

ESTUDIO EVOLUTIVO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS. 1998/1999

Ernesto González Luis, Nelida Ana Camarena Oleza, Virginia de Miguel Olalla, María del Carmen Mansilla Paco, Rosario Lurita Ramos, María Luisa García-Tuñón López, Pilar Caro Acebedo

Servicio de Nefrología de la Clínica Ruber. Madrid

INTRODUCCIÓN

En el presente estudio hemos querido conocer los factores que ejercen influencia en la calidad de vida de los pacientes hemodializados en nuestra unidad.

Calidad de vida, según la OMS, se define como "la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses".

Durante estos últimos años, la esperanza de vida no ha dejado de aumentar en los países desarrollados. Los pacientes sometidos a diálisis no han sido ajenos a estos cambios, calculándose que a finales de esta década, el 60% de los enfermos dializados tendrán 65 años o más.

Los últimos adelantos en el tratamiento de la insuficiencia renal, como la utilización de membranas más biocompatibles, bicarbonato y corrección de la anemia con Eritropoyetina, han venido a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Actualmente, estamos acostumbrados a tratar enfermos de edad avanzada donde es importante valorar la función cognitiva, salud física y mental y el entorno en que esto ocurre además del suyo propio, cómo se enfrentan a sus actividades cotidianas y cuáles son sus factores de comorbilidad más frecuentes.

De cualquier forma, no podemos olvidar que estos enfermos tienen una tasa elevada de ingresos hospitalarios, siendo las principales causas las relacionadas con: acceso vascular, enfermedad cardiovascular e infecciones, por lo que nos parecía importante que estos factores que de por sí influyen en el estatus funcional del paciente fueran valorados también en su calidad de vida.

OBJETIVO

El *objetivo* de este estudio es determinar el estado de *calidad de vida* de los pacientes dializados en nuestro Centro durante los años 1998 y 1999, su relación con los factores de comorbilidad, anemia, diálisis adecuada y estatus nutricional.

MATERIAL Y MÉTODOS

• MATERIAL

Este estudio se ha realizado a un total de 55 pacientes en el año 1998 y 49 pacientes en el año 1999 incluidos en nuestro Programa de Hemodiálisis, desde enero de 1998 a diciembre de 1999, excluyéndose 2 por deterioro cognitivo severo y 4 por trasplante.

• MÉTODO

- Test de calidad de vida relacionados con la salud

A cada paciente se le informa del objetivo del estudio y tras su consentimiento verbal,

se le entregan dos tests, *Escala de Karnofsky* y *Cuestionario "SF- 36"*, ambos autocontestados en su domicilio y otros dos tests, *Cuestionario de las actividades básicas de la vida ordinaria* (ABVO) y *Miniexamen cognoscitivo* (MINI-MENTAL) que son realizados por el personal de enfermería, una vez al año y evaluados según los baremos establecidos.

- El **cuestionario "SF-36"** evalúa el ambiente disfuncional relacionado con la enfermedad. Consta de 136 ítems agrupados en varias áreas que abarcan función física, psíquica y emocional, dolor corporal, vitalidad y salud general; es una modificación del test SIP y valores de 0 indican disfuncionabilidad severa y valores de 100 normalidad.
- La **escala de Karnofsky** valora de forma global la autosuficiencia y capacidad funcional, y consiste en una escala de 10 niveles. Se puntúa en % correspondiendo mejor calidad de vida a mejores niveles de puntuación.
- **Cuestionario ABVO**, basado en el índice de Barthel, se trata de una escala funcional que evalúa exclusivamente la función física, se puntúa de 0 (totalmente dependiente) a 100 (totalmente independiente).
- **Miniexamen cognoscitivo** o minimalista cuyo objetivo es detectar los posibles desórdenes funcionales a nivel clínico; explora orientación temporo-espacial, memoria, cálculo, concentración, capacidad de lectura y escritura, praxis ideomotora y capacidad de abstracción. Consta de 11 ítems, la puntuación máxima es de 35 puntos, y puntuación menor de 24 puntos indica posible deterioro cognitivo.

- Analíticas

Hematocritos y hemoglobinas mensuales y Kt/v trimestrales.

- Encuestas nutricionales y medidas antropométricas bimensuales.

Ingesta, BMI, pliegue tricipital, bicipital, circunferencia media del brazo y valoración global subjetiva.

- Por último, se han recogido *factores de comorbilidad* que abarcan transfusiones, hospitalización, enfermedad coronaria, cardiovascular y vascular periférica, enfermedad hepática y gastrointestinal, cáncer, infecciones y cirugía.

RESULTADOS

PACIENTES

- El presente estudio se ha realizado durante los años 1998 y 1999.
Un total de 55 pacientes en 1998 y 49 pacientes en 1999 han completado este estudio, con edades comprendidas entre 20 y 90 años y una edad media de $66,12 \pm 18,53$ años en el primer año y de $69,84 \pm 15,26$ años en el segundo.
- La distribución por sexos muestra una mayoría de varones con una relación hombres/mujeres de 41/14 en 1998 y 38/ 11 en 1999.

INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA

- El minimalista muestra un valor medio en 1998 de $28,87 \pm 3,75$ y en 1999 $29,32 \pm 4,42$, aunque esta mejoría no es significativa. Por sexos los mejores resultados pertenecen a los varones.
- La escala de Karnofsky en 1998 ha sido de $68 \pm 18,09$ y $66,12 \pm 15,25$ en 1999 sin diferencias significativas entre ambos, aunque sí con un score muy aceptable, cercano al 70%. Por sexos, en 1998 fue ligeramente superior para el femenino invirtiéndose esta relación en 1999.

- En el cuestionario SF-36 no han aparecido diferencias entre ambos años, manteniéndose con una media de $97,63 \pm 7,75$ y $97,49 \pm 10,10$ respectivamente y en ambos años con niveles muy aceptables. Por sexos, han obtenido mejores resultados en ambos años las mujeres.
- Por último, el cuestionario ABVO en ambos años las mujeres muestran una media en la categoría de "Dependencia Ligera" y por el contrario los hombres se mantienen como "Autónomos".

Kt/v

En 1998 los valores medios han sido de $1,17 \pm 0,17$ mejorándose durante el año 1999 alcanzando una media de $1,25 \pm 0,19$, con $p 0,058$. En ambos años los mejores valores han correspondido a las mujeres.

Valores de Ht^o y Hb

El Ht^o y la Hb en 1998 se han mantenido en $38 \pm 2,64$ y $10,74 \pm 1,60$ respectivamente, y han ascendido a $39 \pm 2,82$ y $10,97 \pm 0,77$ en 1999.

Comorbilidad

Se han valorado 11 factores de morbilidad en los dos años, siendo los valores globales más frecuentes: Enf. Cardiovascular con un 23,7%, seguida de hospitalizaciones con un 14% y el tercer lugar las Infecciones con un 10,6%, con un ligero empeoramiento en 1999, aunque no de manera significativa.

Con respecto a los ingresos, la causa más frecuente son los problemas relacionados con el acceso vascular 34% de los casos en 1998, mientras que en 1999 la Enf. cardiovascular con un 30,4%, ocupa el primer lugar. El total de ingresos en 1998 fue de 47, con un total de 327 días ingresados, siendo la distribución de 8,9 días/ingreso/año.

Durante el año 1999, hay un aumento en el n^o de ingresos hasta 69, con un total de 393 días de ingreso y una distribución de 8,02 días/ingreso/año.

Nutrición

Mediante la evaluación global subjetiva los pacientes se han clasificado en tres grupos:

- A: estado nutricional bueno, con 16 pacientes (32,65%)
- B: malnutrición leve o sospecha de malnutrición, con 31 pacientes (63,27%)
- C: malnutrición severa, con 2 pacientes (4,08%).

Estos datos se muestran en la tabla 1

CORRELACIONES ENTRE VARIABLES

La edad se correlaciona significativamente con las cuatro escalas de medida de calidad de vida relacionadas con la salud y con el Kt/v.

La comorbilidad se correlaciona con el n^o de transfusiones, Kt/v, hospitalización y dos cuestionarios (Escala de Karnofsky y Sf-36); existe una correlación significativa entre la nutrición y tres escalas de calidad de vida (Minimental, ABVO y Karnofsky).

Tabla 1: valores medios 1998 y 1999 (mean ± SD)

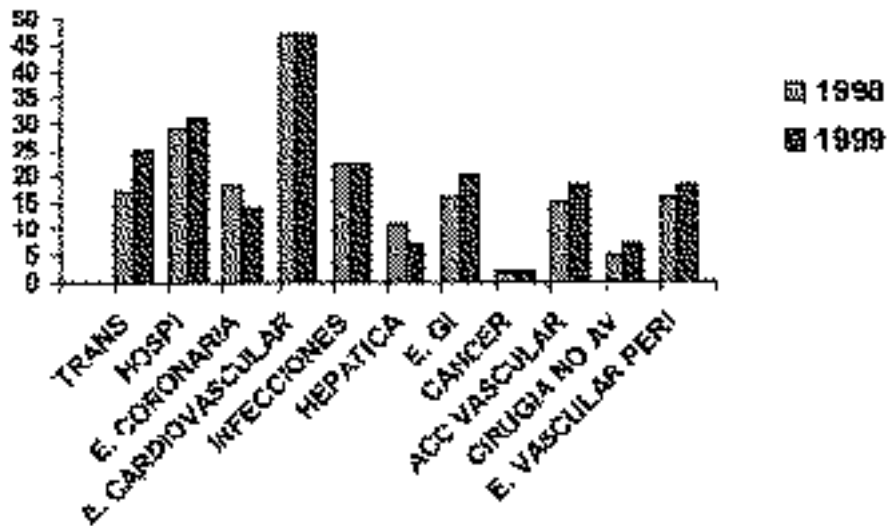
	1998	1999
EDAD	66,12 ± 18,53	69,84 ± 15,26
MINIMENTAL	28,87 ± 3,75	29,32 ± 4,42
KARNOFSKY	68,00 ± 18,09	66,12 ± 15,25
SF-36	97,63 ± 7,75	97,49 ± 10,10
Kt/V	1,17 ± 0,17	1,25 ± 0,19
HT°	34,82 ± 2,64	39,11 ± 2,82
Hb	10,74 ± 1,60	10,97 ± 0,77
COMORBILIDAD	3,49 ± 1,55	4,28 ± 2,14
TRANSFUSIONES	1,65 ± 3,83	2,67 ± 5,54
HOSPITALIZACIÓN	5,72 ± 9,56	8,02 ± 9,92

Tabla 2: correlaciones estadísticas significativas

Edad/minimental	P 0,02*
Edad/Karnofsky	P 0,04 *
Edad/SF-36	P 0,01 *
Edad/ABVO	P 0,02 *
Edad/Kt/v	P 0,01 *
Comorbilidad/Karnofsky	P 0,03 *
Comorbilidad/SF-36	P 0,04 *
Comorbilidad/Kt/V	P 0,03 *
Comorbilidad/transfusión	P 0,01 *
Comorbilidad/hospitalización	P 0,002*
Nutrición/Minimental	P 0,006 *
Nutrición/ABVO	P 0,024 *
Nutrición/Karnofsky	P 0,01*

• *p significativa < 0,05*

COMORBILIDAD 1998-1999



CONCLUSIONES

- Los pacientes dializados en este Centro tienen una buena calidad de vida, siendo similar en ambos sexos.
- La edad media de nuestros pacientes es de 67.98 años; llama la atención que prácticamente el 70% tiene más de 65 años.
- Los pacientes de edad avanzada en diálisis, mayores de 65 años, tienen una mayor morbi-mortalidad y menor calidad de vida que la población más joven. Sin embargo los resultados del tratamiento en diálisis de estos pacientes son satisfactorios y esperanzadores.
- La edad junto con el índice de comorbilidad son dos de los factores que más influyen en la calidad de vida
- El mejorar los parámetros de diálisis adecuada (Kt/V), la corrección de la anemia con EPO, y conseguir valores nutricionales aceptables, contribuyen a una mejor calidad de vida relacionada con la salud de nuestros pacientes.
- La rehabilitación de los pacientes en diálisis, dirigida hacia una óptima calidad de vida, debería ser un objetivo fundamental de los programas de tratamiento de la IRCT.

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento a la Dra. Caro por su aportación inestimable para la realización de este trabajo. A Carmen Nogueras, secretaria del Servicio, por habernos ayudado en su elaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burrows-Hudson S "Nephrology clinical outcomes. Part I: mortality, morbidity, adequacy of treatment and quality of life". ANNA J. 1995 Apr, 22 (2): 113-121.
2. Bactran JJ et al. "Índice de Barthel:". Rev Esp. Geria y Geront 28,1 (32-40): 1993.
3. Ojeda M, et al "Calidad de vida del paciente en diálisis: un reto permanente". Comunicaciones presentadas al XXIV Congreso Nacional de la SEDEN.
4. Zanoguera M, et al. "Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis". Comunicaciones presentadas al XXIII Congreso Nacional de la SEDEN
5. "Spanish multicenter study". Nephrol Dial. Transp. 11 (suppl 21) 125-129. 1996.
6. "Increasing the hematocrit has a benefic effect on QOL and in selected hemodialysis patients". Spanish multicenter cooperative Group of Spanish Society of nephrology. J.A.S. of Nephrol. 11: 335-342. 2000.
7. Sandler JH "Health promotion for End-Stage renal Disease patients". Advances in Renal Replacement Therapy; Vol 5; nº 4 (october), 1998, pp. 275-285.
8. Nissenson AR "Recombinant Human Erythropoietin: Impacto on Brain and Cognitive Function, Exercise Tolerance, Sexual Potency, and Quality of Life". Seminars in Nephrology, Vol 9, nº 1 Suppl. 2 (march), 1989, pp. 25-31.
9. Rebollo P, et al. "Health-related quality of life (HRQOL) in end stage renal disease (ESRD) patients over 65 years". Geriatr Nephrol Urol 1998; 8 (2): 85-94.