.

En cuanto a los criterios de inclusión, todos los pacientes son candidatos teóricos sin más criterios de exclusión que condiciones psíquicas inadecuadas.

Para la cumplimentación de los cuestionarios se les ha facilitado la información e instrucciones, ayudando en la cumplimentación a aquellos que por alguna deficiencia de tipo físico no pudieran realizarlo por sí mismos.

Se excluyeron a 3 pacientes de HD y 2 de DP por no cumplir los criterios de inclusión. Entregamos 50 cuestionarios en HD y 22 en DP con una respuesta de 34 de HD y 18 de DP, de éstos últimos, 2 fueron rechazados por no estar los cuestionarios debidamente cumplimentados, lo que supone un 68% y 73% respectivamente de encuestas válidas. La composición de la muestra es la siguiente: De los 50 pacientes estudiados, el 68% son de

HD y el 32% de DP siendo el 60% varones y el 40% mujeres. La edad media en hemodiálisis es de 60.7 años con una DT de (13.5) y en diálisis peritoneal de 54.75 años DT (16.3). El tiempo de estancia media en hemodiálisis es de 47.8 meses y en diálisis peritoneal de 23.1 meses.

Se analizaron las variables: Edad, sexo, tiempo de permanencia en diálisis. Los cuestionarios utilizados fueron de 3 tipos: Cuestionario de Salud SF 36, Escala para la Evaluación Conductual de la Depresión de BECK y el Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). De todos ellos se ha utilizado la adaptación española.

El Cuestionario de Salud SF 36 («SF 36 Health Survey»). Se trata de una escala genérica de evaluación del estado de salud y calidad de vida. Contiene 36 ítems que cubren 8 dimensiones del estado de salud y proporcionan un perfil del mismo. Estas dimensiones son: Función Física (FF), Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC), Salud General (SG), Vitalidad (V), Función Social (FS), Rol Emocional (RE), Salud Mental (SM). Los ítems detectan tanto estados positivos como negativos de la salud. Para cada dimensión los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala que tiene un recorrido de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 el mejor. Puntuaciones por encima de 60 indican una C.V.R.S., «buena».

Resumen del contenido de cada una de las dimensiones:

Función Física: grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos etc.

Rol Físico: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado.

Dolor Corporal: la intensidad del dolor y su efecto.

Salud General: valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

Función Social: grado en el que los problemas de salud interfieren en la vida social.

Rol Emocional: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a estas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.

Salud Mental: salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y el bienestar.

La Escala para la Evaluación Conductual de la Depresión de BECK («Inventory for measuring depression»). Escala transformada en autovalorada. Establece un sistema para diagnosticar la depresión evitando el diagnóstico clínico como único método para detectarla. Consta de 21 ítems de síntomas y actitudes, cada uno de los cuales describe una manifestación de conducta específica de la depresión que está cuantificada en 4 ó 5 opciones que reflejan la severidad del síntoma. Los rangos de profundidad de la depresión propuestos son:

Depresión nula o ausente (rango 10-12).

Depresión situacional-subclínica, variantes normales (rango 13-26). Depresión media (rango 27-40). Depresión profunda o grave (rango 41-63).

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), de Spielberg, C.D. et al. (State-Trait Anxiety Swentory (Self Evaluation Questionnaire), adaptación española TEA, 1982. Su objetivo es la autoevaluación de la ansiedad como estado transitorio (A/E) y como rasgo latente (A/R). Son dos escalas separadas. La escala E (A/E) consta de 20 frases con las que el sujeto puede describir como se siente «en un momento particular». La escala R(A/

R) con otras 20 frases muestra como el sujeto se siente «generalmente». Las puntuaciones A/E y A/R pueden variar desde un mínimo de 0 puntos a un máximo de 60 puntos. Los sujetos mismos se evalúan en una escala que va de 0 a 3 puntos en cada elemento. Las puntuaciones directas se transforman a través de una tabla en centiles y decatipos. La puntuación transformada de un sujeto indica su posición relativa respecto al grupo de referencia. La ansiedad estado (A/E), está conceptualizada como un estado o condición emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La ansiedad rasgo (A/R), señala una relativamente estable propensión ansiosa con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar consecuentemente la A/E. En general los sujetos con mayor A/R presentan mayor A/E.

Tratamiento estadístico:

El tratamiento de los datos se ha realizado mediante SPSS, versión 9.01. Las variables cualitativas se han resumido en sus frecuencias. Para contrastar si hay diferencias en las variables cuantitativas en los dos tipos de diálisis se ha utilizado la T de Student si las variables eran normales, y el test no paramétrico de Mann-Whitney en el caso de que no lo fueran. Para contrastar si hay diferencias en las variables cualitativas entre los 2 tipos de diálisis se ha utilizado el test de Chi-Cuadrado.

RESULTADOS

La población de pacientes en diálisis está formada por un 60% de varones y un 40% de mujeres. De estos el 68% reciben tratamiento con hemodiálisis y el 32% con diálisis peritoneal. La edad media de los pacientes es de 59 años DT (14.6). El tiempo de permanencia media en diálisis es de 40 meses, DT (47).

Se hicieron varios cortes en la muestra. No se encontraron diferencias significativas entre los dos tipos de diálisis en las variables edad, sexo y tiempo de tratamiento.

MEDIA DE LA POBLACIÓN EN LAS DIMENSIONES DE C.V.

FUNCIÓN FÍSICA	Media 48.30	DT 31.03
ROL FÍSICO	Media 42.38	DT 40.47
DOLOR CORPORAL	Media 54.94	DT 28.68
SALUD GENERAL	Media 33.6	DT 20.94
VITALIDAD	Media 45.4	DT 27.67
FUNCIÓN SOCIAL	Media 60.01	DT 30.70
ROL EMOCIONAL	Media 71.98	DT 41.70
SALUD MENTAL	Media 68.28	DT 21.20

En una escala de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud), puntuaciones por encima de 60, indican una calidad de vida relacionada con la salud «buena». La dimensión SG obtiene la puntuación más baja. Las dimensiones: FS, RM, y SM, las más altas.

RESULTADOS CALIDAD DE VIDA

DIMENSIONES	PACIENTES HEMODIÁLISIS	PACIENTES DIALISIS PERITONEAL	TOTAL PACIENTES DIALISIS	P-VALOR
FUNCIÓN FÍSICA	< 60 → 59.9% > 60 → 40.1%	< 60 → 56.3% > 60 → 43.8%	< 60 → 56.0% > 60 → 44.0%	0.981
ROL FÍSICO	< 60 → 61.8% > 60 → 38.2%	< 60 → 75.0% > 60 → 25.0%	< 60 → 66.0% > 60 → 34.0%	0.357
DOLOR CORPORAL	< 60 → 50.0% > 60 → 50.0%	< 60 → 62.5% > 60 → 37.5%	< 60 → 54.0% > 60 → 46.0%	0.408
SALUD GENERAL	< 60 → 85.3% > 60 → 14.7%	< 60 → 81.3% > 60 → 18.8%	< 60 → 84.0% > 60 → 16.0%	0.716
VITALIDAD	< 60 → 58.8% > 60 → 41.2%	< 60 → 68.8% > 60 → 31.3%	< 60 → 62.0% > 60 → 38.0%	0.500
FUNCIÓN SOCIAL	< 60 → 41.2% > 60 → 58.8%	< 60 → 50.0% > 60 → 50.0%	< 60 → 44.0% > 60 → 56.0%	0.558
ROL EMOCIONAL	< 60 → 29.4% > 60 → 68.7%	< 60 → 31.3% > 60 → 61.8%	< 60 → 30.0% > 60 → 70.0%	0.895
SALUD MENTAL	< 60 → 26.5% > 60 → 73.5%	< 60 → 37.5% > 60 → 62.5%	< 60 → 30.0% > 60 → 70.0%	0.514

La SG es considerada como «mala» por el 84% de los pacientes.

No hay diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes, respecto a calidad de vida.

RESULTADOS ESCALA DEPRESIÓN DE BECK

	F. TOTAL	%	F.HD	%	F.DP	%
Nula	14	28%	10	29.4%	4	25%
Subclínica	30	60%	19	55.9%	11	68.8%
Media	6	12%	5	14.7%	1	6.2%
Profunda	0	0%	0	0%	0	0%
Total	50	100%	34	100%	16	100%

La media de los pacientes se sitúa en una puntuación de 17.24 con una DT (8.3), que se corresponde con la depresión situacional-subclínica. No hay significación estadística entre los dos tipos de diálisis, $p=0.599$.

RESULTADOS CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO

DECATIPO	FREC. A/E	%	FREC. A/R	%
1	0	0%	2	4%
2	2	4%	3	6%
3	3	6%	10	20%
4	8	16%	4	8%
5	8	16%	5	10%
6	10	20%	6	12%
7	2	4%	8	16%
8	6	12%	4	8%
9	4	8%	7	14%
10	7	14%	1	2%
TOTAL	50	100%	50	100%

Las puntuaciones directas obtenidas en ambas escalas de ansiedad se han transformado en centiles y decatipos. Los datos que se muestran en esta tabla corresponden a los decatipos.

En Ansiedad Estado, los pacientes de diálisis, en la escala centil, se sitúan en una media de 56% con una DT (32.1) y en el decatipo 6.2, con una DT (2.35). Para ambos tipos de diálisis el p-valor fue de 0.205 en los centiles y 0.77 en los decatipos.

En Ansiedad Rasgo, los pacientes se sitúan, en la escala centil, en una media de 55.56% con una DT (33.05) y en el decatipo 6.23, con una DT (2.6). Para los dos tipos de diálisis comparados el p-valor fue de 0.885 en los centiles y 0.706 en los decatipos. Por lo tanto, los datos demuestran que no existen diferencias significativas entre ambos tipos de diálisis para la variable ansiedad.

CONCLUSIONES

Los pacientes en diálisis tienen una calidad de vida relacionada con la salud por debajo de lo considerado como «buena». El valor más bajo corresponde a SM y los valores más altos a RE y SG en los dos tipos de diálisis.

El nivel de depresión se sitúa en una media compatible con depresión situacional-subclínica.

El grado de ansiedad estado y ansiedad rasgo se encuentra en la media respecto a su grupo de referencia.

Basándonos en los resultados obtenidos, pensamos que se deben incluir aspectos no valorados anteriormente en la elaboración de la historia, para poder planificar intervenciones de enfermería, que permitan desarrollar estrategias educativas, que favorezcan la utilización de herramientas adecuadas para afrontar y adaptarse a la situación de los pacientes, de manera que mejore la percepción de su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bermúdez Moreno, J. (1978). Análisis funcional de la ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, Vol. 153: 617-634.
2. Christensen, A., J.; Turner, C.W.; Smith, T. W et al (1991) Health locus of control and depression in end-stage renal disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 59(3): 419-424.
3. De la Torre Peña, M. cols. *Medida de la Calidad de Vida D.P.C.A. Versus Hemodiálisis*. XXXIII Congreso Nacional de la SEDEN, libro de comunicaciones. pp. 279-282.
4. Iglesias Balboa, R. *La Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) en un grupo clínico (Síndrome Tóxico)*. Memoria de licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. 1982.
5. J. Alonso; L. Prieto y J.M. Antó. *Cuestionario de Salud SF-36*. Departamento de Epidemiología y Salud Pública. Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM). Universidad Autónoma de Barcelona. 1995.
6. *Medical care*:Vol. 32. núm. 1. pp. 40-66, 1994. The Mos 36-item Short-Form Health (SF 36)111 Tests of data. Quality, Saling assumptions, and reliability across patient groups. Colleen a Mohorney Phd Hohn E Were, JR. Phd. JP Rachel Lone and Cathy Donals. Sherbourne PHD.
7. Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E.: *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto California: Consulting Psychologists Press 1970.
8. Ureña González A, y cols. *Evolución de la Calidad de Vida relacionada con la Salud en las personas portadoras de un riñón trasplantado*. Comunicación presentada Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, pp. 291-296.
9. 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.
10. Zahonero Coba M. C. (1986). *Ansiedad y depresión en los enfermos sometidos a hemodiálisis*. Madrid: Universidad Complutense. Tesis doctoral nº 41/86.