

[r e v i s i ó n]

La calidad de vida y el estado nutricional

Carmina Wanden-Berghe^{1,2}, Kamila Cheikh Moussa^{1,3}, Javier Sanz-Valero^{3,4}

¹Hospital General Universitario, Alicante. ²Universidad CEU Cardenal Herrera, Elche.

³Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante. ⁴Universidad de Alicante, Alicante. España.

Palabras clave

calidad de vida,
estado nutricional,
nutrición enteral,
nutrición parenteral,
cuestionarios

>>RESUMEN

El objetivo de este trabajo es resumir el conocimiento científico acerca de la calidad de vida relacionada con el estado nutricional. Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica publicada e indizada en las principales bases de datos bibliográficas, destacando entre ellas: MEDLINE (via PubMed), EMBASE, Web of Science, the Cochrane Library y LILACS. Se resumieron los principales resultados obtenidos y se sintetizaron en los capítulos de calidad de vida relacionada con la salud, calidad de vida relacionada con el estado nutri-

cional, calidad de vida e intervención nutricional e instrumentos utilizados para evaluar la calidad de vida en las intervenciones nutricionales.

De la revisión realizada, se puede concluir que el estudio de la calidad de vida relacionado tanto con el estado nutricional como con las diferentes intervenciones nutricionales, se ha ido desarrollando a lo largo del tiempo y de los diferentes autores de una forma totalmente heterogénea: en el tipo de estudios, diseños, pacientes, intervenciones y cuestionarios utilizados. Este escenario hace tremendamente difícil extraer conclusiones claras y con evidencia científica contrastada sobre el efecto buscado (calidad de vida relacionada con el estado nutricional y las diferentes intervenciones nutricionales). El desarrollo reciente de nuevas herramientas específicas; Calidad de Vida Relacionada con el Estado Nutricional (CAVEN) para evaluar el efecto del estado nutricional en la calidad de vida, Home Parenteral Nutrition Quality of Life (HON-QL) HPN-QOL para medir el efecto de la Nutrición Parenteral sobre calidad de vida y el Nutri-QoL para conocer el impacto de la nutrición enteral sobre la calidad de vida, abre un futuro prometedor para esta área del conocimiento.

Nutr Clin Med 2015; IX 2): 133-144

DOI: 10.7400/NCM.2015.09.2.5026

Key words

quality of life,
nutritional status,
enteral nutrition,
parenteral nutrition,
questionnaires

>>ABSTRACT

The aim of this paper is to summarize the scientific knowledge about quality of life related to the nutritional status. A narrative review was carried out for the scientific literature published and indexed in the principal bibliographic databases, highlighting among them: MEDLINE (by Pubmed), EMBASE, Web Science, The Cochrane Library y LILACS. The principal results were summarized and recapitulated in chapters titled quality of life related to health, quality

of life related to the nutritional status, quality of life and assessment instruments in nutritional interventions.

Correspondencia

Carmina Wanden-Berghe. Hospital General Universitario de Alicante. Universidad CEU Cardenal Herrera, Elche, Alicante. España.
E-mail: carminaw@telefonica.net

Could be conclude from the conducted review that the study of quality of life related to the nutritional status and to the different nutritional interventions has been developed heterogeneously over the time and in different ways by several authors in relation to the type of study, design, target patients, interventions and applied questionnaires. This scene makes extremely difficult to draw clear conclusions with corroborated scientific evidences about the desired effect (quality of life related to the nutritional status and different nutritional interventions). The recent development of new specific instruments as CAVEN for the assessment of nutritional status effect on quality of life, HPN-QOL to measure Parenteral Nutrition effect on quality of life and Nutri-Qol for the identification of Enteral Nutrition impact on quality of life, put on view a promising future for this area of knowledge.

Nutr Clin Med 2015; IX 2): 133-144
DOI: 10.7400/NCM.2015.09.2.5026

CALIDAD DE VIDA

La Calidad de Vida (CV) es un concepto cercano y popular, que el individuo entiende intuitivamente como definitorio de un determinado nivel de bienestar, que puede considerarse equivalente, o no, al grado de felicidad personal.

Es utilizado en diferentes contextos (sociología, economía, política, salud, etc.) haciendo referencia al bienestar general de los individuos y las sociedades, y no debe ser confundido con otros conceptos que pueden ser cercanos pero que no tienen el mismo significado, como los índices de desarrollo humano (esperanza de vida, indicadores de educación, producto bruto nacional per cápita, etc.) o con otros factores que son variables integradoras del nivel de vida, fundamentalmente económicas y de reconocimiento social (nivel de ingresos personales o familiares, puesto laboral o puestos de responsabilidad social o política, etc.), aunque nadie pone en duda que todos estos índices y factores puedan influir en mayor o menor medida en la generación del constructo final de la CV percibida.

Se encuentran diferentes modelos teóricos que se han ido desarrollando para su estudio, desarrollados por filósofos, sociólogos, psicólogos, antropólogos, economistas y políticos que a pesar de sus diferencias teóricas incluyen las siguientes dimensiones¹:

1. Necesidades fisiológicas, también llamadas básicas (alimentación, agua, aire, cobijo de las fuerzas de la naturaleza, etc.).
2. Necesidad de relación emocional con otras personas.

3. Necesidad de aceptación social.

4. Necesidad de realización y de sentido en la vida.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó una descripción implícita en 1946 cuando definió la salud como: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», en el Preámbulo de la Constitución de la OMS, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, firmada en Nueva York, el 22 de julio de 1946, por los representantes de 61 Estados² y entró en vigor el 7 de abril de 1948. No ha sido modificada desde entonces. Posteriormente, la OMS ha tratado de encontrar el consenso internacional, sobre la conceptualización del término CV, sus dimensiones y sus formas de evaluación. Para ello, crea el grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) que define la CV como: «la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses»³. Se remite el concepto al plano individual; esto es cómo la persona se siente y se ve a sí misma, independientemente de que esta evaluación sea o no compartida por los demás⁴.

Parece obvio e implícito que la enfermedad es un factor determinante para el mantenimiento de la CV. Pero, probablemente, la mejor explicación la dan Schumaker & Naughton⁵, en 1995: «la calidad de vida relacionada con la salud

(CVRS) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo».

El modelo bio-psico-social que actualmente se está preconizando en la asistencia sanitaria sus- tenta que: en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influi- do por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento ante los problemas, y el soporte social y familiar que tenga el paciente. Estos aspectos serán los que más influyan a la hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida.

En la clínica, entendemos la calidad de vida como un constructo multidimensional y evalua- ble, lo que se lleva a cabo a través de cuestiona- rios diseñados para tal fin. Podemos así cuanti- ficarla y conocer el grado de impacto que una determinada enfermedad, un síntoma y/o un tratamiento tiene sobre las esferas psicológicas, físicas, económicas, sociales, etc. que componen la calidad de vida. En otro apartado de esta re- visión se abordarán los diferentes cuestionarios disponibles para hacerlo.

Desde los años 90 se ha podido observar un cre- ciente interés por evaluar la CVRS en los proce- sos nosológicos (cáncer, enfermedad inflama- toria intestinal, asma, reumatismos, etc.), en los síntomas (dolor, picor, etc.) y en los tratamien- tos (nutrición enteral, nutrición parenteral, etc.). Este interés creciente por la CV surge en paralelo al aumento de la longevidad, generada por múl- tiples factores, y de la prevalencia de las enfer- medades crónicas, observado en la mayoría de los países.

El desarrollo tecnológico y científico ha permiti- do que los pacientes con enfermedades crónicas tengan una mayor esperanza de vida, al tiempo que han facilitado la cronificación de otras que eran agudas y mortales. Pacientes para los que no existe curación y que en su evolución van a ir desarrollando limitaciones físicas, psicológicas y sociales, con disminución de oportunidades y generación de dependencias. En muchos de es- tos casos, el tratamiento se convierte en paliati- vo, dirigido a controlar los síntomas, evitar las complicaciones y procurar su bienestar.

En estas situaciones, ni los indicadores clásicos de resultados en salud (mortalidad, morbilidad,

expectativa de vida) ni los indicadores clínicos (observación, exploración, pruebas complemen- tarias de imagen o laboratorio) son suficientes para observar cambios en la evolución, ni por supuesto para apoyar la toma de decisiones o evaluar la calidad de los servicios de salud.

Los tratamientos y procedimientos a los que es- tos pacientes crónicos son sometidos, no siem- pre van ligados al mantenimiento de una “bue- na” calidad de vida; por ello, surge la necesidad de conocer si determinados procedimientos la mejoran o no, convirtiéndose en un resultado de salud. En consecuencia, adquieren gran impor- tancia los datos subjetivos del paciente que refle- jan, además, sentimientos y percepciones.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON EL ESTADO NUTRICIONAL

Las alteraciones del estado nutricional, refirién- donos fundamentalmente a la desnutrición, pro- ducen un deterioro de las funciones del organis- mo⁶. Y, aún siendo la desnutrición en sí misma una patología, generalmente causada por otra enfermedad, es también y simultáneamente un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfer- medades. Por lo tanto, sería lógico afirmar, aún a riesgo de simplificar excesivamente las cosas, que la mejoría del estado nutricional influirá en la recuperación de las funciones fisiológicas y por tanto aumentará la salud del individuo. Por consiguiente, surge la pregunta ¿estos cambios sobre el organismo, producidos por el estado nutricional, tienen repercusión sobre la calidad de vida percibida por los pacientes?

Es complicado poder responder a esta pregunta porque, los enfermos que desarrollan desnutri- ción, generalmente tienen su CV fuertemente impactada por la enfermedad de base y por los efectos reactivos que ésta produce en su estado de ánimo, en el desarrollo de su vida habitual, en sus relaciones psico-sociales e incluso en su economía. No es fácil aislar la contribución de la desnutrición al estar ligada a la enfermedad, a su estadio y a los tratamientos que el paciente está recibiendo.

Dos cohortes de 184 y 271 pacientes con cáncer gastrointestinal y de cabeza y cuello respectiva- mente, tratan de desvelar la contribución del es- tado nutricional sobre la CV; observando que el desarrollo de la enfermedad y la ubicación del

tumor, fueron los principales factores determinantes de la CV de los pacientes. A pesar de que el deterioro nutricional combinado con déficit de ingesta calórica y proteica, fueron factores significativamente relevantes e independientes, los autores observaron que a medida que el estadio de la enfermedad avanzaba el grado de desnutrición de los pacientes también era más severo^{7,8}.

En una reciente revisión Lis y col. (2012)⁹, abordaron la relación entre el estado nutricional y la CV en pacientes con cáncer. Incluyeron 26 artículos con diseños diferentes que utilizaban distintas herramientas para valorar la CV, aunque la más común fue EORTC-QLQ-C30 (cuestionario desarrollado por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer). Este instrumento fue utilizado, unas veces de forma exclusiva y otras en combinación, con la finalidad de evaluar la CV en relación con el estado nutricional. Un criterio común para la clasificación de los pacientes fue la pérdida de peso.

En 6 estudios de pacientes con cáncer de cabeza y cuello que incluían entre 36 y 115 sujetos y en 8 estudios con enfermos con cáncer gastrointestinal con una muestra entre 48 y 1555, llegaron a la conclusión de que el estado nutricional se asocia positivamente con una mejor CV. Otro estudio con 106 pacientes con cáncer de pulmón, inoperable, de células no pequeñas en estadios III y IV, se observó que los pacientes con peso estable, presentaron mejor CV y tenían menos fatiga y dolor que el grupo que tuvo pérdida de peso. Igualmente, un trabajo prospectivo de 157 pacientes con cáncer ginecológico intervenido quirúrgicamente donde el 70% eran obesos, mostraba que un mayor índice de masa corporal se correlacionaba negativamente con la CV. Otros 10 artículos con muestras entre 50 y 883 pacientes con diferentes tipos de cáncer, presentaron los siguientes resultados: en uno de ellos se mostraba que el estado nutricional estaba significativamente asociado a la CV sólo en los pacientes de alto riesgo. Otro, concluyó que no existía asociación entre el estado nutricional y la CV. Y, en los 8 restantes, se halló correlación positiva entre el estado nutricional y la CV.

Se tiene que tener en cuenta que la CV percibida es un proceso dinámico que depende de muchos factores entre los que se encuentra la propia personalidad del sujeto. Su percepción puede ser muy variable como consecuencia de las interacciones entre el paciente y su entorno; su enferme-

dad, sus síntomas, los cambios que la situación genera en su forma de vida, el soporte socio-familiar que recibe y que percibe, además de la etapa de la vida en que se encuentra¹⁰. Sin dejar de lado que, a medida que pasa el tiempo conviviendo con su enfermedad, ocurren ajustes en el sujeto que hace que aumente la satisfacción que siente con su vida. Esto, es un fenómeno de acostumbramiento o resignación, por lo que se puede encontrar personas con limitaciones importantes que consideren que su calidad de vida es buena¹¹.

Hasta hace poco tiempo, otro de los problemas para poder cuantificar el impacto de la desnutrición sobre la CV, era carecer de un instrumento específico para poder evaluarla¹². En la actualidad existe un cuestionario para tal fin: "Calidad de Vida Relacionada con el Estado Nutricional (CAVEN)", aunque tan solo se ha publicado hasta el momento el estudio de su validación con 68 pacientes¹³. Esta herramienta, se encuentra disponible y de libre acceso, previo registro, en www.caven.es y aunque abre un horizonte prometedor, habrá que esperar a tener más estudios que muestren con más solidez la relación entre el estado nutricional y la CV.

CALIDAD DE VIDA E INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

Se podría afirmar que, una intervención que cumple con la expectativa de mantener o mejorar el estado nutricional del paciente, supone una mejoría en su CV. Pero, esta afirmación lleva al investigador a designar, en ocasiones, como evidencia y otorgar un grado de recomendación a lo que realmente aún no se ha demostrado. Existen artículos científicos que argumentan que la mejoría en la CV del paciente, avala la decisión de instaurar una nutrición artificial cuando probablemente falten estudios en los que la CV realmente haya sido evaluada y que aporten evidencia científica¹⁰.

Llama la atención la gran heterogeneidad de los trabajos publicados con el objetivo principal o secundario de evaluar la CV en los pacientes que reciben algún tipo de soporte nutricional. La enorme variabilidad de los instrumentos utilizados (Tabla I), sus diferentes diseños, así como la existencia de pacientes con diferentes patologías de base en diferentes estadios de la enfermedad y los distintos tratamientos que reciben, dificulta mucho realizar una revisión con artículos homo-

TABLA I. PRINCIPALES CUESTIONARIOS UTILIZADOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA

Cuestionario	Abreviatura	Uso	Dominios
European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life	EORTC QLQ-C 30	Cáncer	5 escalas funcionales: física, conductual, emocional, cognitiva, social. 9 escalas de síntomas: fatiga, dolor, náuseas / vómitos, disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea, dificultades financieras.
The Short Form-36 Health Survey	SF - 36	Genérico	36 ítems organizados en ocho dominios: funcionamiento físico, limitaciones de las actividades por problemas de salud física, dolor corporal, percepción de salud general, vitalidad, funcionamiento social, limitaciones por problemas emocionales, salud mental.
Euro Quality of Life 5 Dimension	EuroQol – 5D	Genérico	Escala Analógica Visual (CV según el cambio de la salud percibida). 5 Dimensiones: movilidad, autocuidado, actividad habitual, dolor o malestar, ansiedad o depresión.
Linear Analogue Scale Assessment Visual Analogue Scale (Escala Analógica Visual)	LASA o VAS (EVA)	Genérico	Líneas de una longitud estándar (generalmente 10 cm), con los extremos de una variable (Ej: valoración de 0 a 10). El paciente marca el punto que corresponde a su estado percibido. A veces se utilizan imágenes (sobre todo en niños).
Bristol-Myers Anorexia Cachexia Recovery Instrument	BACRI	Anorexia/Caquexia	Cuestionario basado en ocho ítems: BACRI 7 (7 ítems) recuperación subjetiva de los síntomas de la anorexia/caquexia. BACRI 1 (1 ítem) percepción por parte del paciente.
Darmouth Primary Care Cooperative Information Project - World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians	COOP - WONCA	Genérico	6 dimensiones: aptitud física, salud mental, actividad diaria, actividad social, cambios en la salud, percepción general de la salud.
Direct Questioning of Objectives	DQO	Nutrición Parenteral en el Domicilio	Escala que categoriza tres objetivos de vida: trabajo a tiempo completo, posibilidad de disfrutar de actividades de recreo y posibilidad de viajar.
European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life – Head and Neck	EORTC QLO-H&N35	Cáncer de cabeza y cuello	Diseñado para ser utilizado junto con el EORTC QLQ-C30 6 escalas de síntomas: dolor, tragar, sentidos (gusto/olfato), habla, comidas sociales, contactos sociales. 7 ítems aislados: sexualidad, problemas dentales, problemas de apertura de la boca, boca seca, saliva pegajosa, tos, sensación de malestar.
Functional Assessment of Anorexia/ Cachexia Therapy	FAACT	Anorexia/Caquexia	4 subescalas: bienestar físico, bienestar social/familiar, bienestar emocional, bienestar funcional. Y, 12 ítems relacionados con preocupaciones personales adicionales.

TABLA I. PRINCIPALES CUESTIONARIOS UTILIZADOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA (cont.)

Cuestionario	Abreviatura	Uso	Dominios
Functional Living Index-Cancer	FLIC	Cáncer	5 dominios (escala análoga lineal): bienestar físico y habilidades, estado emocional, sociabilidad, situación familiar, náuseas.
Gastrointestinal Quality of Life Index	GiQLI	Gastrointestinal	5 dominios: síntomas, disfunción física, disfunción emocional, disfunción social y efectos del tratamiento médico.
Kurihara questionnaire	Kurihara	Cáncer	23 ítems categorizados en dos dominios: aspectos físicos y psicosociales.
Nottingham Health Profile	NHP	Genérico	Parte 1: nivel de energía, dolor, reacción emocional, trastornos del sueño, aislamiento social, habilidades físicas. Parte 2: 7 ítems relacionados con las áreas de la vida afectadas.
Oral Health Impact Profile - EDENT	OHIP-EDENT	Salud bucodental	19 ítems agrupados en 7 dominios: limitación funcional, dolor, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad fisiológica, discapacidad social, minusvalía.
Physician Global Assessment	MD global	Genérico	Evaluación del bienestar utilizando una escala analógica visual de 10 cm.
QoL focused on symptoms of oxidative stress	QoL-OS	Cáncer	5 subescalas: funcional, física, emocional, social y familiar, fatiga.
Quality of Well Being Scale	QWB	Genérico	Tres escalas de funcionamiento con una medida de síntomas y problemas. El modelo separa los aspectos del estado de salud y calidad de vida en distintos componentes. Estos son: la esperanza de vida (mortalidad), el funcionamiento y los síntomas (morbilidad), la preferencia por los estados observados funcionales (utilidad) y la duración de la estancia en los estados de salud (pronóstico).
Sickness Impact Profile	SIP	Genérico	2 dominios globales (físicos y psicosociales). 12 categorías (dormir y descansar, comer, trabajar, administración del hogar, recreación y pasatiempos, deambulación, movilidad, cuidado del cuerpo y movimiento, interacción social, conducta de estado de alerta, comportamiento emocional, comunicación)
Subjective assessment of QoL (transplantation)		Trasplante de hígado o de intestino corto	26 dominios: ansiedad, depresión, consumo de alcohol, consumo de drogas, estilo cognitivo-emocional, estado mental, movilidad física, apariencia, dolor y malestar, existencia de estrés, afrontamiento, estado financiero, crianza de los hijos, relación conyugal, sexualidad, estado digestivo y urinario, sueño, energía, optimismo, control de la impulsividad, satisfacción del médico, calidad de la relación personal, relaciones sociales de calidad, ocio recreativo, posibilidad vacacional.

TABLA I. PRINCIPALES CUESTIONARIOS UTILIZADOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA (cont.)

Cuestionario	Abreviatura	Uso	Dominios
Time Trade-off Technique	TTO	Genérico	Presupone que la posición de referencia de una persona es tener una dotación inicial de tiempo y estar en "casi buena salud". Dimensiones: estado de salud, movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión.
Troidl		Después de la gastrectomía	14 ítems divididos en dos grupos: los síntomas específicos de la enfermedad (8 ítems) y de situación social-personal (6 ítems).
Vailas et al.		Genérico	6 dominios: calidad de vida global percibida, salud, soledad, disfrute de los alimentos, seguridad alimentaria, depresión.
Visick Scale		Después de la gastrectomía	4 Grados: Visick I (excelente) no hay quejas gastrointestinales, Visick II (bien) dolores gastrointestinales leves, Visick III (justas) quejas gastrointestinales significativas, Visick IV (mala) fracaso.
World Health Organization Quality of WHOQOL - BREF Life - BREF		Genérico	Percepción de la calidad de vida (el estado de salud). 4 dominios: físico, psicológico, relación social, medio ambiente.

géneos que ofrezcan resultados comparables que permitan extraer conclusiones que sirvan de guía.

Soporte nutricional oral y Calidad de Vida:

Los estudios que investigan el efecto de la suplementación oral valoran la CV mediante diferentes parámetros e indicadores clínicos, (CV, bienestar general, salud subjetiva, índices funcionales, Escala de Hospital Ansiedad y Depresión en el Hospital (HADS)).

Wekees y col. (2006)¹⁴ en un trabajo con 59 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, evaluados con el cuestionario genérico de CV SF-36 y seguidos durante 1 año, encuentran una mejoría en la CV del grupo que recibía el soporte nutricional oral y un deterioro en el grupo control. Asimismo, mediante la escala de discapacidad de Townsend, apreciaron que el grupo de intervención desempeñaba con más facilidad las actividades de la vida diaria en comparación con el grupo control, sin que se apreciaran diferencias en los síntomas de la enfermedad pulmonar, para lo que utilizaron el St George's Respiratory Questionnaire Medical Research.

Wouters-Wesseling (2003)¹⁵ estudió dos grupos de población anciana. A uno de ellos les administró un suplemento y al otro le dio un placebo durante 6 meses, no encontrando relación entre el estado nutricional y la CV (mediante el cuestionario Nottingham Health Profile NHP, cuestionario genérico de CV), apreciando tan solo una mejoría en la dimensión "sueño".

Bauer y Capra (2005)¹⁶ en un estudio piloto con 8 pacientes con carcinoma de páncreas y de pulmón, con esperanza de vida mayor a 2 meses y un estado funcional igual o mayor de 60 (evaluado con el Índice de Karnofsky), recibieron consejo dietético y un suplemento ¿¿hipercalórico?? e hiperprotéico enriquecido en ácido eicosapentanoico (EPA). A las 8 semanas su CV valorada con la escala EORTC-QLQ-C30 había incrementado la mediana de 66.7 (IC95% 33.3-91.7) a 83.3 (IC95% 66.7-100) lo que fue significativo con un p-valor igual a 0.019.

Ravasco (2005)¹⁷ divide en 3 grupos de intervención a 75 pacientes con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento radioterápico. Al grupo 1 le proporciona consejo dietético, al grupo 2 lo man-

tiene con su dieta habitual agregando un suplemento nutricional y el 3 con dieta *ad libitum*. Valora la CV, con el cuestionario EORTC QLQ-C30, al inicio del estudio y a los 3 meses, observando: los pacientes del grupo 1 mantenían o mejoraban la CV, mientras que los pacientes de los grupos 2 y 3 la mantenían o la empeoran.

Un reciente meta-análisis Baldwin y col. (2012)¹⁸ incluyeron en el análisis 5 trabajos que utilizaban el cuestionario EORTC. Esta herramienta evalúa cinco escalas funcionales (física, conductual, cognitiva, emocional y social) y ocho escalas de síntomas (fatiga, náuseas y vómitos, dolor, disnea, trastornos del sueño, pérdida de apetito, estreñimiento y diarrea) y mide la calidad de vida global y el impacto económico percibido. Los autores concluían que existían diferencias en la calidad de los estudios y en la heterogeneidad clínica y estadística. Una vez controlados los principales sesgos, observaron que las intervenciones nutricionales orales se asociaron con mejoras estadísticamente significativas en el “funcionamiento emocional”, en la CV global y en la mejora de la disnea y la pérdida del apetito. Sin embargo, en las otras escalas no se alcanzó significación estadística. No encontraron asociación en la ganancia de peso o en la ingesta de energía, ni tampoco ningún efecto sobre la mortalidad.

La sarcopenia y la pérdida de peso son dos fuertes predictores de mortalidad en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). A la vez, en estos pacientes, el desgaste proteico-energético se manifiesta por los bajos niveles séricos de albúmina o prealbúmina. Kalantar-Zadeh y col. (2011)¹⁹ se plantearon una cuestión clínicamente relevante y oportuna: si una intervención nutricional puede aumentar los niveles de albúmina sérica en pacientes con ERC y, si al hacerlo, la supervivencia y CV mejoraban. Los autores concluyeron que la respuesta a estas preguntas era sobre la base de los datos disponibles, un cauteloso “sí”. La cautela se debía a que no encontraron un ensayo, aleatorizado, controlado y con el tamaño de muestra adecuado.

Nutrición enteral (NE) y Calidad de Vida:

La nutrición enteral es capaz de normalizar el estado nutricional de muchos pacientes desnutridos e incluso mejorar su estado de caquexia. En este sentido, existen datos que relacionan el estado nutricional con la CV, independientemente de la enfermedad de base, si bien no hay una

evidencia consistente que respalde estos resultados. Por otro lado, existen factores asociados a la administración de la nutrición, a través de una sonda, que suponen severas limitaciones para una buena CV, como: la anulación de la función gustativa, el aislamiento social, el recuerdo de sufrir una importante enfermedad, etc²⁰.

Good y col.²¹, en una revisión indizada en la Cochrane Database (2008), tan solo encuentran cuatro trabajos prospectivos no controlados (incluyendo un estudio cualitativo) que estudiaban el efecto sobre la CV de la nutrición clínica (enteral y parenteral) en los pacientes sometidos a cuidados paliativos y, además, incluyen una revisión anterior sobre la enfermedad de la moto-neuro. Pero, ningún ensayo clínico aleatorizado. Los autores concluyen que no disponen de evidencia que permita realizar recomendaciones para la práctica en relación a la utilización de la nutrición en los pacientes en cuidados paliativos.

Volkert y col.²², en el año 2006, en la guía editada por la Sociedad Europea de Nutrición Parenteral y Enteral (ESPEN), ponen de manifiesto la eficacia de la nutrición enteral por sonda en los pacientes geriátricos y comentan que el estado nutricional puede estar limitado por los efectos secundarios de la nutrición y los condicionantes inherentes a la sonda. En estos pacientes, existe además el inconveniente que cuando se inicia la nutrición, se encuentran, en general, severamente desnutridos y con una gran pérdida de masa muscular, presentando un cuadro difícil de revertir. Además, muchos de ellos presentan estados funcionales y cognitivos muy deteriorados, lo que dificulta evaluar su CV a través de cuestionarios, ya que sus limitaciones les impide responder. En estos casos, una alternativa que permite obtener una aproximación válida es encuestar al cuidador principal²³.

Wanden-Berghe y col. (2009)²⁴, evaluaron la CV de 267 pacientes con NE domiciliaria (edad media 62 años), procedentes de 14 hospitales españoles, en su mayoría oncológicos (44%) y neurológicos (37%). Los pacientes neurológicos valoraban su CV peor que los oncológicos. Las mujeres, con independencia de la patología y de la edad, también valoraron peor su CV que los varones. Los autores, al no disponer de una medida de comparación, concluían que en estos pacientes la relación de la NE con la CV presentaba unos valores en el intervalo intermedio del rango de la medida.

Weaver y col.²⁵, estudian a 100 pacientes con NE por PEG durante 4-8 años (edad media 76 años). Utilizaron la escala de CV de Spitzer adaptada y evaluaron: la orientación, la capacidad de comunicación y de auto-cuidado. En el seguimiento de los pacientes no encontraron cambios significativos en la evaluación objetiva de la CV. Los varones, los mayores de 76 años y los pacientes con enfermedades crónicas, como múltiples derrames cerebrales o demencia, mostraron peor respuesta en la escala de CV. En este estudio, también se observó una correlación positiva en la escala de la CV entre los pacientes y sus familiares, como se ha comentado en el trabajo citado anteriormente. Ahora bien, los familiares de los pacientes que mostraron la peor respuesta fueron lo que respondieron «no» a la pregunta: ¿le gustaría a usted recibir igual tratamiento en caso de estar en similar situación?

Como se ha visto, resulta complicado realizar estudios que valoren la CV en pacientes con NE, ya que, en muchas ocasiones, en el momento de colocar la sonda existe un deterioro cognitivo que limita su comunicación y el conocimiento de sus percepciones, lo que impide su colaboración en la evaluación de la CV^{26,27}. A este respecto Wanden-Berghe y col., en 2008, estudiaron 240 pacientes con NE y a sus cuidadores para conocer el grado de acuerdo en la valoración de la CV, obteniendo unos coeficientes de correlación superior al 80%, tanto con el cuestionario EuroQoL 5D, como con una escala visual analógica EVA²³.

Nutrición parenteral (NP) y Calidad de Vida

En primer lugar, hay que dejar patente que los artículos que han estudiado la CV en los pacientes con NP, suelen recoger muestras pequeñas y tienen una gran variabilidad en el diseño y las herramientas utilizadas para evaluarla.

Las características de los pacientes que reciben NP cambian sustancialmente: su edad media es de $50,65 \pm 15,76$ años y la mediana de 53 años, según los datos de 2013, del registro del grupo de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria (NADYA) de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. En una revisión anterior la edad de los pacientes oscilaba entre 41 y 69 años²⁸.

Las patologías de los pacientes sometidos a NP también presentan diferencias. Mientras los so-

metidos a NE son predominantemente enfermos oncológicos o neurológicos, los de NP presentan enfermedades intestinales que les condiciona generalmente la dependencia total o parcial de este tratamiento de por vida, con la sola alternativa, en los casos que puedan ser candidatos, del trasplante intestinal. No obstante, en los últimos años los enfermos oncológicos que reciben NP han aumentado su número, convirtiéndose en grupo diana para el estudio de la CV. En este punto, habría que resaltar que si bien la NP es una técnica compleja, la mayoría de los pacientes (más del 80%) que la reciben mantienen un alto nivel de autonomía²⁹. Pero, algunos trabajos, llegan a la conclusión de que hay un deterioro de la CV asociada a este tratamiento³⁰⁻³³.

Llegar a concluir que, en los pacientes oncológicos, la NP contribuye a mantener la CV es un tema especialmente prioritario. En un reciente estudio Delphi, para establecer los criterios excelencia en la calidad asistencial en estos pacientes con NP domiciliaria, en el que participaron 27 expertos de 5 países europeos, se llegó a la conclusión de que los 3 indicadores principales fueron: (1) la calidad de vida, (2) la incidencia de reingreso hospitalario y (3) la incidencia de las infecciones relacionadas con el catéter³⁴.

Bozzeti, en 2002, estudio 69 pacientes con cáncer avanzado donde el deterioro de la CV podría explicarse por la progresión de la enfermedad de base. Observando, al mes y a los dos meses desde el establecimiento de la NP, que en aquellos pacientes donde la enfermedad se mantenía estable (Índice de Karnofsky mayor de 50) también se conservaba su CV³⁵. En otro estudio con 75 pacientes con cáncer, que usa igualmente el Índice de Karnofsky, como medida de resultado, se observó que en los pacientes con más de 3 meses de supervivencia se apreciaba un aumento del índice³⁶.

Recientemente se ha desarrollado una herramienta específica para la evaluación de la CV en pacientes adultos con NP domiciliaria (HPN-QOL) que ha sido validada en pacientes con fallo intestinal por enfermedad benigna³⁷. Y, también ha sido adaptada a pacientes con trasplante intestinal³⁸, sin embargo hacen falta más estudios para comprobar la utilidad y especificidad de esta herramienta. Cabe esperar que con su utilización en próximos años se podrá concluir con mayor consistencia sobre los cambios de la CV asociados a la NP.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN LAS INTERVENCIONES NUTRICIONALES

Existe un número elevado de publicaciones sobre la CVRS. Sin embargo los que tratan de la CV relacionada con el estado nutricional no son tan abundantes como demuestra una revisión sistemática³⁹ que identifica los cuestionarios que se utilizan para su evaluación. La revisión no encontró ningún cuestionario específico que determinara la relación directa entre la CVRS y el estado nutricional. Se identificaron 25 cuestionarios diferentes que se habían utilizado en los 28 estudios de la revisión, de los que 12 eran genéricos. Los cuestionarios que se utilizaron en más de un artículo fueron: el de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento de la Calidad de Vida en el Cáncer (EORTC-QLQ-C-30) y el SF-36 en seis ocasiones cada uno, también el Euro Quality of Life de 5 Dimensiones (EuroQol-5D) se utilizó en tres ocasiones, al igual que las escalas analógicas. Todos los demás cuestionarios tienen una utilización aislada en un solo artículo, observándose también el uso de instrumentos no validados (Tabla 1).

Recientemente se han desarrollado dos cuestionarios específicos: el "Calidad de Vida Relacionada con el Estado Nutricional" CAVEN que permitirá conocer mejor el impacto del estado nutricional sobre la CV¹³; y el HPN-QOL para medir el efecto de la Nutrición Parenteral sobre

la CV³⁷. También se está en desarrollo otro cuestionario específico de Calidad de Vida Relacionada con la Salud para pacientes con Nutrición Enteral Domiciliaria "NutriQoL"⁴⁰, dirigido a evaluar el efecto de la nutrición enteral. Actualmente se encuentra en fase de análisis de sus propiedades psicométricas en un estudio prospectivo actualmente en implementación.

CONCLUSIONES

El estudio de la CV relacionado tanto con el estado nutricional como con las diferentes intervenciones nutricionales, se ha ido desarrollando a lo largo del tiempo y de los diferentes autores de una forma totalmente heterogénea: en el tipo de estudios, diseños, pacientes, intervenciones y cuestionarios utilizados. Este escenario hace tremendamente difícil extraer conclusiones claras y con evidencia científica contrastada sobre el efecto buscado (calidad de vida relacionada con el estado nutricional y las diferentes intervenciones nutricionales).

El desarrollo reciente de nuevas herramientas específicas; el CAVEN para evaluar el efecto del estado nutricional en la CV, el HPN-QOL para medir el efecto de la Nutrición Parenteral sobre la CV y el Nutri-QoL para conocer el impacto de la nutrición enteral sobre la CV, abre un futuro prometedor para esta área del conocimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Angermeyer MC, Killian R. Modelos teóricos de Calidad de Vida en trastornos mentales. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona: Editorial Masson; 2000. p.19-29.
2. World Health Organization Commission. Official Records of the World Health Organization (WHO), N° 2: International Health Conferences [monografía en Internet]. Nueva York: WHO; 1946 [acceso 30 enero 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf
3. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998; 28(3): 551-8.
4. Minayo MC, Hartz ZM, Buss P. Quality of life and Health: a necessary debate. *Cien Saude Col* 2000; 5(1): 7-18.
5. Shumaker SA, Naughton MJ. The internacional assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. In: The international assessment of health-related quality of life: theory. New York: Rapid Communications of Oxford; 1995. p. 3-10.
6. Oliveira Fuster G, Gonzalez-Romero S. Nutrición en el adulto. En: Gil Hernández A, coordinador. Tratado de Nutrición, tomo III. Nutrición Humana en el Estado de Salud. 2ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2010. p. 288-317.
7. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Marques Vidal P, Camilo ME. Qualidade de Vida em Doentes com Cancro Gastrintestinal. Qual o Impacto da Nutrição?. *Acta Med Port* 2006; 19(3): 189-96.
8. Ravasco P, Monteiro Grillo I, Camilo M. Cancer wasting and quality of life react to early individualized nutritional counselling!. *Clin Nutr* 2007; 26(1): 7-15.

9. Lis CG, Gupta D, Lammersfeld CA, Markman M, Vashi PG. Role of nutritional status in predicting quality of life outcomes in cancer – a systematic review of the epidemiological literature. *Nutr J* 2012; 11: 27.
10. Laura Schwartzmann. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Cien Enferm* 2003; 9(2): 9-21.
11. Leplège A, Hunt, S.El problema de la Calidad de Vida en Medicina. *JAMA* 1998; 7(1): 19-23.
12. Wanden-Berghe C, Sanz-Valero J, Escribà-Agüir V, Castelló-Botia I, Guardiola-Wanden-Berghe R; Red de Malnutrición en Iberoamérica - Ciencia y Tecnología para Desarrollo (Red MeI - CYTED). Evaluation of quality of life related to nutritional status. *Br J Nutr* 2009; 101(7): 950-60.
13. Wanden-Berghe C, Martín-Rodero H, Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Galindo-Villardón P. Cuestionario de calidad de vida relacionado con el estado nutricional (CaVEN). *Nutr Hosp* 2012; 27(6): 1876-85.
14. Weekes CE, Emery PW, Elia M. Dietary counselling and food fortification in stable COPD: a randomised trial. *Thorax* 2009; 64(4): 326-31.
15. Wouters-Wesseling W, Vanhooijdonk C, Wagenaar L, Indels JB, De Groot L, Vanstaveren W. The effect of a liquid nutrition supplement on body composition and physical functioning in elderly people. *Clin Nutr* 2003; 22(4): 371-7.
16. Bauer JD, Capra S. Nutrition intervention improves outcomes in patients with cancer cachexia receiving chemotherapy—a pilot study. *Support Care Cancer* 2005; 13(4): 270-24.
17. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Marques Vidal P, Camilo ME. Impact of nutrition on outcome: A prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Head Neck* 2005; 27(8): 659-68.
18. Baldwin C, Spiro A, Ahern R, Emery PW. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2012; 104(5): 371-85.
19. Kalantar-Zadeh K, Cano NJ, Budde K, Chazot Ch, Kovesdy CP, Mak RH. Diets and enteral supplements for improving outcomes in chronic kidney disease. *Nat Rev Nephrol* 2011; 7(7): 369-84.
20. Bozzetti F. Quality of life and enteral nutrition. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2008; 11(5): 661-5.
21. Good P, Cavenagh J, Mather M, Ravenscroft P. Medically assisted nutrition for palliative care in adult patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (4): CD006274.pub2.
22. Volkert D, Berner YN, Berry E, Cederholm T, Coti Bertrand P, Milne A, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clin Nutr* 2006; 25(2): 330–60.
23. Wanden-Berghe C, Nolasco A, Planas M, Sanz-Valero J, Rodríguez T, Cuerda C, et al.; Grupo NADYA-SENPE. Health-related quality of life according to the main caregiver in patients with home nutritional support. *Med Clin (Barc)* 2008; 131(8): 281-4.
24. Wanden-Berghe C, Nolasco A, Sanz-Valero J, Planas M, Cuerda C; NADYA-SENPE. Health-related quality of life in patients with home nutritional support. *J Hum Nutr Diet* 2009; 22(3): 219–25.
25. Weaver JP, Odell P, Nelson C. Evaluation of the benefits of gastric tube feeding in an elderly population. *Arch Fam Med* 1993; 2(9): 953–6.
26. Callahan CM, Haag KM, Weinberger M, Tierney WM, Buchanan NN, Stump TE, et al. Outcomes of percutaneous endoscopic gastrostomy among older adults in a community setting. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(9): 1048–54.
27. Bannerman E, Pendlebury J, Phillips F, Ghosh S. A cross-sectional and longitudinal study of health-related quality of life after percutaneous gastrostomy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000; 12(10): 1101–9.
28. Wanden-Berghe C. Calidad de Vida en los Pacientes con Nutrición Parenteral Domiciliaria. *El Farmacéutico Hospitalares* 2006; 176: 57-62.
29. Wanden Berghe C, Gómez Candela C, Chicharro L, Cuerda C, Martínez Faedo C, Virgili N, et al.; Grupo NADYA-SENPE. Registro del año 2010 de Nutrición Parenteral Domiciliaria en España: Grupo NADYA-SENPE. *Nutr Hosp* 2011; 26(6): 1277-82.
30. Oz V, Theilla M, Singer P. Eating habits and quality of life of patients receiving home parenteral nutrition in Israel. *Clin Nutr* 2008; 27(1): 95-9.
31. Pironi L, Paganelli F, Mosconi P, Morselli-Labate AM, Spinucci G, Merli C, et al. The SF-36 Instrument for the followup of health-related quality-of-life assessment of patients undergoing home parenteral nutrition for benign disease. *Transplant Proc* 2004; 36(2): 255-8.
32. Persoon A, Huisman-de Waal G, Naber TA, Schoonhoven L, Tas T, Sauerwein H, et al. Impact of long-term HPN on daily life in adults. *Clin Nutr* 2005; 24(2): 304-13.
33. Carlsson E, Bosaeus I, Nordgren S. Quality of life and concerns in with short bowel syndrome. *Clin Nutr* 2003; 22(5): 445-52.

34. Dreesen M, Foulon V, Hiele M, Vanhaecht K, De Pourcq L, Pironi L, et al. Quality of care for cancer patients on home parenteral nutrition: development of key interventions and outcome indicators using a two-round Delphi approach. *Support Care Cancer* 2013; 21(5): 1373-81.
35. Bozetti F, Cozzaglio L, Biganzoli E, Chiavenna G, De Cicco M, Donati D, et al. Quality of life and length of survival in advanced cancer patients on home parenteral nutrition. *Clin Nutr* 2002; 21(4): 281-8.
36. Cozzaglio L, Balzola F, Cosentino F, DeCicco M, Fellagara P, Gaggiotti G, et al. Outcome of cancer patients receiving home parenteral nutrition. Italian Society of Parenteral and Enteral Nutrition (S.I.N.P.E.). *J Parenter Enteral Nutr* 1997; 21(6): 339-42.
37. Baxter JP, Fayers PM, McKinlay AW. The clinical and psychometric validation of a questionnaire to assess the quality of life of adult patients treated with long-term parenteral nutrition. *J Parenter Enteral Nutr* 2010; 34(2): 131-42.
38. Pironi L, Baxter JP, Lauro A, Guidetti M, Agostini F, Zanfi C, et al. Assessment of quality of life on home parenteral nutrition and after intestinal transplantation using treatment-specific questionnaires. *Am J Transplant* 2012; 12(Suppl 4): S60-6.
39. Wanden-Berghe C, Sanz-Valero J, Escribá-Agüir V, Castello-Botia I, Guardiola-Wanden-Berghe R. Systematic Review: Evaluation of quality of life related to nutritional status. *Br J Nutr* (2009), 101, 950-60.
40. Virgili Casas N, de la Cuerda Compés C, Irlés Rocamora JA, Cuesta Triana F, Apezetxea Celaya A, Casanueva Freijo F. Aplicación del modelo de Análisis Rasch en el desarrollo de un cuestionario específico de Calidad de Vida Relacionada con la Salud para pacientes con Nutrición Enteral Domiciliaria: Cuestionario NutriQoL. *Nutr Hosp* 2013; 28(Supl 3): 54.