

## **SINTOMATOLOGÍA, TRASTORNOS EMOCIONALES Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS PERIÓDICAS**

*Sonia Velasco Ballesterro, Rosario Alvarez Pérez, Marta San Juan Miguelsanz.*

Unidad de Diálisis. Hospital General y Centro "Los Olmos". Segovia.

### **INTRODUCCIÓN**

Los enfermos que padecen insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) experimentan modificaciones en su vida diaria que condicionan su calidad de vida. Los cambios que impone la hemodiálisis (HD) van desde hábitos básicos como la dieta o la disponibilidad de tiempo, hasta aspectos tales como el trabajo o los estudios, que afectan al proyecto de vida de una persona y condicionan cambios en la percepción de sí mismo y en las relaciones sociales (1).

Por otra parte, en el paciente renal aparecen alteraciones emocionales como ansiedad y depresión, negación de ciertas situaciones, ideas de suicidio, elevados niveles de dependencia y trastornos del sueño (1,2,3), así como una serie de síntomas físicos no específicos que condicionan su bienestar (4).

En la última década, la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes en diálisis ha sido motivo de múltiples investigaciones pues permite, a través de diferentes cuestionarios, obtener una visión del propio paciente sobre diversos aspectos de su vida tales como las actividades de la vida diaria desde un punto de vista de funcionalidad y desempeño de roles, la influencia de los síntomas que presenta por causa de la enfermedad o su tratamiento, las reacciones emocionales ante la enfermedad, y las relaciones con el entorno (5,6).

Aunque la valoración de la CVRS sea un tema relativamente nuevo, los cuidados de enfermería están directamente relacionados con su evaluación y con la adopción de medidas para su mejora, lo que constituye un objetivo fundamental en la rehabilitación de los pacientes con IRCT (7).

Los objetivos del presente trabajo fueron: 1) establecer la prevalencia y severidad de los síntomas físicos y los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) de nuestros pacientes en HD y 2) estudiar su influencia sobre su CVRS.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **Pacientes**

Todos los pacientes con IRCT que llevaban un mínimo de tres meses en programa de HD eran potencialmente elegibles para el estudio. De ellos se excluyeron seis pacientes que no podían responder los cuestionarios (dos por sordera, tres por trastornos cognitivos y /o psiquiátricos y uno por encontrarse de viaje en el momento de estudio). Antes de iniciarse el estudio se solicitó consentimiento a cada paciente, dos pacientes rechazaron participar.

La muestra final quedó compuesta por 58 pacientes, 33 se dializaban en el Hospital General y 25 en el Centro Satélite "Los Olmos".

#### **Recogida de datos**

Se empleó un cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos; dos cuestionarios de CVRS: las versiones españolas validadas del Nottingham Health Profile (NHP) y del

Kidney Disease Questionnaire (KDQ); un cuestionario de medida de ansiedad (STAI) y otro de medida de depresión (Cuestionario para la medida de la depresión: BDI).

El NHP es un cuestionario genérico de medida de CVRS, desarrollado en Inglaterra y traducido y validado al castellano (8). Consta de 38 ítems que describen situaciones causadas por los problemas de salud en seis dimensiones: energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad; además se puede obtener una puntuación que engloba todas las dimensiones. Las puntuaciones posibles oscilan entre 0 (sin problemas en esa dimensión) y 100 (problemas máximos).

El KDQ es un cuestionario específico para pacientes en hemodiálisis (HD) desarrollado en Canadá y traducido y validado al castellano (9). Consta de 26 ítems que cubren cinco dimensiones del estado de salud. Para cada ítem, el paciente debe elegir entre siete respuestas posibles (escala tipo Likert). Para este estudio hemos usado sólo los seis ítems correspondientes a la dimensión síntomas físicos (DSKDQ). Dado que los enfermos en HD se quejan de una gran variedad de síntomas físicos (9), esta dimensión es específica para cada paciente. Este indica, primero de forma espontánea y luego revisando un listado de 32 síntomas, qué problemas físicos ha tenido en las dos últimas semanas, y a continuación elige los seis que son más importantes para él en su vida diaria.

El STAI (10) consta de veinte ítems que permiten medir la Ansiedad-Estado (AE), es decir los niveles actuales de intensidad de la ansiedad, y otros veinte que miden la Ansiedad-Rasgo (AR), es decir la predisposición a la ansiedad. En ambos casos la puntuación obtenida se estandariza usando normas poblacionales españolas, con lo que se obtiene un decatipo. Se consideran como patológicas aquellas puntuaciones con un decatipo igual o mayor que siete, tanto para AE como para AR.

El BDI (11) consta de veintiún ítems en cada uno de los cuales existen cuatro alternativas ordenadas, según su gravedad, de 0 a 3. La puntuación total máxima es 63; el consenso general es que una puntuación superior a 18 permite diferenciar de modo bastante estricto entre personas con y sin depresión clínicamente significativa.

La recogida de datos se realizó conjuntamente con los alumnos de 3º curso de Psicología (Universidad SEK, Segovia) que colaboraron con nosotros como parte de las prácticas de su año académico bajo la tutoría de dos profesores y del decano de la Universidad.

Los cuestionarios se administraron mediante entrevista antes de la correspondiente sesión de HD, limitándose a explicar las instrucciones de forma estandarizada y a leer las preguntas. A fin de no cansar excesivamente a los pacientes, se realizaron dos entrevistas en días consecutivos: en la primera se realizó una anamnesis psicológica y el NHP y en la segunda se pasaron los cuestionarios STAI y BDI. El KDQ fue pasado por las autoras del trabajo durante la sesión de hemodiálisis en el día correspondiente a la primera entrevista.

Los datos sociodemográficos y clínicos se obtuvieron de la historia clínica y mediante entrevista con el paciente e incluían: edad, sexo, estado civil, duración en meses del tratamiento renal sustitutivo (TRS), máximo nivel de estudios alcanzado, situación laboral, nivel aproximado de ingresos mensuales netos de la unidad familiar, características de la diálisis (horas/semana y tipo de membrana), enfermedad renal primaria, número de medicamentos diferentes consumidos por vía oral al día, uso de hipotensores, hipnóticos, ansiolíticos y/o antidepresivos y consumo de excitantes (café y tabaco). Como datos analíticos se incluyeron los niveles de albúmina sérica, hematocrito, urea, creatinina, proteína C reactiva, el Kt/V corregido para la función renal residual y la tasa de catabolismo proteico (PCR), correspondientes a la última revisión analítica bimensual.

Además se utilizó un índice de comorbilidad (IC) adaptado a partir de los usados por Evans y Charlson y usado en estudios previos (12) que incluye 24 enfermedades o trastor-

nos clínicos; cada uno de ellos se puntuó por un médico según una escala ordinal de gravedad: 0 si no existía problema, 1 si era leve, 2 si era moderado y 3 si era grave. La gravedad se estableció subjetivamente de acuerdo a la trascendencia clínica y el pronóstico. El IC se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los ítems.

#### **Análisis estadístico**

Para los cálculos estadísticos se empleó la base de datos R-Sigma 2000 (Horus Hardware). Los resultados se expresan como porcentajes, medias o medianas indicando la desviación típica y el rango intercuartil. Se empleó la *t* de Student para la comparación de medias de datos no pareados y la prueba de chi<sup>2</sup> o la prueba exacta de Fisher para la posible asociación entre variables cualitativas; cuando las variables eran numéricas se usó el método de regresión lineal simple (Pearson) o el cálculo del coeficiente de correlación de Spearman (si alguna de ellas era ordinal y/o no se distribuía normalmente). Para conocer qué variables predecían de forma independiente ansiedad, depresión y CVRS se realizó un análisis de regresión logística (incluyendo en el modelo aquellas variables que se asociaban a la variable independiente con un valor de al menos  $p < 0.1$ ).

### **RESULTADOS Y COMENTARIOS**

#### **Pacientes: características sociodemográficas y clínicas.**

En la tabla 1 se muestran las más relevantes

**Tabla 1**

#### **Principales características del conjunto de pacientes (n=58)**

VARIABLES	
Edad (años)	68,5 (60,75 – 76.0)
Sexo (% varones)	48 %
Nefropatía diabética (% pacientes)	19 %
Duración TRS (meses)	29,5 (10,25 – 61,75)
Horas semanales de HD	12 (10,5 – 12)
Dializadores “biocompatibles” (%) *	17 %
EPO (% de pacientes tratados)	90 %
Hematocrito (%)	37,5 ± 4,4 (28,9 – 46,7)
Albúmina (g/dl)	4,0 ± 0,3 (3,2 – 46,7)
Kt/V corregido	1,49 ± 0,24 (1,1 – 2,35)
PCR (g/Kg/día)	1,1 ± 0,2 (0,58 – 1,62)
Número de medicamentos/día	8 (6 – 9)
Toman hipotensores (% pacientes)	40 %

Valores expresados como mediana (rango intercuartil); porcentaje o media ± desviación típica (recorrido).

\*) Membrana sintética y alto coeficiente de UF

El 71% de los pacientes estaba casado; ocho pacientes no tenían estudios y 44 sólo estudios primarios; la mayoría (79%) ingresaban menos de 100.000 pts/mes. En resumen, como grupo, se trata de una población de pacientes de edad avanzada, la mayoría de ellos casados, con un bajo nivel de estudios y con escasos ingresos económicos, bien dializados, con una ingesta proteica adecuada, con niveles normales de albúmina y con una buena corrección de la anemia con eritropoyetina. Diecisiete pacientes dijeron tener antecedentes personales de problemas a nivel psíquico. Veinticinco pacientes tomaban

hipnóticos y/o ansiolíticos por las noches. Sólo un paciente tomaba antidepresivos. Veinticinco pacientes tomaban café a diario y nueve fumaban regularmente.

### Sintomatología

Todos los pacientes contestaron el KDQ. En la tabla 2 aparecen los diez síntomas físicos más frecuentemente mencionados, indicando el número de pacientes que padecía cada uno de ellos y su severidad (obtenida sumando todas las puntuaciones obtenidas por ese síntoma).

**Tabla 2**  
**Síntomas más frecuentes ordenados según la severidad de la molestia**

SINTOMA	Número de Pacientes	Severidad (puntuación KDQ)
Dolor de piernas, piernas cansadas	25	129
Sed	23	120
Cansancio	25	115
Prurito, piel seca	24	97
Dolor de huesos y/o articulaciones	18	91
Dificultad para dormir	17	85
Pocas fuerzas	18	79
Despertarse por las noches	19	75
Calambres	15	65
Estreñimiento	11	61

Los enfermos de mayor edad ( $p < 0,05$ ), así como los que tenían mayor IC ( $p < 0,1$ ) tenían puntuaciones más altas en la DSKDQ. Otro grupo ha publicado recientemente resultados similares (4).

Al igual que en un estudio previo (9), observamos una gran variabilidad de los síntomas entre pacientes, lo que avala el empleo de un cuestionario, como el KDQ, en el que cada paciente elige los síntomas que más le afectan y que permite calcular una puntuación combinada. De hecho, la consistencia interna (alfa de Cronbach) de la DSKDQ fue alta: 0,87, lo que indica que las respuestas a los seis ítems están midiendo un mismo concepto que se podría denominar: "malestar inducido por los síntomas".

### Trastornos emocionales

De los 55 pacientes evaluados mediante el STAI, trece (24%) presentaban AE y diecisiete (31%) AR clínicamente significativas. Las únicas variables asociadas a AE y AR fueron la DSKDQ ( $p < 0,001$ ), el IC y el uso de hipotensores (ambas:  $p < 0,1$ ). En el análisis de regresión logística, la DSKDQ fue la única variable predictora de AE (OR=4,72; IC 95%: 1,87-11,90;  $p < 0,001$ ) y AR (OR=1,81; IC 95%: 1,15-2,85;  $p < 0,01$ ).

De los 54 pacientes evaluados mediante el BDI, 24 (44%) obtuvieron una puntuación que refleja la existencia de sintomatología depresiva relevante con valores máximos en aquellos ítems que evalúan: "insatisfacción", "dificultad laboral", "trastornos del sueño", "cansancio" y "desinterés por el sexo". Las únicas variables asociadas a depresión fueron la DSKDQ ( $p < 0,001$ ), el número de medicaciones y el tener antecedentes personales de problemas psíquicos (ambas  $p < 0,05$ ). En el análisis de regresión logística, la DSKDQ fue

la única variable predictora de depresión (OR= 2,77; IC 95%: 1,58-4,83; p<0001). Probablemente esta asociación sea de doble dirección, es decir que los pacientes con más malestar debido a síntomas tienden a estar ansiosos y/o deprimidos, y aquellos que tienen ansiedad/depresión tienden a quejarse de más molestias físicas.

Por otra parte, encontramos una fuerte asociación entre las puntuaciones obtenidas en el STAI y el BDI (p<0,001): un 88% de los pacientes con AR también presentaban depresión (15 pacientes).

#### Calidad de vida relacionada con la salud

En la figura 1 se muestra gráficamente la diferencia en la puntuación media del NHP según dimensiones, entre el conjunto de pacientes en HD y una muestra (n=203) de la población general de Barcelona de 70 ó más años de edad (8). Igual que en estudios previos de nuestro grupo (3), las dimensiones más afectadas fueron la energía y el sueño.

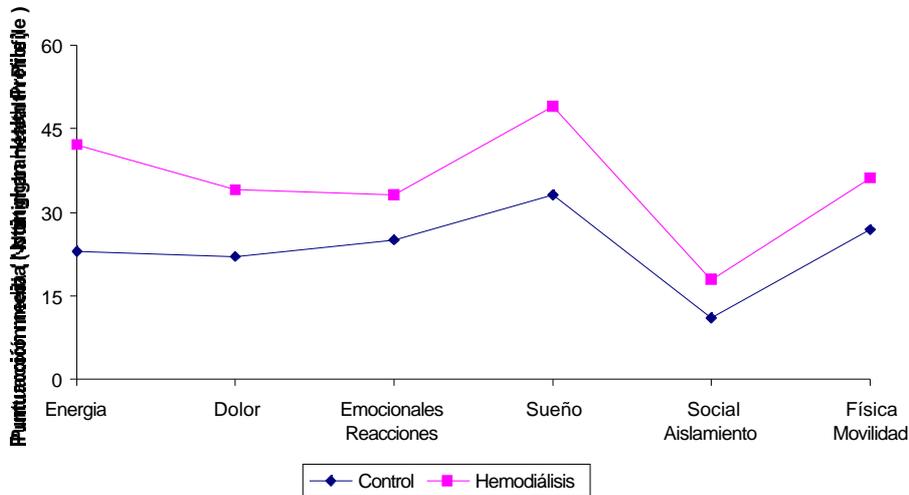


Figura 1

La presencia de ansiedad/depresión (p<0,001), la DSKDQ y el IC (p<0,01), así como el número de medicaciones y la toma de hipotensores (p<0,1) mostraron correlaciones estadísticamente significativas con la puntuación global del NHP. Para el análisis de regresión logística se consideraron como grupo los quince pacientes que tenían AR y depresión clínicamente significativas y se dividió la muestra entre aquellos cuya puntuación en el NHP era mayor que la mediana del conjunto de pacientes (peor CVRS) y aquellos en los que la puntuación era menor o igual a dicha mediana (mejor CVRS). Las únicas variables que predecían la puntuación global del NHP de forma independiente fueron la dimensión síntomas del KDQ y la presencia de ansiedad/depresión (tabla 3).

**Tabla 3**  
**VARIABLES predictoras de la puntuación global del NHP**  
Intervalo de confianza del 95%

VARIABLE	Odds ratio	Inferior	Superior	P
Síntomas (KDQ)	1,71	1,05	2,77	= 0,03
Ansiedad/depresión	11,06	1,18	103,68	= 0,04

Significación del modelo ( $p < 0,001$ )

En el estudio antes mencionado (4), también encuentran que los síntomas físicos tienen un impacto significativo, e independiente del de otras variables, sobre la CVRS de sus pacientes.

### CONCLUSIONES

Las principales conclusiones de este estudio son:

1.- Nuestros pacientes en programa de HD presentan "malestar" inducido por una serie de síntomas físicos (especialmente: cansancio, sed, prurito, dolores osteoarticulares y alteraciones del sueño) que, salvo por la edad y el IC, no se explican por ninguna otra característica sociodemográfica ni clínica.

2.- En pacientes con IRCT en programa de HD, la DSKDQ parece un instrumento adecuado para la evaluación del "malestar" inducido por síntomas físicos.

3.- Alrededor de una cuarta parte de nuestros pacientes presenta sintomatología ansiosa relevante y cerca de la mitad depresión, estando ambos trastornos asociados a la presencia de síntomas físicos.

4.- La CVRS de nuestros pacientes se ve significativamente afectada tanto por los síntomas físicos como por los trastornos emocionales.

En resumen, para poder mejorar la CVRS de nuestros pacientes resulta necesario tratar los síntomas físicos y, al mismo tiempo, disponer de apoyo psicológico que permita abordar con garantía el diagnóstico y tratamiento de sus trastornos emocionales.

### AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen la colaboración de los alumnos y profesores de la Facultad de Psicología (Universidad SEK) y del personal de enfermería y médico de la Sección de Nefrología del Hospital General de Segovia y del Centro "Los Olmos" (Fundación Renal).

### BIBLIOGRAFÍA

- Magaz A. y cols. Problemas psicológicos y sociales en los pacientes en hemodiálisis. En *Tratado de hemodiálisis*. Ed. Medical JLMS, S.L., 1999: 507-513.
- Muñoz J.J. y cols. Estudio de la ansiedad y depresión de enfermos en hemodiálisis. *Comunicación al Congreso de la SEN*. Salamanca. 1996.
- Álvarez-Ude F. y cols. Alteraciones del sueño y salud percibida en pacientes en hemodiálisis crónica. *Nefrología*. Vol. XIX. Núm. 2, 1999: 168-176.
- Merkus P.M. y cols. Physical symptoms and quality of life in patients on chronic dialysis: results of The Netherlands Cooperative Study on Adequacy of Dialysis (NECOSAD). *Nephrol Dial Transplant*. Vol. 14. 1999: 1163-1170.

5. Alvarez-Ude F. y cols. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes en programa de hemodiálisis y DPCA de Segovia. *Nefrología*. Vol. XV. Núm. 6 1995: 572-580.
6. Rettig A y cols. Assessing Health and Quality of Life Outcomes in Dialysis: A Report on an Institute of Medicine Workshop. *Am J Kidney Dis*, Vol. 30, nº 1, 1997:140-155.
7. García M.P. y cols. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trasplante renal y hemodiálisis. *Enfermería Clínica*, Vol. 6, Núm. 4, 1996:139-143.
8. Alonso J. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res*. Vol 3. 1994:385-393.
9. Alvarez-Ude F. y cols. Adaptación transcultural y validación preliminar del Kidney Disease Questionnaire (Cuestionario de la enfermedad renal). *Nefrología*. Vol. XVII, nº 6. 1997: 486-496.
10. Spielberger C.D. y cols. Consulting Psychologists TRESS, INC. California 1970. Versión española sección de estudios TEA ed SA en colaboración con J. Bermúdez Moreno, Madrid, 1982.
11. Sanz J. y Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*. Vol.10, nº 2. 1998:303-318.
12. Rebollo P. y cols. Salud percibida en pacientes mayores de 65 años en tratamiento sustitutivo renal. *Nefrología*. Vol. XIX, supl. 1. 1999:73-83.