

Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio¹

Verónica Guerra-Guerrero²

Olivia Sanhueza-Alvarado³

Mirtha Cáceres-Espina⁴

Objetivo: determinar la calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica y su relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. Método: estudio exploratorio, descriptivo, transaccional con muestreo probabilístico estratificado. Calidad de vida fue evaluada mediante el instrumento KDQOL-36TM. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS. Resultados: 354 personas en hemodiálisis crónica presentaron puntuaciones bajas en la mayoría de las dimensiones de calidad de vida, principalmente Carga de la Enfermedad, Componente Físico y Mental. Edad, sexo, escolaridad, ingresos económicos, tiempo en diálisis, etiología de la enfermedad, cigarrillo, hospitalizaciones, número medicamentos, albúmina, creatinina, trasplantes resultaron relacionados. Los resultados revelan múltiples factores relacionados con la calidad de vida. Conclusión: existe necesidad de investigar otros aspectos que permitan enfocar y optimizar el cuidado de enfermería dirigido a estas personas.

Descriptores: Calidad de vida; Hemodiálisis; Insuficiencia Renal Crónica.

¹ Artículo parte de la Tesis de Doctorado "Factores que influyen significativamente en la adherencia y calidad de vida de las personas en hemodiálisis, considerando su experiencia de vida", presentada a la Universidad de Concepción, Chile.

² PhD, Académico, Departamento de Enfermería, Universidad Católica del Maule, Chile.

³ PhD, Académico, Departamento de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

⁴ MSc, Académico, Departamento de Enfermería, Universidad Católica del Maule, Chile.

Correspondencia:

Verónica Guerra Guerrero
Universidad Católica del Maule. Departamento de Enfermería
Avenida San Miguel n° 3605
Talca, Chile
E-mail: vguerra@ucm.cl

Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório

Objetivo: determinar a qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica e sua relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório. Método: estudo exploratório, descritivo, transaccional com amostragem de probabilidade estratificada. Qualidade de vida foi avaliada mediante o instrumento KDQOL-36™. Os dados foram analisados com o programa estatístico SPSS. Resultados: 354 pessoas em hemodiálise crônica apresentaram pontuações baixas na maioria das dimensões de qualidade de vida, principalmente carga da doença, componente físico e mental. Foram encontradas associações com idade, sexo, escolaridade, renda, tempo em diálise, etiologia da doença, cigarro, hospitalizações, quantidade de remédios, albumina, creatina e transplantes. Os resultados revelam múltiplos fatores relacionados à qualidade de vida. Conclusão: existe a necessidade de se investigar outros aspectos que permitam enfocar e otimizar o cuidado da enfermagem dirigido a essas pessoas.

Descritores: Qualidade de Vida; Hemodiálise; Insuficiência Renal Crônica.

Quality of life in people with chronic hemodialysis: association with sociodemographic, medical-clinical and laboratory variables

Aim: determine the quality of life for people in chronic hemodialysis and its association with sociodemographic, medical-clinical and laboratory variables. Method: exploratory, descriptive, cross-sectional study with stratified probability sampling. Quality of life was assessed using the KDQOL-36™. Data were analyzed using SPSS statistical software. Results: 354 people in chronic hemodialysis had low scores on most dimensions of quality of life, mainly Burden of Disease, Physical and Mental Component. Age, sex, education, income, time on dialysis, etiology of the disease, smoking, hospitalizations, albumin, creatinine and transplants were related. The results reveal multiple factors related to quality of life. Conclusion: there is a need to research on other aspects that permit focusing and optimizing the nursing care for these people.

Descriptors: Quality of Life; Hemodialysis; Chronic Renal Failure.

Introducción

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es una enfermedad con alta prevalencia e incidencia a nivel mundial⁽¹⁻²⁾. En las últimas décadas, en Chile también se ha producido un incremento significativo en el número de personas que la padecen⁽³⁾. Es una enfermedad con desenlace mortal a corto o mediano plazo⁽⁴⁾ que afecta muchas estructuras del cuerpo, por lo que se asocia también a reducción de la calidad de vida (CV)⁽⁵⁻⁶⁾.

Hasta el momento no tiene cura, sin embargo, las terapias desarrolladas para tratarla permiten mantener y prolongar la vida. La hemodiálisis (HD) es la terapia que se utiliza con mayor frecuencia a nivel mundial^(1,4,7) y en Chile también⁽²⁾. Es un tratamiento altamente complejo,

exigente, puede llegar a ser muy restrictivo e implica cambios profundos en el estilo de vida⁽⁵⁾. Está asociado, además, a costos sociales y económicos elevados para los sistemas sanitarios⁽⁸⁾. Si bien la terapia dialítica permite a las personas prolongar su vida y garantizar su supervivencia⁽⁹⁾, también afecta la realización de actividades de la vida cotidiana y a largo plazo su calidad de vida. La disminución de la calidad de vida ha sido asociada, además, con un incremento del riesgo de morbilidad y mortalidad en esta población⁽⁶⁾.

La calidad de vida es un constructo ampliamente estudiado en varias enfermedades y en la IRCT por sus características y tratamiento. Constituye una preocupación

permanente en los(as) profesionales de la salud. En 1994, la Organización Mundial de la Salud la definió como "la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses"⁽¹⁰⁾. Ha sido estudiada recientemente como uno de los principales resultados de la terapia de remplazo renal en distintos grupos de personas y países, y como uno de los principales indicadores de salud y bienestar⁽⁷⁻⁸⁾. Su estudio e interés se ha incrementado en los últimos años, de acuerdo al progresivo aumento de personas con IRCT y a la prolongación en años de vida que presentan. Los estudios coinciden en señalar que la CV se encuentra más deteriorada en personas en HD que en la población general e incluso en quienes han recibido trasplante renal^(6-7,11). También coinciden en que la dimensión o área con mayor deterioro es la dimensión física, la cual estaría por debajo de la dimensión mental⁽¹²⁾. Las investigaciones se han centrado además en identificar los factores que influyen en ésta para establecer estrategias de intervención. Algunos factores relacionados con la CV son el nivel de hemoglobina, albúmina, creatinina, hematocrito; factores psicosociales como estado marital, depresión y ansiedad; factores sociodemográficos y clínicos como edad, género, duración de la enfermedad renal y de la diálisis, y enfermedades concomitantes⁽¹²⁻¹³⁾.

Es un problema real que las enfermedades crónicas y terminales como la IRCT afectan la CV de las personas, puesto que influyen en diversas áreas de su vida. La evaluación de ésta es una importante medida de resultados, especialmente en enfermedades a largo plazo como la IRCT, que puede ser evaluada a través de instrumentos genéricos y específicos⁽⁸⁾. Realizar estudios que permitan identificar cómo es la CV de las personas en HD y cuáles son los factores que la determinan son un aspecto fundamental a evaluar en esta población para desarrollar intervenciones efectivas. Particularmente en el área de enfermería, que se encuentra directamente relacionada con este tipo de tratamiento, puesto que la calidad de vida relacionada con la salud es a menudo evaluada para determinar la efectividad de los cuidados en salud y el tratamiento que se proporciona, así como la distribución de los recursos y el desarrollo de políticas de salud⁽⁷⁾.

No obstante lo anterior, en Chile, la calidad de vida relacionada con la salud ha sido estudiada incipientemente en esta población, del mismo modo su asociación con variables sociodemográficas, medico-clínico y de laboratorio. Este estudio tiene como objetivo determinar la relación que existe entre dichas variables y la calidad de vida en personas que se encuentran en hemodiálisis crónica en la Séptima Región de Chile.

Métodos

Estudio exploratorio, descriptivo, correlacional de corte transversal. Se realizó un muestreo probabilístico estratificado en función de los centros de diálisis en el total de personas con IRCT que se encontraban en HD, en 11 de 13 centros de diálisis de la Séptima Región de Chile, y que hasta agosto del 2010 correspondieron a 673 personas. Participaron en el estudio los centros de Talca (Unidad de diálisis y Trasplante Hospital Regional de Talca: 27 de 50 participantes; Enferdial: 42 de 83 participantes; Hemodiálisis Talca: 47 de 92 participantes; Intermédica Diálisis Talca: 42 de 82 participantes); Linares (Nefrodial Linares: 31 de 60 participantes; Hemodiálisis Linares: 45 de 86 participantes); Curicó (Diálisis Curicó Limitada: 46 de 83 participantes); Constitución (Intermédica Diálisis Constitución: 11 de 22 participantes); Servicios Hospitalarios del Centro: 7 de 11 participantes); Parral (Hemodiálisis Parral: 43 de 83 participantes); y San Javier (Nefrodial San Javier: 13 de 21 participantes). Se incluyeron en la muestra personas mayores de 18 años, que asistían tres veces por semana a diálisis, con un mínimo de tres meses en tratamiento dialítico, que se encontraban medicamente estables, sin deterioro psíquico ni cognitivo diagnosticado y que estuvieron de acuerdo en participar voluntariamente.

Posterior a la evaluación ética por la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, la aprobación del Comité de Ética Científico del Servicio de Salud del Maule y la autorización de cada centro de diálisis, se procedió a la recolección de los datos. Todos los participantes fueron informados acerca de la investigación, voluntariamente firmaron el Consentimiento Informado y estuvieron de acuerdo en participar.

Para evaluar la CV se utilizó el instrumento *Kidney Disease Quality of Life (KDQOL™)*, desarrollado por el *Kidney Disease Quality of Life Working Group* como una medida de auto-reporte específica de la calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedad renal y en diálisis⁽¹⁴⁾. El *KDQOL™* tiene una versión abreviada que fue utilizada en este estudio: el *KDQOL-36™*. Este instrumento tiene 36 ítems o preguntas que están divididos en dos componentes: un componente general con 12 preguntas sobre calidad de vida basadas en el SF-12 (versión abreviada del SF-36), y un componente específico con 24 preguntas acerca de la enfermedad renal. Al mismo tiempo, cada ítem o pregunta se reagrupa en cinco sub-escalas o dimensiones donde el componente general agrupa las sub-escala SF-12 Componente Físico (preguntas 1-12) y sub-escala SF-12 Componente Mental (preguntas 1-12); mientras que el componente específico agrupa las sub-escala Carga de la

Enfermedad Renal (preguntas 13-16), sub-escala Síntomas y Problemas (preguntas 17-28) y sub-escala Efectos de la Enfermedad Renal en la Vida Diaria (preguntas 29-36)⁽¹⁵⁾. Las puntuaciones de los ítems tienen un valor que va de 0 a 100, donde 0 indica la peor calidad de vida y 100 la mejor calidad de vida. El KDQOL-36™ es un instrumento que fue validado en población chilena⁽¹⁶⁾ y que se encuentra disponible en español para uso público⁽¹⁷⁾. Respeto a los datos sociodemográficos, medico-clínicos y laboratorio, éstos fueron recolectados en una ficha individual a partir de la ficha clínica, ficha de diálisis, registros de enfermería y base de datos existentes en cada centro. Se consideró los registros de los tres meses previos a la colecta de datos. La recolección de los datos fue llevada a cabo mediante entrevistas estructuradas realizadas mientras los pacientes se encontraban en su sesión de diálisis entre Agosto y Noviembre de 2010.

Los datos fueron ordenados, codificados y procesados computacionalmente. El análisis de estos se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0 para Windows. En el cálculo de puntuaciones obtenidas en la CV, se utilizó la planilla de cálculo de los autores⁽¹⁷⁾. El análisis descriptivo de las muestras se realizó mediante distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad. La relación entre las sub-escalas de calidad de vida relacionada y las variables sociodemográfica, médico-clínica y laboratorio, junto a la comparación de medias, se llevaron a cabo mediante el coeficiente de correlación de Pearson (variables numéricas), ANOVA y t de Student (variables categóricas). Se estableció como nivel de significación estadístico un valor de $p < 0,05$. El análisis de consistencia interna del instrumento KDQOL-36™, realizado mediante el alfa de Cronbach, fue de 0,80.

Resultados

Del total de participantes seleccionados, tres se negaron a participar en el estudio. La muestra final estuvo conformada por 354 participantes, correspondiendo al 50,7% de la población total de personas en hemodiálisis crónica de la Séptima Región, Chile. La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de la población en hemodiálisis. La edad promedio fue 58,82 años, la mayoría de sexo masculino (57,9%), casados (53,7%), con pareja (68,6%), vivía con la familia (89%), con residencia urbana (69,2%). Los años de estudio promedio fueron de 7,84, la mayoría declaró tener creencia religiosa

(91%), inactividad laboral (77,1%) e ingresos económicos mensuales menores a cien mil pesos chilenos (53,1%), o menores a 200 dólares mensuales.

Tabla 1 - Características sociodemográficas de la población en hemodiálisis

Variable	n	Porcentaje %	Media	Limites Max/Min
Edad (Años)	354	100	58,82	86/19
Masculino	205	57,9	-	-
Femenino	149	42,1	-	-
Soltero	74	20,9	-	-
Casado	190	53,7	-	-
Separado/Divorciado	40	11,3	-	-
Viudo	50	14,1	-	-
Con pareja	243	68,6	-	-
Sin pareja	111	31,4	-	-
Vive Solo	36	10,2	-	-
Vive con la familia	315	89	-	-
Vive con amigos/otros	3	0,9	-	-
Residencia Urbano	245	69,2	-	-
Residencia Rural	109	30,8	-	-
Años de estudio (Años)	354	100	7,84	20/0
Con creencia religiosa	322	91	-	-
Sin creencia religiosa	31	8,8	-	-
Otro	1	0,3	-	-
Ocupado	71	20,1	-	-
Desocupado	10	2,8	-	-
Inactivo	273	77,1	-	-
Ingresos económicos (pesos chilenos mensuales)			-	-
<100.000	188	53,1	-	-
101.000-200.000	97	24,7	-	-
201.000-500.000	43	12,1	-	-
> a 501.000	16	4,5	-	-
Sin ingresos	10	2,8	-	-

La Tabla 2 muestra las características médico-clínicas y de laboratorio. La principal causa de enfermedad renal fue de origen desconocido y el tiempo promedio de permanencia en diálisis de 47,62 meses. El 90,1% no fumaba y el 92,7% nunca había sido trasplantado. El tiempo promedio de permanecía en cada sesión de diálisis fue 3,66 horas y la diuresis residual promedio 477,71 ml. El 86,4% no había presentado hospitalizaciones en los últimos tres meses, el 54,8% utilizaba diuréticos y tomaba en promedio 8,2 medicamentos al día. Respecto a los parámetros de laboratorio, el hematocrito promedio fue de 28,33%, Kt/V 1,46, albúmina 4,11 mg/dl, creatinina 7,72 mg/dl, PTH 414,04 pg/ml, ferritina 392,2 ng/mL,

potasio 4,74 mEq/l, nitrógeno ureico 57,65 mg/dl, calcio 8,74 md/d y fósforo 5,13 mg/dl.

Tabla 2 - Características médico-clínico y de laboratorio de la población en hemodiálisis

Variable	n	Porcentaje %	Media	Limites Max/Min
Etiología enfermedad renal				
Nefropatía diabética	92	26	-	-
Nefropatía hipertensiva	79	22,3	-	-
U. obstructiva/ glomerulonefritis	22	6,2	-	-
Desconocida	105	29,7	-	-
Otras	56	15,8	-	-
Tiempo en diálisis (meses)	354	100	47,62	201/3
Fuma	35	9,9	-	-
No fuma	319	90,1	-	-
Con trasplantes	26	7,3	-	-
Sin trasplantes	328	92,7	-	-
Horas de diálisis	354	100	3,66	4,5/2,15
Diuresis residual (ml)	354	100	477,71	3.000/0
Con hospitalizaciones	48	13,6	-	-
Sin hospitalizaciones	306	86,4	-	-
Uso diuréticos	194	54,8	-	-
Sin uso diuréticos	160	45,2	-	-
Número medicamentos	354	100	8,2	15/2
Hematocrito (%)	354	100	28,33	47,67/16,8
Kt/V	354	100	1,46	9,07/0,74
Albumina (mg/dl)	354	100	4,11	5,9/2,6
Creatinina (mg/dl)	354	100	7,72	15,74/1,06
PTH (pg/ml)	348	98,30	414,04	2624/2,55
Ferritina (ng/mL)	308	87	392,2	5034/4,29
Potasio (mEq/l)	352	99,43	4,74	7,5/3,3
Nitrógeno Ureico (mg/dl)	351	99,15	57,65	98,23/19,23
Calcio (mg/dl)	352	99,43	8,74	11,49/4,67
Fósforo (mg/dl)	352	99,43	5,13	11,27/1,87

Los resultados de la CV evaluada con las cinco sub-escalas del instrumento KDQOL-36™ aparecen en la Tabla 3. Las sub-escalas Carga de la enfermedad del Riñón (C), SF-12 Componente Físico (PCS) y SF-12 Componente Mental (MCS) presentaron los puntajes promedios más bajos 31,88 - 37,63 y 43,49 respectivamente. Mientras que en las sub-escalas Síntomas/Listado de Problemas (S) y Efectos de la enfermedad (E), se encontró los puntajes promedios más altos, con 74,61 y 56,92 respectivamente.

Tabla 3 - Puntuaciones calidad de vida relacionada con la salud (KDQOL-36™)

Calidad de vida Sub-escala KDQOL-36™	Media	Rango	% personas puntaje ≤ 50
Componente específico			
1. Síntomas/ Listado de Problemas (S)	74,61	12,5-100	11,3%
2. Efectos de la enfermedad del Riñón (E)	56,92	0-100	42,4%
3. Carga de la enfermedad del Riñón (C)	31,88	0-100	76%
Componente genérico			
4. SF-12 Componente Físico (PCS)	37,63	12,32-64	89%
5. SF-12 Componente Mental (MCS)	43,49	15,8-67,64	67,2%

La Tabla 4 muestra la correlación entre características sociodemográficas, médico-clínicas, laboratorio (variables numéricas) y calidad de vida evaluada mediante el instrumento KDQOL-36™. Se encontró que existía correlación entre las variables edad, años de estudio, tiempo en diálisis, horas de diálisis, diuresis residual, número de medicamentos, presión arterial sistólica, albumina, creatinina, ferritina y nitrógeno ureico (valor $p \leq 0,005$).

Tabla 4 - Correlación entre datos sociodemográficos, médico-clínicos, laboratorio y sub-escalas KDQOL-36™

Variables	Sub-escala KDQOL-36™				
	Síntomas/ Listado de Problemas	Efectos de la enfermedad del Riñón	Carga de la enfermedad del Riñón	SF-12 Componente Físico	SF-12 Componente Mental
	r	r	r	r	r
Sociodemográficas					
Edad	-0,224*	-0,088	-0,156*	-0,203*	-0,118*
Años de estudio	0,285*	0,174*	0,366*	0,196*	0,196*
Médico-Clínico					
Tiempo en diálisis	0,037	0,028	0,061	-0,002	0,156*
Horas de diálisis	0,270	-0,025	-0,007	-0,128*	0,040
Diuresis residual	0,140*	0,163*	0,077	0,154*	0,053
Número de medicamentos	-0,014	-0,007	0,043	-0,106*	0,092
Presión arterial Sistólica	-0,124*	-0,057	-0,078	-0,115*	-0,120*
Laboratorio					
Albumina	0,073	0,057	0,115*	0,021	0,105*
Creatinina	0,109*	-0,057	0,061	0,102	0,119*
Ferritina	-0,126*	-0,045	-0,019	-0,053	-0,009
Nitrógeno Ureico	-0,009	-0,055	0,040	0,118*	0,008

(r) Correlación de Pearson. * Correlación significativa al nivel de 0,05 (bilateral).

La relación entre características sociodemográficas, médico-clínicas, laboratorio (variables categóricas) y calidad de vida relacionada con la salud se describe en la Tabla 5. Se encontró que sólo algunas sub-escalas de la CV se relacionaron con características sociodemográficas:

sexo, tipo de relación, situación familiar, residencia, ocupación, ingresos económicos, existiendo diferencias entre las medias estadísticamente significativas. Las de tipo médico-clínico correspondieron a la etiología de la enfermedad, cigarrillo, hospitalizaciones y trasplantes.

Tabla 5 - Comparación entre medias de datos sociodemográficos, médico-clínico, laboratorio y sub-escalas KDQOL-36™

Variables sociodemográficas	n	Puntajes promedio sub-escalas KDQOL-36™				
		Síntomas/ Listado de Problemas	Efectos de la enfermedad del Riñón	Carga de la enfermedad del Riñón	SF-12 Componente Físico	SF-12 Componente Mental
Sexo						
Hombres	205	77,19*	59,87*	33,32	38,44	44,67*
Mujeres	149	71,07*	52,87*	29,91	36,51	41,87*
Tipo relación						
Con pareja	243	75,93*	55,35	30,71	37,61	43,23
Sin pareja	111	71,73*	60,36	34,46	37,66	44,06
Situación familiar						
Vive solo	36	68,40*	57,64	33,50	37,27	44,56
Familia	318	73,31*	56,67	31,44	37,67	43,45
Residencia						
Urbano	245	75,14	57,67	34,48*	37,78	44,03
Rural	109	73,43	55,25	26,03*	37,27	42,28
Ocupación						
Ocupado	71	83,95*	63,60*	47,18	42,14*	48,14*
Desocupado	10	12,45	45,63	32,50	41,22	40,47
Inactivo	273	72,22*	55,60*	27,88*	36,32*	42,39*
Ingresos Económicos						
≤ 100.000	188	71,60*	54,32*	26,46*	36,67	41,84*
> 100.000	156	78,05*	60,13*	38,70*	38,58	45,67*
Sin ingresos	10	77,29	55,62	27,50	40,67	40,48

Variables médico-clínico	n	Puntajes promedio sub-escalas KDQOL-36™				
		Síntomas/ Listado de Problemas	Efectos de la enfermedad del Riñón	Carga de la enfermedad del Riñón	SF-12 Componente Físico	SF-12 Componente Mental
Etiología de la enfermedad						
Nefropatía Diabética	92	70,22	54,24	27,85	34,53*	42,05
Nefropatía Hipertensiva	79	75,97	53,64	35,83	38,38*	44,11
Uropatía Obstructiva / Glomerulonefritis	22	78,21	61,93	38,06	45,92*	45,20
Desconocida	105	75,61	59,61	30,95	37,15*	43,84
Otras	56	74,61	58,93	32,25	39,25*	43,62
Cigarrillo						
Si	35	78,21	59,11	41,79*	41,02*	41,41
No	319	74,21	56,68	30,80*	37,25*	43,72
Hospitalizaciones						
Si	48	72,22	52,01	31,25	34,11*	40,66
No	306	74,99	57,69	31,99	38,18*	43,94
Trasplantes						
Si	26	82,45*	58,17	52,88*	43,67*	47,63
No	328	73,99*	58,82	30,22*	37,14*	43,16

T de Student (t); Significación bilateral (p). Asistencial/Ninguna (A/N). Fondo Nacional de Salud (F). *p<0,005. Valores expresados en promedio.

Discusión

En relación con la CV, se encontró un alto porcentaje de personas con puntuaciones bajo el valor referencial

de 50 puntos (escala de 1 a 100 puntos) en tres de las cinco sub-escalas del instrumento KDQOL-36™. Carga de

la enfermedad fue la sub-escala en que los participantes presentaron en promedio la más baja puntuación y donde un 76% de las personas obtuvo puntuaciones menores a 50 puntos. Lo mismo ocurrió con las sub-escalas Componente Físico y Mental, en ambas escalas sobre el 50% de las personas presentó puntuaciones menores a 50 puntos. Respecto a las sub-escalas Efectos de la Enfermedad y Síntomas/Listado de Problemas, donde los pacientes presentaron una media superior a 50 puntos, el porcentaje de personas que alcanzó estas puntuaciones también fue alto. Un 88,7% alcanzó puntuaciones mayores a 50 puntos en la sub-escala Síntomas/Listado de Problemas y un 57,6% en la sub-escala Efectos de la enfermedad del Riñón. Destaca el alto porcentaje de personas en la Séptima Región que tienen puntuaciones bajas en todas las dimensiones de CV lo cual coincide con otros estudios⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. El Componente Físico evaluado en esta escala también resultó más alterado que el Componente Mental como ha sido descrito en otras investigaciones^(12,18,20). Esto podría reflejar la habilidad que tienen las personas para adaptarse psicológicamente a su situación a través del tiempo, puesto que el tiempo produce disminución en el aspecto físico de la CV, pero no sobre el aspecto mental⁽¹²⁾.

Respecto a la correlación realizada con las variables numéricas, se encontró relación con la edad, años de estudio, tiempo en diálisis, horas de diálisis, diuresis residual, número de medicamentos, presión arterial sistólica, albúmina, creatinina, nitrógeno ureico y ferritina. Las variables categóricas que resultaron relacionadas con la CV fueron el sexo, tipo de relación, situación familiar, residencia, ocupación, ingresos económicos sistema previsional, etiología de la enfermedad, cigarrillo, hospitalizaciones y trasplantes.

Los hombres resultaron tener mejores puntuaciones que las mujeres en las sub-escalas síntomas, efectos de la enfermedad y componente mental. Al igual que en otros estudios^(7,21) que describen estas diferencias, las mujeres resultaron tener más bajas puntuaciones, probablemente por el aspecto psicológico que algunos autores plantean que determina esta condición⁽¹⁵⁾. Sin embargo otros estudios también describen que no existiría dicha relación^(2,18,22).

Acerca de la edad, se encontró una relación negativa en todas las sub-escalas evaluadas, excepto en la dimensión efectos de la enfermedad. Las personas mayores de 60 años obtuvieron puntajes más bajos en la CV que los menores de 60 años, pero sólo en las sub-escalas síntomas, carga de la enfermedad y componente físico. Este último aspecto sería determinante, puesto que, como lo señalan algunos autores, la CV es más

baja en personas adultas porque esta se relaciona con un mayor deterioro de la actividad física⁽²¹⁾. Los hallazgos discrepan^(2,13,21) y coinciden^(11,23) con lo descrito por autores que además han encontrado puntajes más altos en el componente físico y mental en pacientes más jóvenes que habían estado en diálisis por un período de tiempo más corto, que tenían un nivel educacional más bajo, pero que se encontraban trabajando. Los resultados de este estudio sugieren que la edad avanzada es muy importante en la percepción de la CV y constituye un grupo vulnerable que requiere ser estudiado con mayor profundidad. Por otra parte, las personas con pareja resultaron tener mejor CV que aquellas sin pareja, pero sólo en la sub-escala síntomas y problemas de la enfermedad.

Las personas que viven solas tuvieron también puntuaciones más bajas en la sub-dimensión síntomas de la enfermedad respecto a las que viven acompañadas. Sin embargo, en este estudio no se encontró diferencias significativas entre personas casadas, solteras, separadas o en otra condición marital, al igual que lo descrito en otros estudios^(11,21). Aunque también se ha encontrado que, entre personas casadas o que estaban en una relación como el matrimonio y además trabajando, la CV es más alta en el componente mental⁽¹²⁾. Autores⁽²¹⁾ han relacionado la situación de vivir sólo como un predictor independiente de mejoría en el componente de salud mental en el tiempo. En este estudio, los resultados revelan que las personas que viven en compañía de alguien tienen una mejor percepción de la CV con respecto a los síntomas que genera la enfermedad. La condición de estar acompañado por alguien determina mayormente la percepción de CV que el estado marital en el que se encuentran las personas.

Como señalan algunos autores⁽²¹⁾, la carga de la enfermedad y las limitaciones que impone su tratamiento se extendería también a los cuidadores o a quien acompaña a la persona con la enfermedad, pudiendo generar influencia significativa sobre la percepción de CV. El grado de apoyo recibido dentro del medio familiar ha sido descrito también como un importante predictor de la CV mental⁽¹²⁾. Sin embargo, también se ha descrito que los efectos de involucramiento familiar no siempre han mostrado ser beneficiosos para los pacientes, ya que estos podrían variar en ambos extremos, de no dar asistencia, o de ejercer demasiado control en la vida de las personas^(2,12).

Sobre la residencia, se encontró que las personas con residencia rural presentaron puntuaciones más bajas en la sub-escala carga de la enfermedad que las que viven en sectores urbanos. No se encontró estudios que evalúen esta variable y su relación con el nivel de CV, sin embargo,

es probable que la sub-escala carga de la enfermedad está determinada por las distancias que deben desplazarse las personas desde su residencia, ubicada en sectores rurales, hasta los centros de diálisis en la ciudad. El tiempo del traslado, las condiciones de transporte y en algunas situaciones el tener que requerir de un acompañante pueden constituir factores negativos en la percepción de la CV. Por otra parte, los años de estudio se correlacionaron positivamente con todas las sub-escalas. Las personas con más de ocho años de escolaridad obtuvieron mejores puntajes en su CV que las de menor escolaridad. Esta situación coincide con lo descrito por otros autores⁽¹⁹⁾ pero discrepa de estudios donde no se ha encontrado alguna relación⁽¹³⁾. Una correlación positiva también se encontró con la variable ocupación. Las personas inactivas o sin actividad laboral remunerada y cuyos ingresos económicos son bajos presentaron una CV más baja que las personas que se encuentran ocupadas o realizando algún tipo de trabajo remunerado en todas las sub-escalas evaluadas.

Las puntuaciones de personas con ingresos económicos mayores resultaron ser más altas en las sub-escalas síntomas, carga de la enfermedad y componente mental que las con ingresos económicos menores a 200 dólares mensuales. Algunos autores⁽²¹⁾ señalan que los factores sociales como el desempleo, bajo nivel de escolaridad y el bajo poder adquisitivo están asociados con una peor CV, especialmente en el funcionamiento social y en las limitaciones del rol por problemas emocionales. Esto se debería a que sólo un reducido número de personas continúa trabajando y recibiendo ingresos que los hace preservar su condición previa. Encontrarse desempleado contribuye a la carga atribuida a la enfermedad renal especialmente si el paciente es el principal proveedor de la familia o es el jefe de hogar. El rol del trabajo trasciende no sólo al nivel financiero.

Para las personas en hemodiálisis, independiente de los ingresos económicos, contar con empleo constituye un aspecto más importante que el dinero que se percibe⁽¹²⁾. El tiempo de tratamiento o la permanencia en diálisis se correlacionó positivamente con la sub-escala componente mental y el número de horas en diálisis lo hizo negativamente con el componente físico. Según algunos autores, el tiempo de tratamiento puede influir negativamente sobre la CV. Se ha encontrado que los mejores puntajes los tienen personas que han estado en hemodiálisis por tiempos más cortos^(12,21-22). Sin embargo, en este estudio, las personas que llevaban menos años en diálisis resultaron tener puntuaciones más bajas en el componente mental que las que tenían menos años de tratamiento. Para algunos autores⁽²¹⁾, el hecho de estar

más años en tratamiento podría ayudar a percibir que la CV mejora porque las personas logran adaptar su vida a diálisis y posiblemente porque los niveles de uremia disminuyen en el tiempo, junto a esto los síntomas de la enfermedad. La diuresis residual se correlacionó positivamente con las sub-escalas síntomas, efectos de la enfermedad y componente físico. Las personas con diuresis mayor a 1000 ml presentaron mejor CV que aquellas con diuresis residual menor. Los resultados coinciden con lo descrito en otro estudio⁽¹¹⁾, donde se plantea que el deterioro en la función renal residual puede llevar a una peor percepción de la CV, por la creciente toma de conciencia que se tiene acerca de la dependencia completa de la diálisis.

En este estudio, no fue posible identificar asociación con enfermedades concomitantes y el nivel de CV, sin embargo, fue posible establecer que las personas que tuvieron como causa de su enfermedad nefropatía diabética resultaron tener más baja CV en el componente físico que aquellas con otra etiología. Esta situación es similar a lo encontrado en estudios^(11-12,21) donde las enfermedades asociadas, especialmente la diabetes mellitus, está fuertemente relacionada con peor CV, aunque también se ha descrito lo contrario⁽¹³⁾.

Respecto al cigarrillo, se encontró que las personas que fumaban tenían mejor CV que aquellas que no fumaban en las sub-escalas carga de la enfermedad y componente físico. Del mismo modo, las personas que habían recibido trasplante en algún momento de su vida presentaron mejores puntuaciones que los que nunca habían sido trasplantados, en cuatro de las cinco sub-escalas evaluadas (síntomas/problemas, carga de la enfermedad, componente físico y componente mental).

También se encontró diferencias entre personas que no habían sido hospitalizadas y con aquellas con algún tipo de hospitalización en los últimos tres meses. En relación a los niveles de albúmina, se encontró una correlación positiva con las sub-escalas carga de la enfermedad y componente mental. Esta correlación positiva coincide con otros estudios^(15,21), donde en forma aislada o en conjunto se encontró que la hipoalbuminemia y la creatinemia baja afectan la CV. La albúmina ha sido descrita^(12,21) como un importante factor que influye en la morbilidad, mortalidad y CV de las personas en hemodiálisis. Altos niveles han sido asociados con mejores niveles de CV⁽²⁰⁾. La creatinina sérica también presentó una correlación positiva con la sub-escala componente mental. Las personas con creatinina mayor a 9,41 mg/dL obtuvieron mejores puntuaciones en las sub-escalas síntomas y componente mental. El nivel de creatinina también tiende a ser asociado con mejor CV⁽²⁰⁾.

Conclusión

El perfil sociodemográfico, junto a las características médico-clínicas y de laboratorio que presentan las personas en hemodiálisis en la Séptima Región de Chile son aspectos que contribuyen al bajo nivel de CV. La mayor edad, la baja escolaridad, la alta ruralidad, los bajos ingresos económicos, el tiempo que llevan en hemodiálisis, así como las hospitalizaciones y la ausencia de trasplantes son algunos de los aspectos relacionados. Las estrategias para mejorar el nivel de salud en esta población probablemente deben centrarse en dichos aspectos. Este estudio tiene un enfoque cuantitativo, por lo que sus resultados están centrados sólo en aspectos objetivos de las personas. Se sugiere continuar desarrollando estudios que involucren la subjetividad de las personas para comprender en mayor profundidad otros aspectos relacionados con la calidad de vida, que permitan al equipo de salud otorgar cuidado integral a esta población.

Referencias

1. Welch J. Hemodialysis Patient Beliefs by Stage of Fluid Adherence. *Res Nurs Health*. 2001;24(2):105-12.
2. Cruz M, Andrade C, Urrutia M, Draibe S, Nogueira-Martins L, De Castro R. Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics*. 2011;66(6):991-995.
3. Urzúa A, Pavlov R, Cortés R, Pino V. Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en Pacientes Hemodializados. *Ter Psicol*. 2011;29(1):135-40.
4. García F, Fajardo C, Guevara R, González P, Hurtado A. Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología*. 2002;22(3):245-52.
5. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbles F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and Consequences of Nonadherence to Hemodialysis Regimens. *Am J Crit Care*. 2007;16(3):222-36.
6. Birmelé B, Le Gall A, Sautenet B, Aguerre C, Camus V. Clinical, Sociodemographic, and Psychological Correlates of Health-Related Quality of Life in Chronic Hemodialysis Patients. *Psychosomatics*. 2012;53(1):30-7.
7. Mendes S, Viana S, Gomes I, De Assis F, Gurgel E, Leal M. Factors associated with health-related quality of life in elderly patients on hemodialysis. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(6):1127-36.
8. Mendes de Abreu M, Walker D, Sesso R, Ferraz M. Health-Related Quality of Life of Patients Receiving Hemodialysis and Peritoneal Dialysis in Sao Paulo, Brazil: A Longitudinal Study. *Value in Health*. 2011;14:(S119-S121).
9. García L, Calvanese N. Calidad de vida percibida y locus control en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal: diálisis y trasplante renal. *Anales Univ Metropolitana*. 2007;7(1):205-22.
10. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Cienc Enferm*. 2003;9(2):9-21.
11. Merkus P, Jager K, Dekker F, Boeschoten E, Stevens P, Krediet R. Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. *Am J Kidney Dis*. 1997;29:584-92.
12. Bohlke M, Leite D, Scaglioni S, Kitamura C, Andrade M, Ost Von-Gysel M. Predictors of quality of life among patients on dialysis in southern Brazil. *Sao Paulo Med J*. 2008;126(5):252-6.
13. Rebollo P, Bobes J, González M, Saiz P, Ortega F. Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS). *Nefrología*. 2000;20:171-81.
14. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the kidney Disease Quality of Life (KDQOLTM) Instrument. *Qual Life Res*. 1994;3(5):329-38.
15. Santos P, Franco L. Clinical and laboratory variables associated with quality of life in Brazilian haemodialysis patients: a single-centre study. *Rev Med Chile*. 2008;136(10):1264-71.
16. Zúñiga C, Dapuetto J, Müller H, Kirsten L, Alid R, Ortiz L. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)". *Rev Med Chile*. 2009;137:200-7.
17. KDQOL Working Group [internet]. 2011. [acceso 20 nov 2011]. Disponible em: <http://gim.med.ucla.edu/kdqol/>
18. Contreras F, Esguerra G, Espinoza J, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Univ Psychol. (Bogotá)* 2006;5(3):487-99.
19. Díaz-Buxo J, Lowrie E, Lew N, Zhang H, Lazarus J. Quality-of-life evaluation using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis*. 2000;35(2):293-300.
20. Cindoncha M, Estévez I, Marín J, Anduela M, Subyaga G, Diez de Baldeón S. Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Comunicaciones presentadas al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Comentado en: *Univ Psychol. (Bogotá)* 2006;5(6):487-99.
21. Morsch C, Goncalves L, Barros E. Health-related quality of life among haemodialysis patients-relationship with clinical indicators, morbidity and mortality. *J Clin Nurs*. 2006;15(4):498-504.

22. Ismael M, Bernardi C. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005;13(5):670-6.
23. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez J. Quality of life in end-stage renal disease patients. Am J Kidney Dis. 2001;38(3):443-8.

Recibido: 3.2.2012

Aceptado: 4.9.2012

Como citar este artículo:

Guerra-Guerrero V, Sanhueza-Alvarado O, Cáceres-Espina M. Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. sep.-oct. 2012 [acceso: / /];20(5):[10 pantallas]. Disponible en: _____

día año
mes abreviado con punto

URL