Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

ACTAS UROL ESP. 2010;34(6):537–542

Actas Urológicas Españolas

www.elsevier.es/acuro

Original – Disfunción miccional

Evaluación de la calidad de vida en pacientes con lesión medular comparando diferentes métodos de vaciado vesical

J. Sánchez Raya[a,*], *G. Romero Culleres*[b], *M.A. González Viejo*[c], *L. Ramírez Garcerán*[c], *L. García Fernández*[c] *y J. Conejero Sugrañes*[d]

[a]*Hospital de Traumatología y Rehabilitación Vall d'Hebron, Barcelona, España*
[b]*Servicio de Rehabilitación, Fundación Althaia, Manresa, España*
[c]*Unidad de Rehabilitación de Lesionados Medulares, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España*
[d]*Servicio de Neurourología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 7 de septiembre de 2009
Aceptado el 16 de marzo de 2010
On-line el 22 de abril de 2010

Palabras clave:
Calidad de vida
Lesión medular
Incontinencia urinaria
Métodos de recolección urinaria

RESUMEN

Objetivo: Valorar el impacto en la calidad de vida que supone la utilización de distintos métodos de evacuación urinaria en pacientes con lesión medular, utilizando un cuestionario específico y validado al español: King's Health Questionnaire (KHQ).

Material y métodos: Estudio observacional y prospectivo con 91 pacientes (21 mujeres 23%, 70 hombres 77%) afectos de lesión medular que acudieron a la consulta durante marzo 2004 y diciembre del 2005, con media de edad 40 años (DS 13,4) y tiempo medio de evolución de la lesión 11,4 (DS 10,4)años.

Los pacientes completaron el KHQ, así como una valoración subjetiva de los principales problemas relacionados con la lesión medular. Se clasificaron los pacientes en función del sistema de evacuación urinaria habitual en: Cateterismos Intermitentes (CI), Sondaje Vesical Permanente (SVP) y Colector Permanente (CP). Analizamos con el paquete estadístico SPSS 12.0 las diferencias entre las medias de las dimensiones del KHQ de los tres grupos.

Resultados: La media de la puntuación total del KHQ fue de 39,9 puntos (DT 54,4), con mejor puntuación en el grupo portador de CP. Encontramos que no hay diferencias significativas, excepto en la dimensión de la limitación de los roles, donde obtienen mejor puntuación el grupo portador de CP que los de SVP y los CI ($p=0,025$).

La sexualidad se presenta en primer lugar en la lista de problemas que más preocupa a los pacientes, seguidos de los trastornos de defecación y urinarios.

Conclusión: El grupo con mejor puntuación global en el KHQ es el portador de CP, aunque no hay diferencias significativas entre los 3 grupos. Lo que más preocupa a nuestros pacientes son los problemas sexuales.

© 2009 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: 34650jsr@comb.es (J. Sánchez Raya).

0210-4806/$ - see front matter © 2009 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.acuro.2010.03.019

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Quality of life evaluation in spinal cord injured patients comparing different bladder management techniques

Keywords:
Spinal cord injury
Quality of life
Bladder management
Urinary incontinence

ABSTRACT

Objectives: This study examines quality of life among patients with spinal cord injury requiring bladder management techniques, according to the validated King's Health Questionnaire (KHQ).

Material and methods: Prospective and observational study of 91 spinal cord-injured patients (21 women 23% and 70 men 77%). Mean age was 40 years (SD 13.4) and average time since spinal injury was 11.4 (SD 10.4) years. Patients completed the KHQ quality of life instrument and 10 additional questions related to urinary disturbance developed for the study, and filled in a form to subjectively rank their main concerns related to spinal injury. Patients were divided according to the bladder management techniques they regularly used: intermittent catheterization, condom catheter or indwelling catheter, and differences between the mean groups were assessed with de SPSS 13.0 stadistic pakagge.

Results: The overall KHQ score for the sample was 39.9 (SD 54.4) with higher scores (poorer QoL) in patients using an indwelling catheter. A thorough analysis of the test showed no significant differences between the groups other than in the physical role limitation item ($p=0.025$). Patients using a condom catheter reported lower physical limitation scores (better QoL) than patients using an indwelling catheter or intermittent catheterization. Sexuality was the main concern of most patients, followed by bowel dysfunction, urinary incontinence and ambulation or gait problems.

Conclusion: Patients treated with condom catheters reported the best quality of life according to KHQ scores, although there were no significant differences versus the other urinary management techniques. The patients' main concern was related to sexuality.

© 2009 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La esperanza de de vida en las personas afectas de lesión medular (LM) ha mejorado de forma importante en los últimos 30 años debido al avance del manejo de los mismos. Como resultado de ello los lesionados medulares sobreviven hasta edades más avanzadas con su discapacidad y minusvalía, lo que probablemente tenga impacto sobre su calidad de vida (CV), aunque hay autores que indican que se produce un proceso de adaptación a lo largo del tiempo[1], pero que no existen cambios sustanciales en la CV[2].

Existen estudios que indican que la CV se ve afectada por múltiples factores pero que ésta no tiene que ver con el nivel de lesión neurológica[2,3].

Actualmente la CV se conceptualiza en términos multidimensionales, que incluyen diferentes categorías como competencia personal, CV percibida, entorno y bienestar psicológico. Es decir abarca una síntesis de categorías objetivas y subjetivas, incluyendo valores personales y aspiraciones. Más recientemente algunos investigadores[4–6] han determinado que la CV está relacionada con una serie de categorías, con su cumplimiento y satisfacción y que abarca la función física, emocional, sexual, educacional, las actividades sociales, lúdico recreacionales y el estatus económico.

La LM afecta de forma directa o indirecta a los aspectos de vida relacionados con la CV[7–9], o al menos aquellos que tienen relación con los dominios que afectan a la misma, como son la salud y el auto cuidado, la independencia, el acceso a los medios materiales, las relaciones sociales y las relaciones con los miembros del sexo opuesto, así como la percepción de la imagen corporal.

Uno de los elementos menos estudiados es la CV en relación con el manejo de la vejiga neurógena en estos pacientes. El estudio de Hickens et al[6] donde compara CV entre pacientes continente y no continentes, llega a la conclusión que aquellos que eran continentes tenían, de forma significativa, mejor CV.

Los estudios generalmente utilizan como medida de resultados de la CV el Satisfaction with Life Scale (SF-12), que es una escala abreviada del Medical Outcomes Survey SF-36, y que está validado para determinar la satisfacción mediante 2 subescalas, una de salud física y otra de salud mental, pero no utilizan escalas que valoren exclusivamente cómo afecta la incontinencia en la CV.

Creemos que los trastornos esfinterianos afectan la CV de los pacientes con LM, estos influyen en la integración social y laboral y a largo plazo se relacionan con mayor morbimortalidad, por riesgo de lesión del tramo urinario superior.

Así pues, el objetivo del presente estudio es comparar la CV en pacientes con LM que usan diferentes medios de colección urinaria: colectores permanentes (CP), cateterismos intermitentes (CI) y sondas vesicales permanentes (SVP), para saber si el manejo de la misma influye de alguna forma en la CV. Como objetivo secundario quisimos conocer que lugar ocupan los problemas derivados de la incontinencia urinaria dentro de los problemas generales que afectan a los pacientes con LM.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Pacientes y métodos

Se ha realizado un estudio observacional y prospectivo para el que se seleccionaron consecutivamente pacientes que acudían a la unidad de neurourología del Vall d'Hebrón de Barcelona. Se incluyeron pacientes con LM traumática, mayores de 18 años, no hospitalizados. Los pacientes del estudio realizaron una única visita.

Completaron el cuestionario de CV relacionado con la incontinencia urinaria (IU) 91 pacientes, los cuales representan el 6,5% de la muestra de los lesionados medulares atendidos en nuestra unidad desde 1984.

El periodo de recogida de datos fue desde marzo del 2004 a diciembre del 2005.

Se recogieron las variables sociodemográficas de los pacientes así como el tiempo trascurrido de la LM, el nivel de estudios, la actividad laboral, el nivel de lesión neurológico según American Spinal Injury Association[11] y la causa de la lesión.

El cuestionario administrado fue el King's Health Questionnarie (KHQ), que es un instrumento específico para evaluar la CV en la IU y está validado al español[10]. Consta de 21 ítems, distribuidos en 9 dimensiones.

Estas dimensiones son: percepción del paciente de su estado de salud (1 pregunta), impacto de la IU en su vida (1 pregunta), limitación de los roles (2 preguntas), limitación física (2 preguntas), limitación social (3 preguntas), relaciones personales (2 preguntas), emociones (3 preguntas), sueño y energía (2 preguntas), acciones para enfrentar la IU (5 preguntas) (tabla 1). Cada ítem tiene una escala de respuesta tipo Likert con 4 posibles respuestas. El rango de puntuaciones de cada dimensión va de 0 (menor impacto mejor CV) a 100 (mayor impacto, peor CV). La puntuación del cuestionario se obtiene para cada dimensión como la suma de las respuestas a los ítems, estandarizando la puntuación para así facilitar su interpretación: [(puntuación real, puntuación mínima)/(puntuación máxima, puntuación mínima)*100]. Por ejemplo: en la dimensión emocional=([{6a+6b+6c−3}]/[12−3]*100).

Tabla 1 – King's Health Questionnaire

Variable	*Dimensión*	*SubdimensIón*	*Indicador*	*Subindicador*
Percepción de la mujer	Descripción del estado actual de Salud		Muy buena Buena Regular Mala Muy mala	Puntuación otorgada a cada indicador
Impacto de la Incontinencia urinaria	Influencia de la IU		Nada Un poco Moderadamente Un montón	Puntuación otorgada a cada indicador
Limitación de Roles	Tareas domésticas, trabajo y actividades fuera del hogar	Influencia de la IU en sus tareas domésticas y/o actividades fuera del hogar	Nada Levemente Moderadamente Mucho	Puntuación otorgada a cada indicador
Limitación Física	Actividades físicas y capacidad para viajar	Influencia de la IU en las actividades físicas y en la capacidad para viajar	Nada Levemente Moderadamente Mucho	Puntuación otorgada a cada indicador
Limitación Social	Interacción social, con el grupo de amigos y vida familiar	Influencia de la IU en vida social, en la relación con los amigos y con la familia.	Nada Levemente Moderadamente Mucho	Puntuación otorgada a cada indicador
Relaciones Personales	Relaciones de pareja y vida sexual	Influencia de la IU en la relación de pareja y vida sexual	No se aplica Nada Levemente Moderadamente Mucho	Puntuación otorgada a cada indicador
Emociones	Depresión, ansiedad y baja autoestima	Influencia de la IU en el estado de ánimo y autoestima	Nunca Levemente Moderadamente Mucho	Puntuación otorgada a cada indicador
Sueño y energía	Actividad y reposo	Influencia de la IU en el patrón de sueño, sensación de agotamiento	Nunca Algunas veces A menudo Siempre	Puntuación ortorgada a cada indicador
Síntomas Asociados	Presencia y frecuencias de síntomas asociados	Sí No	Un poco Moderadamente Mucho	Puntuación otorgada a cada indicador

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 2 – Problemas relacionados con la lesión medular

Problemas	*Ordenar de mayor a menor (1–9)*
Problemas de deambulación	
Trámites administrativos	
Uso de trasportes públicos	
Disfunción sexual	
Problemas con la defecación	
Problemas urinarios	
Úlceras	
Prejuicios con la gente	
Otros	

La puntuación final oscila entre los 0–100 puntos, donde una mayor puntuación indica una peor CV del paciente. Para las preguntas sin responder no se realizó ningún tipo de asunción y no se calculó la puntuación para la dimensión.

Se añadieron 10 preguntas relacionadas con trastornos urinarios en pacientes con LM (frecuencia de infecciones urinarias en los últimos 6 meses, haber presentado orquitis, lesiones cutáneas en el pene por el uso de CP, litiasis vesical, renal o ureteral y si se les había realizado nefrectomía o esfinterotomía).

Además, analizamos el orden de importancia por parte de los pacientes de los problemas más habituales relacionados con una LM y qué orden ocupaban los problemas urinarios entre éstos (tabla 2).

Recogimos un total de 91 cuestionarios y realizamos 3 grupos según el método habitual de recogida de orina: 21 realizaban CI, 22 eran portadores de CP y 48, utilizaban SVP.

El análisis de los datos se ha realizado utilizando el paquete estadístico SPSS versión 12.0 para Windows. En todas las comparaciones entre grupos se ha considerado un nivel de significación de 0,05[12]. Se calculó la CV en el total de la muestra y la de los 3 grupos estudiados por separado y se analizaron diferencias entre las medias del total y de las nueve distintas dimensiones del cuestionario con la chi cuadrado y Kruskal Wallis para datos no paramétricos.

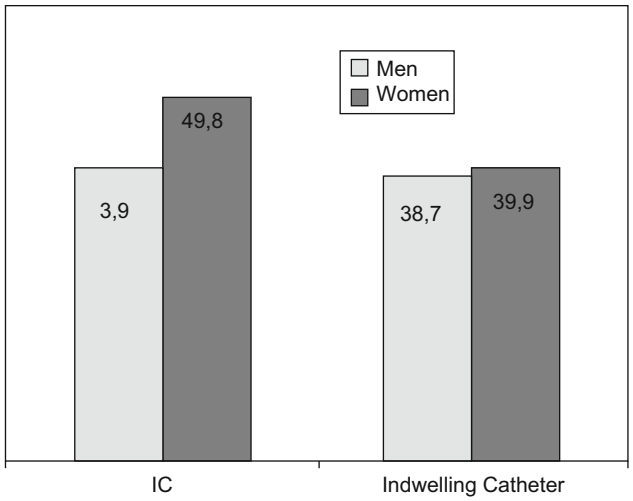

Figura 1 – Medias del King's Health Questionnaire en hombres.

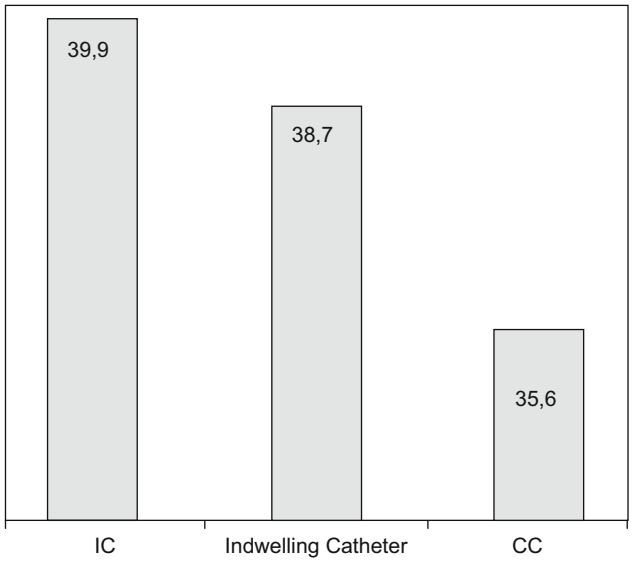

Figura 2 – Medias del King's Health Questionnaire según el sexo.

Resultados

De los 91 cuestionarios completados, 70 fueron hombres (77%) y 21 mujeres (23%). La media de edad de la muestra fue de 40 años (DE 13,4), con una media de 11,4 años de evolución de la lesión (DE 10,4). Los más jóvenes eran los el grupo que realizaban CI (37 años, DE 13,3) y los que llevaban más años de evolución de la lesión eran los del grupo de los CP (13 años, DE 17,7).

La causa más frecuente de la LM fueron los accidentes de circulación, en 55 casos (60%). La mayoría de las lesiones fueron paraplejías: 57 casos (63%); 53 pacientes con LM completa (American Spinal Injury Association A) (59%). Unos 40 pacientes encuestados (44%) tenían el graduado escolar, pero eran laboralmente activos solo 15 pacientes (16,5%), teniendo una incapacidad laboral 43 pacientes, el 47,5% de la muestra. En cuanto al estado civil, la mitad eran solteros (44 pacientes).

La puntuación media total del King's fue de 39,9 (DE 54,4), siendo para los CI de 43,5 (DE 24), para los SVP 40,8 (DE 25,8) y 35,6 (DE 24,6) para los CP.

En general, tienen mejor CV los que usan CP, aunque no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos.

Al analizar las diferencias en la CV entre el método de vaciado urinario y el sexo del paciente, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque las mujeres obtuvieron peores resultados en los dos grupos comparados (CI y SVP) (figs. 1 y 2).

Analizando las diferentes dimensiones tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con excepción del área de la limitación de los roles (tareas domésticas, trabajo y actividades fuera del hogar) ($p = 0{,}025$), donde tienen mejor calida de vida los portadores de CP (fig. 3).

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

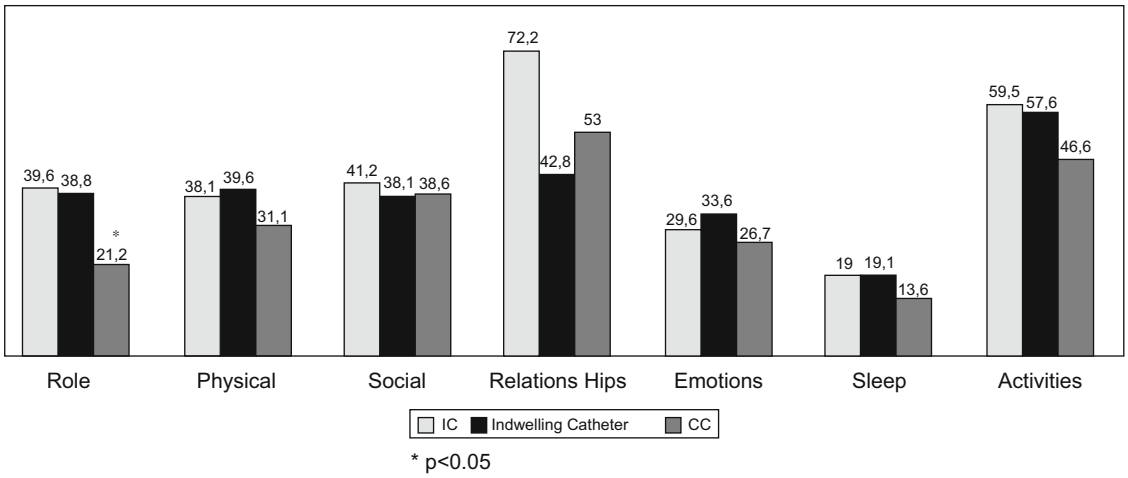

Figura 3 – Medias por dimensiones del King's Health Questionnarire.

En relación a los trastornos urinarios más frecuentes ocurridos en los últimos 6 meses, el más relevante fue la infección urinaria, con una prevalencia del 45%, resultado que no es elevado, pues consideramos que una sola entrevista no es un buen método de valoración para definir si existe infección o no, ya que no se especificaba si era una infección urinaria con o sin fiebre, sino que solo se basaba en la percepción subjetiva por parte del paciente.

Dentro de los problemas en relación con la LM, en la muestra analizada, el primer problema por orden de frecuencia lo ocupaban las disfunciones sexuales, el segundo, los problemas de esfínteres, defecación y orina con la misma importancia, y el tercer problema las dificultades para la deambulación. Analizándolo según los diferentes métodos de colección orina, obtenemos que los del grupo CP les preocupan más los problemas sexuales, luego los problemas de esfínteres (defecación y urinario) y la deambulación por último. Los del grupo SVP les preocupa más la deambulación, luego los esfínteres y el tercero los problemas sexuales. Los del grupo CI también primero lo sexual y luego los esfínteres pero en tercer lugar les preocupa los problemas con las úlceras.

Discusión

El objetivo del tratamiento en la vejiga neurógena es la preservación funcional del tramo urinario superior, disminuyendo las presiones vesicales elevadas, evitando el reflujo vésicoureteral, y así el fallo renal, que ha sido la principal causa de mortalidad hasta la década de los 70 del pasado siglo. En segundo lugar, el objetivo era conseguir la mayor continencia posible, para asegurar una mejor CV en estos pacientes y así, una mayor integración social y laboral.

La vejiga neurógena tiene en la LM unos comportamientos distintos en función del nivel de lesión, que van desde la incontinencia urinaria por falta de actividad de los mecanismos uretrales, con el detrusor arrefléxico y uretra hipoactiva en las lesiones medulares bajas, precisando de algún sistema de colección de la orina para conseguir la mayor integración social posible, hasta la dificultad para el vaciado vesical, con el detrusor hiperrefléxico y la uretra hiperactiva (disinergia vésicoesfinteriana) en las lesiones medulares altas, precisando de una evacuación regular intermitente o SVP, para evitar altas presiones vesicales y preservar el tracto urinario superior.

Actualmente existen opiniones contradictorias sobre cual es la situación ideal en el manejo de la misma. En el hombre, la incontinencia que se produce por micción espontánea sin control voluntario, el presente en las lesiones bajas, puede resolverse mediante la colocación del colector preservativo, conectado a bolsa recolectora, situación frecuente en pacientes varones y jóvenes, tal como se refleja en nuestra muestra. La situación se complica en las pacientes del sexo femenino, donde no existe otro sistema que la SVP o los CI.

La tendencia actual es conseguir el mayor grado de continencia bien mediante la cirugía, farmacológicamente a través de anticolinérgicos, toxina botulínica, etc… y la electroestimulación de las raíces sacras.

Nosotros considerábamos que la SVP era la opción menos aceptable, a pesar de ser muy utilizada, lo cual se soporta conceptualmente porque es la peor valorada en el cuestionario de funcionalidad específico de los lesionados medulares (Spinal Cord Injury Measurement)[13,14], y que debería quedar relegada solo para aquellos pacientes que por su discapacidad en las extremidades superiores, tipo de vejiga neurógena, edad, condiciones socioculturales, escasa colaboración o presencia de reflujo, no es posible ninguna otra opción.

Para comprobarlo, quisimos valorarlo objetivamente y ver qué repercusión tiene en la CV de nuestros pacientes, que realmente es lo que queremos mejorar.

Primero, nos encontramos con la dificultad de encontrar un cuestionario específico de CV en vejiga neurógena. Encontramos referencias que utilizaban solo el SF36[15], como no lo consideramos específico utilizamos un test validado al castellano para la incontinencia urinaria el King's Health Questionnaire[10].

Nosotros comprobamos que el impacto en la CV de la incontinencia urinaria tienen una puntuación semejante en nuestra muestra de pacientes con LM (KHQ: 39,9), comparado

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

con una muestra de pacientes sin LM (KHQ: 38,8), estudio publicado recientemente en mujeres con incontinencia urinaria[16].

Hemos observado que los que presentan una mejor CV, al contrario de lo que creíamos, son los portadores de CP, seguidos de los portadores de SVP y los últimos los CI.

No encontramos diferencias significativas por sexos, ni entre en las diferentes dimensiones que estudia el KHQ. Solamente en el área que analiza las actividades domésticas y en el trabajo donde es significativamente mejor la CV en el portador de CP que el que usa SVP.

Coincidimos con Espuña y et al[16] en que el KHQ por su longitud y la dificultad del análisis de los resultados, aconsejan la utilización de otros cuestionarios más sencillos para la práctica habitual, reservando el KHQ para la investigación. En nuestra unidad estamos trabajando actualmente para la validación de la adaptación del KHQ para la LM.

Conclusiones

- No hay diferencias significativas entre los distintos métodos, aunque los portadores de colectores tienen mayor CV que los CI y SVP.
- No hay diferencias significativas entre la CV según el sexo y los métodos de recogida de orina, pero las mujeres tienen reducida la CV.
- No hay diferencias entre las diferentes dimensiones de la CV entre los distintos métodos de colección. Solo en la limitación de los roles (tareas domésticas, trabajo y actividades fuera del hogar) es mejor para los portadores de colector.
- Los mayores problemas para los pacientes afectados de LM es la disfunción sexual, seguidos de los trastornos de esfínteres y de los problemas de deambulación.
- A los portadores de CI y colectores les preocupa menos sus problemas urinarios.
- A los portadores de SVP les preocupa menos sus problemas sexuales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Levi R, Hultling C, Seiger A. The Stockholm spinal cord injury study: 4. Psychoscial and financial issues of the Swedish annual level-of-living survey in SCI subjects and controls: paraplegia. 1996; 34: 152–7.
2. Cushman LA, Hassett J. Spinal cord injury: 10 and 15 years after. Paraplegia. 1992;30:690–6.
3. Sjösteen N, Lundquist C, Blomstrand C, Sullivan L, Sullivan M. The quality of life of three functional spinal cord injured subgroups in a Swedish community. Paraplegia. 1990;28: 476–488.
4. Clayton KS, Chubon RA. Factors associated with the quality of life of long-term spinal cord injured persons. Arch Phys Med Rehabil. 1994;75:633–8.
5. Flanagan J. A research approach to improving our quality of life. Am Psychol. 1978;13:586–9.
6. Hickens BL, Putze JD, Richards JS. Bladder management and quality of life after spinal cord injury. Am J Phys Med Rehabil. 2001;80:916–22.
7. Westgren N, Levi R. Quality of life and traumatic spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 1998;79:1433–9.
8. Dijkers M. Quality of life after spinal cord injury: a meta analysis of the effects of disablement components. Spinal Cord. 1997;35:829–40.
9. Lin KH, Chuang CC, Kao MJ, Lien IN, Tsauo JY. Quality of life of spinal cord injuried patients in Taiwan: a subgroup study. Spinal Cord. 1997;35:841–9.
10. Badia Llach X, Castro Díaz D, Conejero Sugrañes J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de las pacientes con incontinencia urinaria. Med Clin (Barc). 2000;114:647–52.
11. American Spinal Injury Association. Standards for neurological and functional classification of spinal cord injury (Revised 1992). Chicago. 1992.
12. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences, 2 ed. Hillsdalle (NJ): Lawrence Earbaum Associates; 1988.
13. Catz A, Itzkovich M, Agranov E, Ring H, Tamir A. SCIM–Spinal cord independence measure: a new disability scale for patients with spinal cord lesion. Spinal Cord. 1997;35:850–6.
14. Itzkovich M, Tripolski M, Zelling G, Ring H, Rosental N, Ronen J, et al. Rasch analysis of the Catz-Itzkovich spinal cord independence measure. Spinal Cord. 2002;40:396–407.
15. Seung-June O, Ku JH, Jeon HG, Shin HI, Paik NJ, Yoo T. Health Related Quality of Life of patients using clean Intermittent catheterization for neurogenic bladder secondary to spinal cord injury. Urology. 2005;65:306–10.
16. Espuña Pons M, Puig Clotas M. Síntomas del tracto urinario inferior en la mujer y afectación de la calidad de vida. Resultados de la aplicación del King's Health Questionnaire. Actas Urol Esp. 2006;30:684–91.