

Programa de Hemodiálisis. Servicio de Nefrología. Hospital “Hermanos Ameijeiras”. La Habana.

CALIDAD DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE SUJETO A HEMODIÁLISIS CRÓNICA AMBULATORIA

Celia Cárdenas Vargas¹, Mirosłaba Dalas Guiber², María Elena Rodríguez Lafuente¹, Dulce María Sanz Guzmán¹.

RESUMEN

La asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el estado nutricional del paciente sujeto a hemodiálisis (HD) ambulatoria se evaluó mediante un estudio transversal completado con 30 pacientes (*Hombres*: 46.7%; *Edades* ≥ 60 años: 23.3%; *Tiempo de permanencia en HD*: 44.4 ± 41.1 meses) en el Servicio de Nefrología, Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” (La Habana, Cuba), entre Enero del 2011 y Diciembre del 2011. El estado nutricional se estableció mediante la Encuesta Subjetiva Global (ESG) de Detsky *et al.* (1987). La calidad de vida del paciente nefrópata se evaluó mediante el cuestionario SF-36. La frecuencia corriente de desnutrición fue del 6.7%. El Índice de Masa Corporal (IMC) se distribuyó como sigue: *IMC* $< 18.5 \text{ Kg.m}^{-2}$: 3.3%; *IMC* entre $18.5 - 24.9 \text{ Kg.m}^{-2}$: 80.0%; y *IMC* $\geq 25.0 \text{ Kg.m}^{-2}$: 16.7%; respectivamente. La calidad de vida relacionada con la salud se distribuyó como sigue: *Baja/Disminuida*: Calificaciones $< 50.0\%$: 43.3%; *Moderada/ Intermedia*: Calificaciones entre $50.0 - 79.0\%$: 40.0%; y *Elevada*: Calificaciones $\geq 80.0\%$: 16.7%; respectivamente. La calidad de vida relacionada con la salud del nefrópata sujeto a diálisis crónica fue independiente del estado nutricional. **Cárdenas Vargas C, Dalas Guiber M, Rodríguez Lafuente ME, Sanz Guzmán DM.** *Calidad de vida y estado nutricional del paciente sujeto a hemodiálisis crónica ambulatoria. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2016;26(2):206-223. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.*

Palabras clave: *Estado nutricional / Calidad de vida / Enfermedad Renal Crónica / Hemodiálisis.*

¹ Licenciada en Enfermería. Máster en Enfermería. ² Médico, Especialista de Primer Grado en Nefrología. Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) consiste en la pérdida lenta y progresiva, casi siempre irreversible, de las funciones del riñón como consecuencia de enfermedades que destruyen el parénquima renal.¹ La ERC se acompaña de un catabolismo acelerado que facilita el deterioro nutricional de los enfermos que la padecen.² Por otra parte, durante la terapia dialítica se producen pérdidas importantes de aminoácidos, hierro y otros micronutrientes, lo que en muchas ocasiones se traduce en el deterioro nutricional del enfermo.³⁻⁴ A todo lo anterior se le suma el estado anoréxico condicionado por la uremia, los métodos dialíticos empleados en el control de la misma, y las restricciones dietéticas que se le hacen cumplir a estos enfermos.⁵

Hasta la aparición de las técnicas de sustitución de la función renal en los 1960s, la ERC era un proceso irreversible y terminal a corto plazo. La diálisis ha servido entonces para alargar significativamente la expectativa de vida del nefrópata terminal. Pero ello ha llevado a otras consideraciones igualmente importantes para esta enfermedad. En escenarios cada vez más marcados por los aspectos económicos de las prestaciones y el costo del tratamiento depurador, se pone en duda la efectividad del mismo si no se acompaña de un impacto tangible sobre la calidad de vida del nefrópata.⁶

El paciente nefrópata en HD crónica suele presentar un grave deterioro de tanto la autonomía individual como la familiar.⁷ Se debe hacer notar que el mismo se hace dependiente irremediablemente no solo de la máquina depuradora y el personal especializado que la opera y que a la vez administra los tratamientos prescritos,⁸ sino también del curso de la enfermedad que le condujo a la pérdida de la función renal, de la existencia y alcance del soporte familiar y social, y de las restricciones dietéticas a las

que tiene que adherirse, entre otras tensiones. El paciente se ve forzado muchas veces a abandonar el puesto laboral que ocupa, lo que limita aún más su validismo y autonomía;⁹ la vida sexual no le resulta gratificante o la tiene que interrumpir;¹⁰ y debe enfrentar una carga de morbilidad sobreañadida debido a enfermedades precipitadas por la respuesta al esquema depurador.¹¹ Todo lo expuesto suele confluir en el quebrantamiento de la salud física y mental del enfermo, así como el deterioro de su funcionalidad familiar y social.

La evolución del concepto de salud que ha ido aparejada a la revolución tecnológica ocurrida en la terapéutica médica en las últimas décadas ha servido para evidenciar que el estado de salud de la persona se vincula con factores que trascienden lo meramente biológico, y que determinan la calidad con la que el paciente vive y percibe su vida y su enfermedad, como parte integrante de una estructura subjetiva de lo que se ha dado en denominar como “calidad de vida”.¹² Así, la calidad de vida se emplea cada vez más en la toma de decisiones respecto a la introducción de nuevos tratamientos, la evaluación de la efectividad de los mismos, y el examen de los programas de asistencia sanitaria.¹³ Luego, el objetivo del tratamiento dialítico trascendería la mera estabilización clínica y metabólica para asegurar la máxima calidad de vida del enfermo.

Técnicamente, la “calidad de vida relacionada con la salud” (CVRS) se refiere a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, y en especial de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.¹⁴ La CVRS se ha utilizado para distinguir diferencias entre pacientes que compartirían características y propiedades corporales, bioquímicas y fisiológicas; para predecir la respuesta de los mismos al tratamiento administrado (incluido el fracaso

terapéutico y la mortalidad); y en el proceso, evaluar el impacto alcanzado.

En lo que concierne al personal de Enfermería, el estudio de la calidad de vida del paciente sujeto a diálisis crónica permitiría el conocimiento integral de las relaciones que sostiene con los prestadores de cuidados, familiares y otros enfermos; y con ello, la individualización de las actuaciones según las características y situaciones de vida, y la definición de diferentes alternativas en relación con el estado presente de salud.¹⁵

La calidad de vida pudiera estar entrelazada con el estado nutricional del nefrópata sujeto a diálisis crónica. La desnutrición energético-nutricional (DEN) pudiera afectar a muchos de los admitidos en un programa de depuración renal crónica, y determinar igualmente la respuesta al tratamiento, el estado de salud, y la propia supervivencia del enfermo.¹⁶ Asimismo, la DEN podría afectar la calidad de vida del nefrópata al limitar su autonomía y validismo, y de esta manera, su desempeño familiar, laboral y social.¹⁷ Hasta el momento en que se decidió la conducción de esta investigación, no se tenían reportes de la naturaleza y fuerza de la asociación que estas dos categorías podrían sostener entre sí. En consecuencia, se ha completado este estudio que ha estado orientado a dirimir si la calidad de vida relacionada con la salud del nefrópata sujeto a diálisis está relacionada de alguna manera con el estado nutricional del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio: Transversal, analítico.

Locación del estudio: Programa de Hemodiálisis, Servicio de Nefrología. Hospital Clínico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" (La Habana, Cuba).

Serie de estudio: Fueron elegibles para ser incluidos en este estudio los pacientes nefrópatas sujetos a hemodiálisis (HD) como tratamiento depurador renal que fueron atendidos entre Enero del 2011 y Diciembre del 2011, consintieron en participar, y no mostraron incapacidad cognitiva para comprender y responder a los cuestionarios previstos por el diseño experimental de la investigación.

De cada sujeto se obtuvieron el sexo (Masculino/Femenino), la edad (< 60 años vs. ≥ 60 años), el color de la piel (Blanca/Otros), la causa de pérdida de la función renal y el tiempo de permanencia en el programa de HD.

El tiempo de permanencia en el programa de HD se obtuvo de los meses transcurridos entre el momento de la admisión en el presente estudio y la entrada en el programa de HD, y se estratificó como sigue: ≤ 6 meses, Entre 7 – 12 meses, Entre 13 – 36 meses, y +36 meses; respectivamente.

Evaluación nutricional: El estado nutricional del nefrópata se estableció mediante la Encuesta Subjetiva Global (ESG) de Detsky *et al.* (1987).¹⁸ Brevemente, el estado nutricional fue calificado de acuerdo con el cambio observado en el peso corporal en los últimos 6 meses, la modificación de los ingresos dietéticos ocurrida en igual período, la autonomía y el validismo del enfermo, la presencia de edemas, y el estado de las masas musculares y el panículo adiposo. Concluido el ejercicio, el paciente se asignó a cualquiera de 3 diagnósticos nutricionales después de la administración de la ESG según el puntaje recibido: Puntaje C: *Gravemente Desnutrido*; Puntaje B: *Moderadamente Desnutrido/En riesgo de estarlo*; y Puntaje A: *No Desnutrido*; respectivamente.

Tabla 1. Cuestionario SF-36. Aspectos cubiertos de los dominios físico, psicológico y social del nefrópata, y descripción de los mismos.

Aspecto	Ítems	Niveles	Descripción
Función física	10	21	Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, recoger o transportar pesos; así como la realización de esfuerzos moderados e intensos.
Rol físico	4	5	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias del enfermo, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas, o la dificultad en la realización de tales actividades.
Dolor corporal	2	11	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
Salud general	5	21	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro, y la resistencia a enfermar.
Vitalidad	4	21	Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
Función social	2	9	Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
Rol emocional	3	4	Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado, y una disminución del cuidado al trabajar.
Salud mental	5	26	Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta, el control emocional, y el efecto positivo en general.
Evolución Declarada de la Salud	1	5	Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.
Totales	36	123	

Fuente: Referencia [20].

Evaluación antropométrica: De cada paciente se obtuvieron la Talla (centímetros) y el Peso corporal (kilogramos), con una exactitud de una décima. El peso corporal se registró al término de la sesión de diálisis.

Las variables antropométricas se obtuvieron de acuerdo con los procedimientos avanzados localmente.¹⁹ El

Índice de Masa Corporal (IMC) se calculó de los valores obtenidos de Talla y Peso corporal, y se estratificó como sigue: *Peso disminuido para la Talla:* $IMC < 18.5 \text{ Kg.m}^{-2}$; *Peso preservado para la Talla:* IMC entre $18.5 - 24.9 \text{ Kg.m}^{-2}$; y *Peso excesivo para la Talla:* $IMC \geq 25.0 \text{ Kg.m}^{-2}$; respectivamente.

Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del nefrópata se midió mediante el Cuestionario SF-36 de Salud en 36 ítems que cubren 8 aspectos de los dominios físico, psicológico y social del nefrópata.²⁰ La Tabla 1 muestra los 8 aspectos cubiertos por el cuestionario.

Los distintos ítems del cuestionario SF-26 se calificaron individualmente según ha sido descrito previamente.²⁰ Concluido este paso, la CVRS se denotó de la manera siguiente: *Elevada:* Puntajes entre 80 – 100%; *Moderada/Intermedia:* Puntajes entre 50 – 79%; y *Baja/Disminuida:* Puntajes < 50%; respectivamente.

Procesamiento de los datos y análisis estadístico-matemático de los resultados: Los datos demográficos, clínicos, antropométricos; junto con los resultados del cuestionario SF-36, se anotaron en los formularios de la investigación, y se ingresaron en una hoja de cálculo electrónica confeccionada con EXCEL para OFFICE de WINDOWS (Microsoft, Redmon, Virginia, Estados Unidos).

Se empleó el sistema de gestión estadística SPSS versión 11.5 (SPSS Inc., New York) para el procesamiento de los datos y el análisis estadístico-matemático de los resultados.

Según el tipo de la variable, los datos recolectados se redujeron hasta estadígrafos de locación (media), dispersión (desviación estándar), y agregación (frecuencias absolutas | relativas, porcentajes).

La naturaleza y la fuerza de la asociación entre la calidad de vida y el estado nutricional del nefrópata se estimaron mediante tests de independencia basados en la distribución ji-cuadrado.²¹ En todo momento se empleó un nivel de significación menor del 5% para denotar la asociación como significativa.²¹

Consideraciones éticas: A la inclusión en el estudio, el paciente fue informado de la esencia de la investigación, los objetivos a alcanzar, el carácter no invasivo de los procedimientos contemplados en el diseño experimental, y la utilidad científica de la misma; y se le solicitó el correspondiente consentimiento.

Se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los datos recuperados de los pacientes mediante la custodia de los formularios del estudio y el contenedor digital empleado para el almacenamiento de los datos.

La voluntad expresada del paciente de no participar en este estudio no implicó merma en la calidad de la atención médica dispensada, o, por la misma razón, pérdida de oportunidades terapéuticas.

RESULTADOS

La serie de estudio quedó conformada por 30 pacientes de ambos sexos atendidos durante la ventana de observación del estudio en el programa hospitalario de hemodiálisis ambulatoria.

La Tabla 2 muestra las características demográficas y clínicas de la serie de estudio. Predominaron las mujeres sobre los hombres. Los sujetos de piel blanca fueron mayoría. La edad promedio fue de 46.8 ± 13.9 años. Poco más de la quinta parte de los pacientes tenía edades mayores de 60 años.

La HTA y la Diabetes compusieron la mitad de las causas de pérdida de la función renal.

El tiempo promedio de permanencia en el programa dialítico fue de 44.4 ± 41.1 meses. El 40.0% de los pacientes acumulaba 3 (o más) años de inclusión en el programa. Es de señalar que 6 enfermos llevaban más de 8 años sujetos a diálisis.

Tabla 2. Características demográficas y clínicas de los pacientes examinados. Según el tipo de la variable, se presentan la media \pm desviación estándar de la característica, o los enfermos incluidos en cada uno de los estratos de distribución de la categoría.

Característica	Hallazgos
Sexo	Masculino: 13 [43.3] Femenino: 17 [56.7]
Edad, años, media \pm desviación estándar	46.8 \pm 13.9
Edad, años	< 60 años: 23 [76.7] \geq 60 años: 7 [23.3]
Color de la piel	Blanca: 16 [53.3] No blanca: 14 [46.7]
Causa de pérdida de la función renal	HTA: 8 [26.7] Diabetes: 7 [23.3] Otras: 15 [50.0] [¶]
Tiempo de permanencia en el programa, meses, media \pm desviación estándar	44.4 \pm 41.1 meses
Tiempo de permanencia en el programa	< 12 meses: 10 [30.0] Entre 1 – 3 años: 8 [26.7] \geq 3 años: 12 [40.0]

[¶] Otras: Glomerulopatías crónicas (5), Poliquistosis renal (3), Nefropatía obstructiva (2), No precisadas (5).

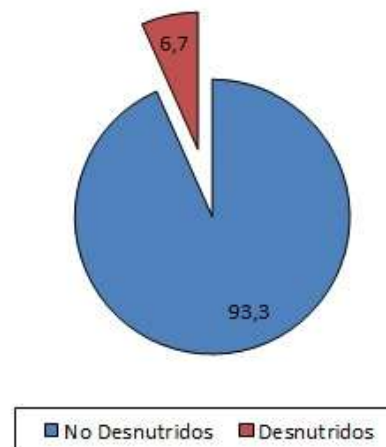
Tamaño de la serie: 30.

Fuente: Registros del estudio.

La Figura 1 muestra el estado nutricional de los nefrópatas examinados en el estudio después de la administración de la ESG. La desnutrición solo estaba presente en el 6.7% de los sujetos: un claro contraste con los hallazgos reportados en el pasado en la unidad.²²⁻²³ En este punto, se debe dejar dicho que se ha asignado una nutricionista a la unidad encargada de la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al nefrópata (evaluación nutricional incluida),

la mejoría de la prescripción dietética, la articulación de esquemas de apoyo nutricional artificial en los casos que sea necesario, la administración post-diálisis de eritropoyetina recombinante (producida en el país), y la infusión de hierro-dextrán durante las sesiones de diálisis.²⁴

Figura 1. Estado nutricional de los nefrópatas examinados en el estudio. El estado nutricional se estableció mediante la Encuesta Subjetiva Global adelantada por Detsky *et al.* (1987).

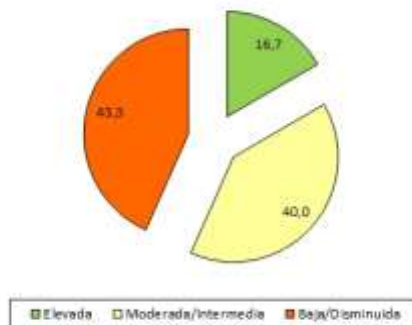


Tamaño de la serie: 30.

Fuente: Registros del estudio.

El IMC promedio de la serie de estudio fue de $23.1 \pm 3.9 \text{ Kg.m}^{-2}$. De acuerdo con el valor del IMC, los pacientes se distribuyeron como sigue: $IMC < 18.5 \text{ Kg.m}^{-2}$: 3.3%; IMC entre $18.5 - 24.9 \text{ Kg.m}^{-2}$: 80.0%; y $IMC \geq 25.0 \text{ Kg.m}^{-2}$: 16.7%; respectivamente.

Figura 2. Estado de la calidad de vida relacionada con la salud del nefrópata sujeto a hemodiálisis crónica.



Tamaño de la serie: 30.

Fuente: Registros del estudio.

La Figura 2 muestra el estado de la calidad de vida del nefrópata sujeto a hemodiálisis crónica. El 83.3% de los sujetos mostró calificaciones de la CVRS entre Baja y Moderada. La CVRS fue independiente del sexo (Calificaciones < 80%: *Hombres*: 76.9% vs. *Mujeres*: 88.2%; $\Delta = -11.3\%$; $\chi^2 = 1.10$; $p > 0.05$) y la edad del sujeto (Calificaciones < 80%: < 60 años: 82.6% vs. > 60 años: 85.7%; $\Delta = -3.1\%$; $\chi^2 = 1.16$; $p > 0.05$). Igualmente, la CVRS fue independiente del tiempo de permanencia en el programa de HD: Calificaciones < 80%: < 12 meses: 80.0%; Entre 1 – 3 años: 87.5%; y > 3 años: 83.3%; respectivamente ($\chi^2 = 1.88$; $p > 0.05$).

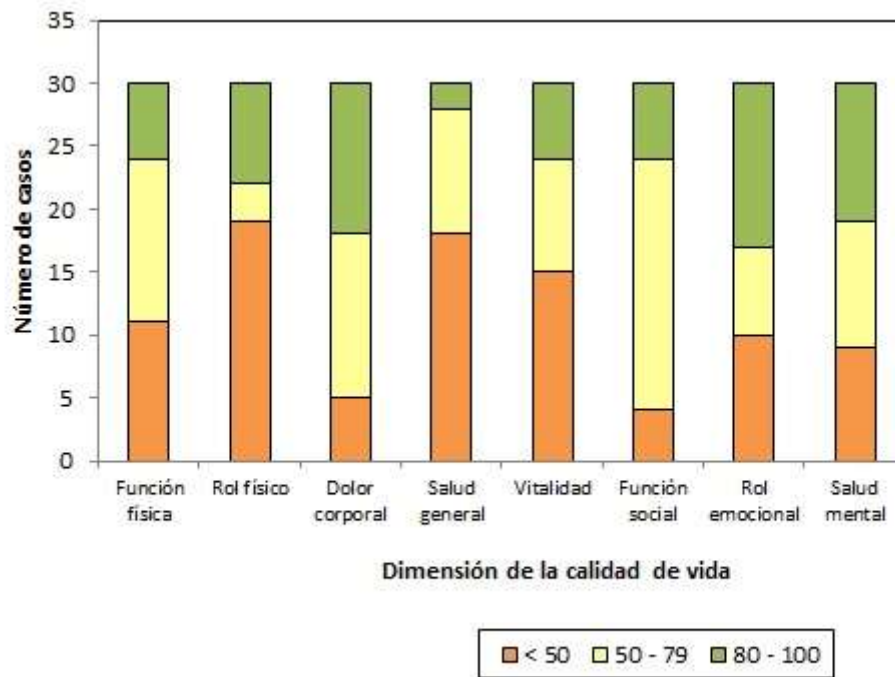
La Figura 3 muestra las calificaciones hechas en cada dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud se muestran en el siguiente gráfico. Predominaron las calificaciones entre “Baja” y “Moderada” de la CVRS independientemente de la dimensión examinada. Las calificaciones < 80% se distribuyeron como sigue (en

orden descendente) según la dimensión correspondiente: *Salud general*: 93.3%; *Función física*: 80.0%; *Vitalidad*: 80.0%; *Función social*: 80.0%; *Rol físico*: 73.3%; *Salud mental*: 63.3%; *Dolor corporal*: 60.0%; y *Rol emocional*: 56.7%; respectivamente.

La administración del cuestionario SF-36 se completó con una indagación sobre la “Evolución Declarada de salud” para que el paciente expresara cómo percibía su estado corriente de salud respecto del que experimentó 12 meses. La mitad de los pacientes declaró que se sentía mejor (“*Mejor ahora*”: 33.3%; “*Algo mejor ahora*”: 16.7%). Por el contrario, el 40.0% de los encuestados refirió que su estado de salud había empeorado (“*Peor ahora*”: 30.0%; “*Mucho peor ahora*”: 10.0%). La décima parte de los examinados expresó que su estado de salud había permanecido sin cambios en el último año transcurrido.

La CVRS fue independiente del estado nutricional del enfermo: hallazgo anticipado dada la plausibilidad de los datos: Calificación “Baja/Moderada”: Puntajes < 80.0%: *Desnutridos*: 50.0% vs. *No Desnutridos*: 85.7% ($p > 0.05$; test de independencia basado en la distribución ji-cuadrado). El uso de una modificación de la ESG orientada hacia la ERC²⁵ tampoco devolvió una asociación importante entre la CVRS y el estado nutricional del nefrópata: Calificación “Baja/Moderada”: Puntajes < 80.0%: *Gravemente malnutrido*: Puntajes entre 1 – 2: 100.0%; *Moderadamente malnutrido*: Puntajes entre 3 – 5: 75.0%; y *No malnutrido*: Puntajes entre 6 – 7: 83.3% ($p > 0.05$; test de independencia basado en la distribución ji-cuadrado). Se ha destacar que esta modificación de la ESG “penaliza” de igual manera tanto la desnutrición energético-nutricional (DEN) como el exceso de peso.

Figura 3. Calificaciones hechas en cada dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud del nefrópata sujeto a hemodiálisis crónica.



Tamaño de la serie: 30.

Fuente: Registros del estudio.

De forma similar, la CVRS fue independiente también del IMC del paciente: Calificación “Baja/Moderada”: Puntajes < 80.0%: $IMC < 18.5 \text{ Kg.m}^{-2}$: 100.0%; IMC entre $18.5 - 24.9 \text{ Kg.m}^{-2}$: 79.2%; y $IMC \geq 25.0 \text{ Kg.m}^{-2}$: 100.0% ($p > 0.05$; test de independencia basado en la distribución ji-cuadrado).

DISCUSIÓN

Este trabajo ha examinado la asociación que la CVRS sostiene con el estado nutricional del nefrópata sujeto a diálisis crónica. La CVRS suele estar

disminuida en estos pacientes en virtud de la evolución de la enfermedad que condiciona la pérdida de la función renal, la cronicidad del tratamiento dialítico, la respuesta a la terapia sustitutiva, y las comorbilidades que se añaden sobre la condición primaria de salud.²⁶⁻³⁰ Coincidentemente con otros reportes, la presente investigación encontró que la CVRS estaba disminuida en los nefrópatas atendidos en el programa hospitalario de HD tanto globalmente, como en 6 de los 8 ítems del instrumento.

La desnutrición ha sido señalada como un elemento distintivo de los nefrópatas atendidos dentro de los programas de terapia dialítica,^{5,31} y suele acompañarse de una mala respuesta terapéutica, una mayor tasa de complicaciones (muerte incluida), y pérdida del validismo y la autonomía.³² Se podría avanzar entonces que la desnutrición podría repercutir en una peor calidad de vida del enfermo, lo que justificaría (adicionalmente) el reconocimiento e intervención de esta co-morbilidad. Sin embargo, el estudio concluido no encontró asociación alguna entre la CVRS y el estado nutricional del nefrópata. De hecho, el estudio reveló una tasa reducida de desnutrición entre los nefrópatas examinados: un hallazgo diametralmente opuesto a lo constatado en sucesivas indagaciones hechas en el servicio hospitalario de HD.²²⁻²³

Se debe aclarar que este trabajo no estuvo orientado a evaluar el estado nutricional del nefrópata sujeto a HD, y por lo tanto, no fue del interés de los investigadores indagar en las causas del cambio ocurrido en el cuadro nutricional del enfermo. La reducción de la tasa de desnutrición pudiera ser el impacto acumulado de las intervenciones hechas en el servicio para reconocer tempranamente, e intervenir oportunamente, esta condición. Una mejor apreciación de la prescripción dietética como herramienta terapéutica puede también conducir a ingresos alimenticios aumentados, y por extensión, a un mejor estado nutricional.³³ La introducción de mejoras tecnológicas en la prestación de la terapia dialítica también pudiera haber contribuido al cambio observado en el estado nutricional del enfermo.²³

Pero en el momento actual, es muy probable que el exceso de peso sea el fenotipo que domine el cuadro nutricional del programa hospitalario de HD. Si se

juzga del valor corriente del IMC, uno de cada 8 pacientes se muestra con un peso excesivo para la talla, en ausencia de edemas u otros trastornos de la distribución hídrica.

El exceso de peso, y la obesidad como la forma extrema de este fenotipo, se ha expandido significativamente en Cuba en las últimas décadas.³⁴ Debe reconocerse que de la mano del exceso de peso se presentan la Diabetes mellitus y la hipertensión arterial, precisamente las entidades que determinan la mayor afluencia de pacientes a los programas locales de terapia sustitutiva renal.³⁵⁻³⁶ Luego, es muy probable que las comorbilidades sumadas por estas (y otras) enfermedades crónicas no transmisibles, los tratamientos medicamentosos que conllevan, y la cronicidad de los mismos, se conviertan en otra causa no menos importante de deterioro de la CVRS del nefrópata sujeto a diálisis crónica. Aunque varios autores han visto en la obesidad un factor de protección contra las complicaciones asociadas a la ERC y la terapia dialítica, no debe pasarse por alto que la presencia desproporcionada de la grasa corporal puede afectar la respuesta terapéutica e incrementar el riesgo de complicaciones peridialíticas.³⁷⁻³⁸

CONCLUSIONES

En el momento actual, el estado nutricional del nefrópata sujeto a diálisis crónica no influye sobre la CVRS. Tampoco lo hace ninguna de las características demográficas y clínicas evaluadas, como el sexo, la edad, y el tiempo de permanencia en diálisis. Para cualquier predictor examinado, la CVRS fue de “Moderada” hacia “Baja”. Una proporción importante de enfermos refirió que su estado de salud había empeorado durante los últimos 12 meses de evolución de la dolencia.

Futuras extensiones

Esta investigación debería ir seguida de otras que expongan los predictores de la CVRS del nefrópata sujeto a diálisis crónica. Se podría especular que la polimedicación implementada para el control de los síntomas, la colocación de fístulas venosas para la administración de la diálisis, e incluso las condiciones constructivas y organizativas de la unidad donde el paciente recibe el tratamiento depurador; pudieran influir sobre cómo él/ella vive su enfermedad y enfrenta los retos de la cronicidad de la misma.

AGRADECIMIENTOS

Dr. Sergio Santana Porbén, Editor-Ejecutivo de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, por la ayuda brindada en la redacción de este ensayo.

SUMMARY

Association between health-related quality of life (HRQL) and nutritional status of end-stage kidney disease (ESKD) patient subjected to ambulatory hemodialysis (HD) was assessed by means of a cross-sectional study completed with 30 patients (Males: 46.7%; Ages \geq 60 years: 23.3%; Time of admission in the HD program: 44.4 ± 41.1 months) at the Service of Nephrology, "Hermanos Ameijeiras" Hospital (Havana City, Cuba), between January 2011 and December 2011. Nutritional status was established by means of the Subjective Global Assessment survey developed by Detsky et al. (1987). ESKD patient's quality of life was assessed with the SF-36 questionnaire. Current malnutrition frequency was 6.7%. Body Mass Index (BMI) values distributed as follows: BMI < 18.5 Kg.m⁻²: 3.3%; BMI between 18.5 – 24.9 Kg.m⁻²: 80.0%; and BMI ≥ 25.0 Kg.m⁻²: 16.7%; respectively. HRQL distributed as follows: Low/Reduced: Scores $< 50.0\%$: 43.3%; Moderate/ Intermediate: Scores between 50.0 – 79.0%: 40.0%; and High: Scores $\geq 80.0\%$: 16.7%; respectively. HRQL of the ESKD patient

subjected to chronic dialysis was independent from nutritional status. Cárdenas Vargas C, Dalas Guiber M, Rodríguez Lafuente ME, Sanz Guzmán DM. Quality of life and nutritional status of the patient subjected to ambulatory chronic dialysis. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2016;26(2):206-223. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Subject headings: Nutritional status / Quality of life / Chronic Kidney Disease / Hemodialysis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Atkins RC. The epidemiology of chronic kidney disease. *Kidney Int* 2005; 67(Suppl):S14-S18.
2. Kalantar-Zadeh K, Ikizler TA, Block G, Avram MM, Kopple JD. Malnutrition-inflammation complex syndrome in dialysis patients: Causes and consequences. *Am J Kidney Dis* 2003; 42:864-81.
3. Hynote ED, McCamish MA, Depner TA, Davis PA. Amino acid losses during hemodialysis: Effects of high-solute flux and parenteral nutrition in acute renal failure. *JPEN J Parenter Enter Nutr* 1995;19:15-21.
4. Bergström J, Fürst P, Alvestrand A, Lindholm B. Protein and energy intake, nitrogen balance and nitrogen losses in patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Kidney Int* 1993;44:1048-57.
5. Mitch WE. Malnutrition: A frequent misdiagnosis for hemodialysis patients. *J Clin Invest* 2002;110:437-9.
6. Valderrábano F, Jofre R, López-Gómez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 38:443-64.
7. Furr LA. Psycho-social aspects of serious renal disease and dialysis: A review of the literature. *Social Work Health Care* 1998;27:97-118.

8. Hagren B, Pettersen IM, Severinsson E, Lützén K, Clyne N. The haemodialysis machine as a lifeline: Experiences of suffering from end-stage renal disease. *J Advanced Nursing* 2001;34:196-202.
9. Blake C, Codd MB, Cassidy A, O'Meara YM. Physical function, employment and quality of life in end-stage renal disease. *J Nephrol* 1999;13:142-9.
10. Palmer BF. Sexual dysfunction in men and women with chronic kidney disease and end-stage kidney disease. *Advances Renal Replacement Ther* 2003;10:48-60.
11. Jablonski A. The illness trajectory of end-stage renal disease dialysis patients. *Res Theory Nursing Practice* 2004;18: 51-72.
12. Schalock RL. Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life. *Quality Life* 1996;1: 123-39.
13. Dolan P. The measurement of health-related quality of life for use in resource allocation decisions in health care. *Handbook Health Economics* 2000;1: 1723-60.
14. Schalock RL. The concept of quality of life: What we know and do not know. *J Intellectual Disability Res* 2004;48: 203-16.
15. Kimmel PL, Emont SL, Newmann JM, Danko H, Moss AH. ESRD patient quality of life: Symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. *Am J Kidney Dis* 2003;42: 713-21.
16. Morsch CM, Gonçalves LF, Barros E. Health-related quality of life among haemodialysis patients- Relationship with clinical indicators, morbidity and mortality. *J Clinical Nursing* 2006;15: 498-504.
17. Walters BA, Hays RD, Spritzer KL, Fridman M, Carter WB. Health-related quality of life, depressive symptoms, anemia, and malnutrition at hemodialysis initiation. *Am J Kidney Dis* 2002;40: 1185-94.
18. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KH. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN* 1987;11:8-13. Reimpreso en: *Nutrición Hospitalaria [España]* 2008; 23(4):395-407.
19. PNO 3.03.98.: Mediciones antropométricas. Grupo de Apoyo Nutricional. Hospital Clínico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana. Segunda Edición: 2012.
20. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992;473-83.
21. Santana Porbén S, Martínez Canalejo H. Manual de Procedimientos Bioestadísticos. Editorial EAE Académica Española. Madrid: 2012.
22. Ordóñez Pérez V, Barranco Hernández E, Guerra Bustillo G, Barreto Penié J, Santana Porbén S, Espinosa Borrás A; *et al.* Estado nutricional de los pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en el programa de Hemodiálisis del Hospital Clínico-Quirúrgico" Hermanos Ameijeiras". *Nutrición Hospitalaria [España]* 2007;22:677-94.
23. Riverol Hidalgo Y, Pacheco Fuentes M, Sanz Guzmán D, Santana Porbén S. Ingresos dietéticos en los pacientes atendidos en un Programa hospitalario de hemodiálisis. Relación con la frecuencia de diálisis y el estado nutricional. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2010;20: 35-56.
24. Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo. Sociedad Cubana de Nefrología. La Alimentación y la Nutrición en la Enfermedad Renal Crónica. Resúmenes de un Taller de expertos. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2014;24(2 Supl 1):S1-S186.

25. Kalantar-Zadeh K, Kleiner M, Dunne E, Lee GH, Luft FC. A modified quantitative subjective global assessment of nutrition for dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 1999;14:1732-8.
26. Cunha F, Teles Z L, Alves B. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis. *Revista de Enfermería* 2011;23:158-64.
27. Borroto G, Almeida J, Lorenzo A, Alfonso F, Guerrero C. Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal. *Rev Cubana Medicina* 2007;46:32-9.
28. Contreras F, Esquerro G, Espinosa J, Gómez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana Psicología* 2007;10:169-79.
29. Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S; *et al.* Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey. *Urology* 2000;56:201-6.
30. Esquivel C, Prieto J, Robledo J, Ortega R, Martínez J, Velasco V. Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. *Med Int Méx* 2009;25:443-9.
31. Espahbodi F, Khoddad T, Esmaili L. Evaluation of malnutrition and its association with biochemical parameters in patients with end stage renal disease undergoing hemodialysis using subjective global assessment. *Nephro-urology Monthly* 2014;6(3):e16385. Disponible en: <http://numonthly.com/16385.fulltext>. Fecha de última visita: 24 de Febrero del 2016.
32. Kuhlmann MK, Levin NW. How common is malnutrition in ESRD? New approaches to diagnosis of malnutrition. *Blood Purif* 2008;26:49-53.
33. Santana Porbén S. Organización de la restauración hospitalaria para el nefrópata crónico. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2014;24(2 Supl 1): S127-S130.
34. Acosta Jiménez SM, Rodríguez Suárez A, Díaz Sánchez ME. La obesidad en Cuba. Una mirada a su evolución en diferentes grupos poblacionales. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2013;23:297-308.
35. Xue JL. Forecast of the number of patients with end-stage renal disease in the United States to the year 2010. *J Am Soc Nephrol* 2001;12:2753-8.
36. Almaguer M. Chronic kidney disease in Cuba. Epidemiological studies, integral medical care and strategies for prevention. *Renal Failure* 2006;28:671-6.
37. Park J, Ahmadi SF, Streja E, Molnar MZ, Flegal KM, Gillen D; *et al.* Obesity paradox in end-stage kidney disease patients. *Progress Cardiovascular Dis* 2014;56:415-25.
38. Segall L, Moscalu M, Hogaş S, Mititiuc I, Nistor I, Veisa G, Covic A. Protein-energy wasting, as well as overweight and obesity, is a long-term risk factor for mortality in chronic hemodialysis patients. *Int Urology Nephrol* 2014;46:615-21.

ANEXOS

Anexo 1. Formulario del Cuestionario de salud SF-36 administrado para la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Instrucciones:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que Usted piensa sobre su salud.

Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra Usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

Marque una sola respuesta.

1. En general, Usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal:

2. Su salud actual ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

3. Su salud actual ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la escoba o aspiradora, jugar a los bolos, o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual ¿le limita **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual ¿le limita **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

Anexo 1. Formulario del Cuestionario de salud SF-36 administrado para la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Continuación).

7. Su salud actual ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas:

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?
 - 1 Sí
 - 2 No
13. Durante las 4 últimas semanas ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?
 - 1 Sí
 - 2 No
14. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?
 - 1 Sí
 - 2 No
15. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal) a causa de su salud física?
 - 1 Sí
 - 2 No

Anexo 1. Formulario del Cuestionario de salud SF-36 administrado para la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Continuación).

16. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
 - 2 No
17. Durante las 4 últimas semanas ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
 - 2 No
18. Durante las 4 últimas semanas ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- 1 Sí
 - 2 No
19. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
- 1 Nada
 - 2 Un poco
 - 3 Regular
 - 4 Bastante
 - 5 Mucho
20. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- 1 No, ninguno
 - 2 Sí, muy poco
 - 3 Sí, un poco
 - 4 Sí, moderado
 - 5 Sí, mucho
 - 6 Sí, muchísimo
21. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- 1 Nada
 - 2 Un poco
 - 3 Regular
 - 4 Bastante
 - 5 Mucho

Anexo 1. Formulario del Cuestionario de salud SF-36 administrado para la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Continuación).

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas.

En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido Usted:

22. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

23. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas Veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas Veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas Veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

Anexo 1. Formulario del Cuestionario de salud SF-36 administrado para la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Continuación).

27. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

Anexo 1. Formulario del Cuestionario de salud SF-36 administrado para la medición de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Continuación).

Por favor, diga si le parece acertada o falsa cada una de las siguientes frases:

32. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

33. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa