



**PREMIOS ANUALES DE LA D.N.S.F.F.AA. AÑO 1999 - Área
Medicina: “PRIMER PREMIO MENCION ESPECIAL A LA EXCELENCIA**

<https://doi.org/10.35954/SM2001.23.1.7>

Calidad de vida en Hemodiálisis

May.(M) Juan Nin Ferrari

INTIR, CRANI, Servicio de Nefrología de H.C.F.F.AA.

RESUMEN

PALABRAS CLAVE: *Insuficiencia renal crónica
Hemodiálisis
Calidad de Vida
SIP
Karnofsky.*

La hemodiálisis (HD) como tratamiento sustitutivo de la función renal, ha prolongado considerablemente la vida de los insuficientes renales crónicos (IRC). Debemos ahora analizar la calidad de vida que les ofrecemos y si necesario mejorarla. Con este fin se realizó una traducción y adaptación del Sicknes Impact Profile (Bergner, 1977), así como desarrolló un programa informático (CALCSIP-I) para el cálculo del score global (EG), físico (EF) y psico-social (EPS), desarrollado en CLIPPER, para MS-DOS y procesador 386 o superior.

Se valoraron 65 IRC en HD, de 3 centros de diálisis, con nuestra adaptación del SIP y con el Índice de Karnosky (IK). La edad media fue de 55+-17 años, 39 (60%) de sexo masculino y 26 femenino, con un tiempo promedio en HD de 47+-42 meses. Del grupo 6/65 eran diabéticos (D) y los restantes no-diabéticos (noD). El ingreso medio fue de 3.9+-2 salario mínimo nacional (SMN) que se tomó igual a \$ 525 (US\$ 87).

El EG del SIP fue 19.8+-15 puntos, el EF 15.8+-9 y el EPS 22.5+-16 puntos. Del grupo 19/65 (29%) presentaron un EG entre 0-10, 24/65 (37%) entre 11-20, 10/65 (15%) entre 21-30 y los 12/65 restantes (18.5%) mayor de 31. De acuerdo al Ht, el EG se encontró: Ht=< 25% (N=17), 26+-17; Ht entre 26-31% (N=26), 19.7+-18 y Ht> 31%, 14+-8 (p = 0.003). El EG fue, según sus ingresos, en los < 3SMN (N=26) 26+-18 y en los > 3SMN (N=39) 16+-12 (p = 0.01). Los D (N=6) tuvieron un EG de 27+-18 y los noD (N=59) 19+-15 (p= 0.2). El IK fue 80+-18; 44/65 (68%) =o> de 80 (rehabilitados), de los cuales 32/65 (49%) fue =o> de 90. En los D el puntaje fue de 60+-15 y en los noD 82+-17 (p= 0.003); de los noD 44/59 (75%) tuvieron un puntaje 75, 8/59 (14%) de 70 y 7/59 (12%) <70; en los D (N=6), ninguno tuvo un puntaje >70, en 3/6 fue =70 y en 3/6 <70. Se encontró una relación lineal negativa entre los valores del EG del SIP y del IK, con un coeficiente de correlación de -0.91 y un R² de 0.84.

Creemos que nuestra adaptación del SIP es válida y tanto el SIP como su programa de cálculo son herramientas útiles para analizar la calidad de vida de los IRC en HD. El análisis preliminar de algunos de los datos recogidos apunta a que los pacientes mas afectados son los de menor Ht, menores ingresos y los diabéticos.

SUMARY

KEY WORDS: *Chronic renal failure; Hemodialysis; Quality of Life; SIP; Karnofsky.*

Hemodialysis (HD) as a substitute treatment of renal function, has considerably prolonged life for patients with chronic renal failure (CRF). Now we must analyze the quality of life we offer them and if it is necessary to improve it. To this end, the Sickness Impact Profile (Bergner, 1977) was translated and adapted, and a computer program was also developed (CALCSIP-I) in CLIPPER for MS-DOS and a 386 personal computer or superior, so as to calculate the global score (GS), physical score (PS) and psycho-social score (PSS).

We assessed 65 patients with CRF and HD, from 3 dialysis centers with our adaptation of the SIP and the Karnosky Index (KI). Median age was 55 ± 17 years, 39 (60%) were males and 26 females and a period of HD of 47 ± 42 months. From the group, 6/65 were diabetic (D) and the remaining patients were non-diabetic (non D). Median income was 3.9 ± 2 minimum national salary (MNS) that was considered as equivalent to Uruguayan \$ 525 (US\$ 87). The GS of SIP was 19.8 ± 15 points, the PS was 15.8 ± 9 and PSS was 22.5 ± 16 points. From the group 19/65 (29%) presented a GS between 0-10, 24/65 (37%) between 11-20, 10/65 (15%) between 21-30 and the remaining 12/65 over 31. According to Ht, GS was: Ht $\leq 25\%$ (N = 17), 26 ± 17 ; Ht between 26-31% (N = 26), 19.7 ± 18 and Ht $> 31\%$, 14 ± 8 ($p = 0.003$). The GS was, according to incomes, < 3 MNS (N = 26) 26 ± 18 and > 3 MNS (N = 39) 16 ± 12 ($p = 0.01$). D patients (N = 6) had a GS of 27 ± 18 and non-D patients (N 59) 19 ± 15 ($p = 0.2$). The KI was 80 ± 18 ; 44/65 (68%) ≥ 80 (rehabilitated), from whom 32/65 (49%) were ≥ 90 . In D patients it was 60 ± 15 and in non-D patients, 82 ± 17 ($p = 0.003$); from non-D patients 44/59 (75%) had a score of 75, 8/59 (14%) 70 and 7/59 (12%) < 70 ; in D patients (N = 6), none had a score > 70 , in 3/6 = 70 and 3/6 < 70 . It was found a negative lineal relation between GS values for SIP and KI, with a correlation coefficient of -0.91 and an R^2 of 0.84. We believe that our adaptation of the SIP is valid and that SIP as well as its calculation program are very useful tools to analyze quality of life for IRC patients in HD. A preliminary analysis of data obtained indicates that the most affected patients are diabetic, those who have lower Ht and lower incomes.

INTRODUCCION

Hasta la década del 60, la insuficiencia renal crónica terminal conducía inexorablemente, a la muerte del paciente. Con el desarrollo y el uso clínico de técnicas de sustitución de la función renal - hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y trasplante renal - se logro conservar la vida de estos pacientes. Estas técnicas se han desarrollado considerablemente, siendo hoy los resultados y la sobrevida de los pacientes mucho mejor que a sus inicios.

Sin embargo, con frecuencia cada vez mayor, médicos y administradores de salud ponen en duda la justificación del tratamiento y sobre todo la calidad de vida que se les brinda a los insuficientes renales, en parte por el alto costo que genera en los sistemas de salud. Por esta y otras razones, se ha analizado, con distintos enfoques, cual es la calidad de vida (CV) que se le brinda a estos pacientes, y las diferencias que pudieran resultar de las distintas formas de tratamiento. Como consecuencia, el número de publicaciones médicas relacionadas con CV en insuficientes renales, ha tenido un aumento "explosivo", pasando de 0.76 a 2.76% del total de las publicaciones de la especialidad, entre 1985 y 1994 (1).

Esta preocupación creciente por la CV se observa también en otras especialidades, siendo que el número de publicaciones médicas relacionadas con la CV pasó de 5 (Base Datos Medline, 1973) a 1252, veinte años después (2).

Los métodos utilizados para valorar CV dependen de la apreciación objetiva por un observador del equipo tratante o de una apreciación subjetiva por el paciente del impacto que le produce la enfermedad sobre su vida cotidiana. Esta última forma, en la cual el propio paciente es la fuente de información, se considera hoy como la verdaderamente válida. Los resultados deben ser reproducibles, sirviendo para hacer comparaciones en distintos tiempos, momentos y lugares.

El Sicknes Impact Profile (SIP) (3) es un método de valoración que se ha utilizado en pacientes con insuficientes renales crónicos (IRC) en tratamiento conservador (4) así como en hemodiálisis (IRCHD), DPCA y transplantados (2,5,6,7,8,9). Parece ser un instrumento adecuado para medir objetivamente la CV en los IRC y para compararla entre distintos grupos y distintos momentos del tratamiento. Realizamos una traducción al español del cuestionario del SIP, adaptado a las expresiones de nuestro medio. Elaboramos también un programa informática para calcular sus escores en forma automatizada.

Con este método y la escala de actividad de Karnofsky (10), analizamos un grupo de insuficientes renales crónicos en hemodiálisis (IRCHD) con nuestra adaptación del SIP, para valorar la calidad de vida de los pacientes, tratando de identificar algunas de las variables que la afecten.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 65 pacientes portadores de insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodialítico, en 3 centros distintos: A (zona urbana, Montevideo, 27 IRCHD), B (zona urbana, capital departamental, 26 IRCHD) y C (zona residencial suburbana, 10 IRCHD). El número de pacientes en tratamiento era de 33, 33 y 19 en cada centro respectivamente, por lo que se analizó el 76.5 % de la población. Integraron el análisis todos los pacientes, que al momento del corte, tuvieran completos los estudios requeridos (SIP, Karnofsky, valoración humoral, valoración situación económica y nivel educacional).

La edad promedio del grupo fue de 54.6±17 años, 39 (60%) de sexo masculino y 26 femenino. El tiempo promedio en diálisis fue de 47±42 meses (rango 1-152) y el ingreso económico mensual de 3.9±2.3 salario mínimo nacional (rango 0.5 - 10). Para el cálculo, se tomó el salario mínimo nacional (SMN) que en el momento del estudio era \$ 525 (U\$S 87). Los pacientes se dividieron en dos grupos según sus ingresos en SMN, tomándose como división más y menos de 3 SMN, por ser el salario medio de un empleado estatal no calificado. Se valoró el nivel educacional con una escala con valores predeterminados: 0 analfabeto, 1 o 2 escuela primaria incompleta o completa, 3 o 4 liceo incompleto o completo y 4 o 5 nivel terciario incompleto o completo. El nivel educacional (NEDUC) del grupo fue 1.5±1 (rango 0 a 5).

El Sickness Impact Profile (SIP) es un instrumento desarrollado en 1972 por Bergner (3) y completada su forma final y validación entre 1976 y 1981. Trata de medir, a través de un cuestionario estandarizado, la percepción que el paciente tiene de la disfunción que le produce la enfermedad. Pretende ser

suficientemente sensitivo como para detectar cambios o diferencias en el estado de salud a través del tiempo o en distintos grupos. Consta de 136 preguntas, divididas en 12 categorías que analizan distintas áreas: sueño y descanso, alimentación, trabajo, manejo del hogar, recreación y pasatiempos, deambulacion, movilidad, cuidados del cuerpo y movimientos, interacción social, alerta, comportamiento emocional y comunicación. Deben ser contestadas si/no y con las respuestas positivas se calcula una escala de 1 a 100, siendo peor cuanto mayor sea el resultado.

Se considera un score global (SIPg), que se calcula teniendo en cuenta todas las respuestas, uno físico (SIPf) y otro psico-social (SIPps) utilizando algunas respuestas de distintas categorías. Se han realizado varias traducciones del SIP al idioma español (7,16), enfatizándose la importancia que la traducción se adapte a las expresiones y giros particulares de los regionalismos idiomáticos.

Realizamos una traducción al español del Sickness Impact Profile, conservando el sentido original de las preguntas. Se trató que estas tuvieran una estructura adecuada al idioma español y se entendiera su sentido, así como de utilizar palabras o expresiones fácilmente comprensibles en nuestro medio. El cuestionario fue presentado a los pacientes por técnicos del equipo y contestadas las dudas que surgieran. Los pacientes fueron previamente informados sobre el cuestionario, de acuerdo a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial), consintiendo en participar.

Se desarrolló un programa informático (CALCSIP-I) para calcular los scores global, físico y psico-social del SIP. Esta realizado en CLIPPER para MS-DOS, utilizable en microprocesadores 386 o superior. A partir del cuestionario se creó una base de datos con varias tablas: dimensiones, categorías y preguntas; los datos de ellas alimentan otras 2 tablas: pacientes y respuestas. El proceso de ingreso de datos del cuestionario actualiza las tablas pacientes y respuestas y consulta las otras tres para calcular los resultados que son dados a nivel general, de dimensión y de categoría. El sistema esta

estructurado de manera tal, que si surgieran modificaciones en el formulario, bastaría reflejarlos en las tablas, sin necesidad de otra modificación.

La escala de actividad de Karnofsky (10), describe mediante un índice de 0 a 100 la actividad y rehabilitación del paciente siendo 100 cuando el paciente no tiene afectada su actividad o rehabilitación. Su validez ha sido verificada en pacientes renales (11,17). Con ella se evaluaron los pacientes, utilizándose la tabla original para determinar un índice rehabilitación (IK) de 0 a 100..

Los datos se presentan como media y desviación standard (D.S.) y cuando corresponde se analizan estadísticamente con el test de Student para datos no apareados. Se tomó como significativa una p menor de 0.05.

RESULTADOS

1. SIP

El escore global (SIPg) del grupo fue de 19.8+-15 puntos (rango 1.2-66 puntos); el escore físico (SIPf) 15.8+-9.5 puntos (rango 0-71 puntos) y el escore psico-social (SIPps) 22.5+-16 puntos (rango 0-82 puntos). Del grupo 19/65 (29%) presentaron un SIPg entre 0-10, 24/65 (37%) entre 11-20, 10/65 (15%) entre 21 y 30 y en 12/65 (18.5%) pacientes mayor de 31.

Según su hematocrito (Ht), los pacientes se dividieron en 3 grupos, encontrándose los siguientes valores medios del SIPg:

- Ht igual o menor de 25%, 26+-17 (n=17);
- Ht entre 26-31%, 19.7+-18.5 (n=26)
- Ht mayor de 31%, 14+-8 (n=22).

Entre los grupos a y c se obtuvo $p = 0.003$

Dividimos los pacientes en: Diabéticos (D), N = 6 y No-Diabéticos (No-D), N = 59, la edad fue 60+-10 años en los D y 54+-17 años en los No-D (p NS). El SIPg en los D:27.5+-18 y en los NoD:19+-15 ($p = 0.2$).

También dividimos los pacientes en dos grupos, según sus ingresos medidos en SMN y analizamos el SIPg en cada grupo:

- ingreso menor de 3 SMN, 25.6+-18 (n=26)
- ingreso igual o mayor de 3 SMN, 15.8+-12.5 (n=39);

Entre ambos grupos, se encontró un valor de p igual a 0.01.

Se pudo evaluar el nivel educacional (NEDUC) en 55 pacientes (10 no aportaron información) y de acuerdo a ello se agruparon en 2 grupos, con NEDUC menor de 3 e igual o mayor de 3, con los resultados siguientes:

- NEDUC menor de 3 (N=45) SIPg 19+-13, SIPf 14+-13 y SIPps 22+-18;
- NEDUC igual o mayor de 3 (N=10): SIPg 13+-4, SIPf 7+-4 y SIPps 13+-8.

En el grupo de mayor nivel educacional, el ingreso económico fue de 5.2+-2.4 SMN.

No se encontraron diferencias, según sexo y/o edad de los pacientes, en los distintos escores del SIP. Analizados de acuerdo al tiempo en tratamiento hemodialítico, encontramos que 17/65 pacientes (26%) tenían igual o menos de 1 año de tratamiento y sus resultados eran: SIPg 19.8, SIPf 13.7 y SIPps 23.6; entre 1 y 9 años de tratamiento encontramos 40/65 pacientes (61.5%) con SIPg 20.3 y tenían más de 9 años de tratamiento 8/65 pacientes (12.3%) con los siguientes resultados: SIPg 14.5, SIPf 10.6 y SIPps 18.35.

2. KARNOFSKY

El IK medio del grupo fue de 80.3+-18. Del grupo 44/65 pacientes (68%) presentaban valores de rehabilitación (80 o más puntos) y de ellos 32/65 (49%) un puntaje mayor de 90.

Comparando los pacientes D con No-D el IK fue, en los D de 60+-15 y en los No-D de 82+-17 ($p = 0.003$).

Del grupo de No-D ($n=59$) 44/59 (75%) presentaron un puntaje >75 , 8/59 (14%) de 70 y 7/59 (12%) <70 .

Los D ($n=6$), ninguno tuvo un puntaje >70 , 3/6 fue igual a 70 y los 3 restantes <70 .

Se dividió la población, según su Ht en 3 grupos, y se observaron los resultados siguientes:

a) Ht menor 25% 74.1+-16

b) Ht entre 25 y 30%, 82.3+-20

c) Ht mayor de 31% 86.6+-11 (entre a y c, $p = 0.07$).

Según el nivel de ingreso, en aquellos que fue menor de 3 SMN se encontró 73.5+- y en aquellos igual o mayor de 3, 85.6+-.

De acuerdo al nivel educacional, en los que era menor de 3 se encontró 79+-10 y en los cuales era igual o mayor de 3, 93+-9 ($p < 0.05$).

3. RELACION ENTRE SIP Y KARNOFSKY

Se encontró una relación lineal negativa entre las medias de los valores del SIPf y del IK, con un coeficiente de regresión de -0.91 y un R^2 de 0.84.

DISCUSION

Desde hace ya varios años, las distintas técnicas de sustitución de la función renal, han permitido una excelente sobrevida a los pacientes portadores de insuficiencia renal crónica (IRC). Conseguir estos resultados fue fruto de un largo camino de evaluación y ajustes, así como avances tecnológicos. Los costos de este tratamiento han aumentado a nivel mundial en forma considerable y algún autor (11) se pregunta cual es el real beneficio para el paciente, que justifique este gasto, aunque parece obvio que el primer resultado importante es que el paciente este vivo y se nos plantee el problema de su CV.

Como apunta Carlson (12), el objetivo del tratamiento del IRC es su rehabilitación y no meramente su sobrevida. En este sentido, luego de asegurarles la vida, debemos analizar cual es la que les estamos ofreciendo y de ser necesario, tomar las medidas para mejorarla, así como rehabilitar integralmente al paciente. Esta no debe ser exclusivamente en el plano laboral, estrechamente ligado a la rehabilitación física, sino que se debe apuntar a una rehabilitación integral que haga posible reintegrar al IRC a su medio y sus actividades habituales.

Estos conceptos y sus problemas han llevado a intentar valorar, en la forma más precisa posible, la CV de estos pacientes. La primera dificultad es definir CV, la que seguramente no es igual para distintos grupos humanos y tampoco en distintas épocas. Alexander (13) plantea que las bases fundamentales de la calidad de vida, implica interacciones recíprocas y continuas entre el paciente y su entorno, en áreas tan cruciales como: las interrelaciones, el bienestar físico, las actividades sociales, el desarrollo personal, la recreación y las circunstancias económicas. Recientemente, en nuestro medio Schwartzmann (14) la ha definido en forma muy completa y valorando sus distintos componentes, como la percepción del paciente de su grado de bienestar físico, emocional y social, determinado por la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, personalidad del paciente, mecanismo de enfrentamiento, impacto de sucesos vitales estresantes, soporte social y momento vital

Pero todos estos criterios, fáciles de comprender y aceptar, nos enfrentan a una segunda y gran dificultad: como medir la calidad de vida, con una metodología objetiva, reproducible y que tenga en cuenta tantos aspectos diferentes. Como señala Gokal (15) esto es la verdadera dificultad sobretodo teniendo en cuenta el concepto multi-dimensional de CV, mas allá de las escalas o índices que se pretendan utilizar para medirla.

De los distintos métodos utilizados, algunos han sido indicadores objetivos, vistos por un observador, valorando capacidad funcional, habilidad para el trabajo, para el cuidado personal y otros. Otros han sido indicadores subjetivos, percibidos por el

paciente, valorando la satisfacción en la vida, el bienestar, los afectos u otros aspectos, utilizando generalmente un cuestionario.

Es importante comentar la relación entre los resultados de los dos métodos con que se analizó la población: SIP y Karnofsky. Su relación lineal significativa, al obtener resultados que apuntan en el mismo sentido con dos técnicas distintas, nos sugiere que calidad de vida y rehabilitación, están íntimamente ligadas.

La percepción del paciente de su CV, coincide generalmente con la del equipo tratante y esto lo han comprobado otros utilizando un SIP "subrogante" (18). Sin embargo, con frecuencia la percepción del paciente de su CV, puede ser mejor que la que aprecia su entorno. Es así que McNeil y Pauker (19) encuentran que una población de IRCHD estima su estado de salud en un 52/100 y en cambio su entorno lo evalúa francamente peor, en un 32/100.

En cuanto a la CV valorada con el SIP, en el grupo de pacientes analizados por nosotros, encontramos distintos grados de percepción del deterioro funcional.

Comparando los valores medios del grupo, la CV esta más afectada que los hallados por Hart y Evans(5) y Moreno(7) y más cercana a los valores hallados por Moreno (9) en un trabajo mas reciente y por Harris(4) en IRC en tratamiento conservador. Es importante señalar que en nuestro grupo, el score más afectado es el SIPps, mientras que los autores mencionados, no encuentran gran diferencia entre los scores SIPf y SIPps. Creemos que esto podría reflejar un buen manejo dialítico y nutricional de nuestros pacientes, pero que en la esfera psico-social no cuentan con los recursos de otros países mas desarrollados.

La valoración de la CV, con el SIPg, nos muestra que casi un 30% del grupo la percibe como poco afectada. El 37% del grupo (SIPg entre 11-20), la CV es percibida como afectada en forma regular o más, pero solo el 33% restante la percibe como severamente afectada.

Los puntajes SIPg más bajos, que reflejan una mejor percepción de la CV, son más frecuentes en los pacientes con Ht superiores a 25%, lo que confirma la importancia de la corrección de la anemia en la mejoría de la CV, lo que ya ha sido señalado reiteradamente (6,7,8,9).

Se comprueba que los pacientes con mayor nivel educacional tiene una mejor percepción de la CV - medida por los scores del SIP - y también una mejor rehabilitación - medida por el IK - aunque debemos señalar que los pacientes con mayor NEDUC (igual o mayor de 3) tiene un nivel de ingresos casi 3 veces superior a la media de la población estudiada. La repercusión del menor nivel de ingreso en la CV de estos pacientes, se podría deber al efecto de los menores ingresos sobre una serie de recursos (nutricionales, recreativos, etc.) que directa o indirectamente afectan la calidad de vida. Harris (4) ha encontrado resultados similares: su grupo con CV más comprometida fueron mujeres, de menores recursos y peor nivel educacional. Nosotros, sin embargo, no encontramos diferencias en la CV ni la rehabilitación según el sexo, así como tampoco según la edad de los pacientes.

Los pacientes diabéticos, presentan mayor afectación de la CV medida por el SIP, que los No-D, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa, que podría ser por su pequeño número (N=6). Esta peor CV es esperable por la severa afectación multi-parenquimatosa que produce la diabetes en su evolución.

La valoración de la rehabilitación, con el IK, nos muestra que el 75% de nuestra población están rehabilitados (EK = 0 mayor de 80) y solamente un 12% es incapaz de valerse por sí mismo, lo que es un excelente resultado en este aspecto. Estos resultados de rehabilitación, son mucho mejores a los encontrados recientemente por Ifudu (6), en 430 pacientes, donde el 36% era incapaz de realizar las actividades de su vida diaria sin asistencia (IK menor de 70). La diferencia entre sus resultados y los nuestros podría explicarse a que en su población, los diabéticos constituían el 36.5% y en la nuestra solo el 10%.

Si comparamos diabéticos con no-diabéticos, además de ser claramente inferior el IK de los diabéticos ($p < 0.003$), ningún diabético está rehabilitado (IK igual o mayor de 80) estándolo en cambio el 75% de los no diabéticos. Gutman (17) analizando, con el IK, la población de 18 centros de diálisis americanos, encuentra que el 60% de los no diabéticos estaba rehabilitado y solamente el 23% de los diabéticos, lo que coincide con nuestros resultados. Similares son los resultados de Ifudu (6) que encuentra que el 55% de los diabéticos no puede valerse solo para sus actos cotidianos y solamente el 25% de los no diabéticos están en dicha situación ($p < 0.0001$).

En conclusión creemos que nuestra traducción y adaptación del SIP y su programa de cálculo son una herramienta útil para analizar la calidad de vida del paciente en diálisis. Del análisis de los datos recogidos, podemos concluir que la CV está afectada en este grupo de pacientes, aunque, solo en un grupo reducido de ellos, afectada seriamente.

Si bien los datos recogidos para este análisis no nos permiten valorar la eficiencia del tratamiento hemodialítico, nos permiten tener una visión de su utilidad, es decir valorar los resultados de acuerdo a la sobrevida ofrecida y su calidad de vida. Y en este sentido, el tratamiento hemodialítico ofreció a este grupo de IRCHD una sobrevida media de 4 años (media del tiempo en diálisis del grupo), y el 12% ha sobrepasado los 9 años de sobrevida. Este último subgrupo, tiene incluso mejores índices de CV (SIPg 14.5) que los pacientes con menos tiempo de tratamiento (SIPg 19.8 y 20.3). Tanto en los pacientes con más años de tratamiento como en los con un año o menos, el score psicosocial está más afectado que el físico, lo que podría apuntar también a que los pacientes de nuestro medio, cuentan con pocos recursos en dichas áreas.

De las variables que encontramos afectan a la calidad de vida así como la rehabilitación (menor hematocrito, menores ingresos, peor nivel educacional y diabetes como enfermedad sistémica primaria) los nefrólogos podemos actuar directamente sobre el hematocrito, corrigiendo la anemia renal con eritropoyetina asociada con hierro intravenoso.

También podemos actuar en menor grado sobre la afectación multiparenquimatosa de la diabetes, evitando o retardando complicaciones muy penosas, como la ceguera o las amputaciones. Mas difícil es poder actuar en áreas fuera de nuestra competencia, como la situación económico-educacional, que forman parte del entorno del paciente y sobre los cuales deberían actuar otros sectores de la sociedad (gubernamentales, políticos, sociales, etc.) pero es nuestra responsabilidad, detectar y señalar los problemas, sensibilizando a quien corresponda solucionarlos. El hecho que el menor nivel de ingreso y educacional influyan negativamente en la CV de este grupo de IRCHD, nos apunta a que, como señalan Apolone y Moscón (1), lo importante no es solo la percepción del efecto de la enfermedad y su tratamiento en la actividad diaria (CV relacionada con la salud), sino una concepción global en donde se conjugan aspectos de salud y no-salud (vida familiar, empleo, recreación, remuneración, etc.), más allá de la acción concreta de los cuidados de la salud y todos juegan un papel importante en el bienestar final del IRCHD, al cual debemos apuntar.

BIBLIOGRAFIA

- (1) APOLONE G, MOSCONI P. Review of the concept of Quality of Life assessment and discussion of the present trend in clinical reserch. *Nephrology, Dialysis and Tranplantation* 13(Suppl.1):65,1998.
- (2) TESTA MA, SIMONSON DC. Assessement of quality-of-life outcomes. *N Eng J Med* 334:835, 1996.
- (3) BERGNER M, BOBBIT RA, CARTER WU et al. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 19:787,1981.
- (4) HARRIS LE, LUFT FC, RUDY DW et al. Clinical correlates of functional status in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kid Dis* 21:161,1993.

- (5) HART LG, EVANS RW. The functional status of ESRD patients as measured by the Sickness Impact Profile. *J Chron Dis* 40(sup 1):117S,1987.
- (6) IFUDU O, PAUL H, MAYERS JD et al. Pervasive failed rehabilitation in centerbased maintenance hemodialysis patients. *AmJ Kid Dis* 23:394,1994.
- (7) MORENO F, LOPEZ JM, SANZ-GUAJARDO D et al. Evaluation of the quality of life in dialysis patients. Results of the Spanish National Study of Quality of Life in Dialysis. Abstracts, XIII International Congress of Nephrology, Madrid (Spain), 1995, pag. 561.
- (8) MORENO F, SANZ-GUAJARDO D, LOPEZ JM et al. The relation of haemoglobin on quality of life in patients with ESRD on dialysis. Spanish National Study on Quality of Life on Dialysis. Abstracts, XIII International Congress of Nephrology, Madrid (Spain), 1995, pag. 509.
- (9) MORENO F, ARACIL FJ, PEREZ R, VALDERRABANO F. Controlled study on the improvement of quality of life in elderly hemodialysis patients after correcting end-stage renal disease-related anemia with erythropoietin. *Am J Kid Dis* 27:548,1996.
- (10) KARNOFSKY DA, BURCHENAL JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. En: *Evaluation of chemotherapeutic agents*. Editor CM Macleod, New York, Columbia Univ. Press, año 1949, pagina 191.
- (11) EVANS RW, MANNINEN DL, GARRISON LP et al. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Eng J Med* 312:553,1985.
- (12) CARLSON DM, JOHNSON WJ, KJELLSTRAND CM. Functional status of patients with end-stage renal failure. *Mayo Clin Proc* 62:338,1987.
- (13) ALEXANDER JL, WILLEMS EP. Quality of life: some measurements requirements. *Arch Phys Med Rehabil* 62:261,1981.
- (14) SCHWARTZMANN L, DERGAZARIAN S, GUERRA A et al. Analisis conceptual de instrumentos para medir calidad de vida en HDC. Resumen. Publicacion del III Congreso Uruguayo de Nefrologia, Montevideo, 1995.
- (15) GOKAL R. Quality of life in patients undergoing renal replacement therapy. *Kid Int* 43:523,1993.
- (16) HENDRICSON WD, RUSSELL IJ, PRIHODA TJ et al. An approach to developing a valid spanish language translation of a health status questionnaire. *Med Care* 27:959,1989.
- (17) GUTMAN RA, STEAD WW, ROBINSON RR. Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis. *NEngJMed* 304:309 1981.
- (18) McCUSTER J, STODDARD AM. Use of a surrogate for the Sickness Impact Profile. *Medical Care* 22:789,1984.
- (19) McNEIL BJ, PAUKER SG. Incorporation of patient values in medical decision making. En: *Critical Issues in Medical Technology*, Editores McNeil BJ y Cravalho EG, Boston, Auburn House, 1982.

☆☆☆