

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD (CVRS) Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA DE LA RED ASISTENCIAL HUÁNUCO – EsSALUD 2013

QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH (HRQOL) AND THEIR ASSOCIATED FACTORS IN HEMODIALYSIS PATIENTS CHRONICLE OF THE CARE NETWORK HUÁNUCO - EsSALUD

Joel Tucto Berríos, Bernardo Dámaso Mata, Nadia Aracelli Malpartida Beraún, Eleodoro Flores Guillén

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), describir sus dimensiones y explorar su probable asociación con la hemoglobina, albumina sérica y adherencia al tratamiento, en pacientes en hemodiálisis crónica de la Red Asistencial de Huánuco – EsSalud. **Métodos:** Estudio observacional descriptivo, prospectivo, serie de casos. Se evaluó la CVRS en 39 pacientes en hemodiálisis crónica utilizando el cuestionario KDQOL-SF. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y laboratoriales. Se evaluó la adherencia al tratamiento. Se exploraron asociaciones bivariadas. **Resultados:** La media de edad fue 51.44 ± 17.81 años. El 59 % no fue adherente. En el análisis CVRS, el puntaje total fue 54.14 ± 12.14 ; las dimensiones con las puntuaciones más altas fueron síntomas/problemas (78.47 ± 6.91) y actitud del personal de hemodiálisis (75.64 ± 5.44) salud mental (71.79 ± 8.75) y con las puntuaciones más bajas función cognitiva (28.93 ± 9.75) rol físico (23.07 ± 5.53) y calidad de relaciones sociales (20.00 ± 8.89). Se encontró relación entre el nivel de hemoglobina y el rol emocional ($r_s = 0.326$ $p = 0.042$); los no adherentes tienen mayores puntuaciones en las dimensiones salud general (51.73 ± 16.96 vs 39.06 ± 15.72 $p = 0.023$), PCS (52.22 ± 17.28 vs 40.35 ± 14.44 $p = 0.030$) y la función social (73.91 ± 20.26 vs 53.12 ± 33.38 $p = 0.020$). No se halló relación significativa respecto a la albúmina. **Conclusiones:** La población estudiada tiene mejor CVRS en las dimensiones síntomas y problemas, actitud del personal de hemodiálisis, salud mental y peor CVRS función cognitiva, rol físico y calidad de relaciones sociales. A mayor hemoglobina el puntaje en el rol emocional aumenta. Además el ser no adherente está relacionado con mejores puntajes en salud general, PCS y función social.

Palabras Clave: Calidad de vida, Diálisis renal; Adhesión al Tratamiento, Albumina sérica, Hemoglobina (DeCS).

ABSTRACT

Objective: Assessing the health related quality of life (HRQOL), describe its dimensions and explore their probable association with hemoglobin, serum albumin and adherence to treatment in patients in chronic hemodialysis in the Huánuco Healthcare Network - EsSalud. **Methods:** An observational, descriptive, prospective study, case series. It was assessed the HRQOL in 39 patients with chronic hemodialysis using the KDQOL-SF questionnaire. Data were collected sociodemographic, clinical and laboratory. It was assessed adherence to treatment. Bivariate associations were explored. **Results:** The average age was 51.44 ± 17.81 years old. 59% were not-adherent. In the HRQOL analysis, the total score was 54.14 ± 12.14 ; the dimensions with the highest scores were symptoms/problems (78.47 ± 6.91) and the attitude of the staff of hemodialysis (75.64 ± 5.44) mental health (71.79 ± 8.75) and with the lowest scores is cognitive function (28.93 ± 9.75) physical role (23.07 ± 5.53) and quality of social

relationships (20.00 ± 8.89). It was found a relationship between the level of hemoglobin and emotional role ($r_s = 0.326$, $p = 0.042$), the non-adherent have higher scores on the dimensions general health (51.73 ± 16.96 vs. 39.06 ± 15.72 $p = 0.023$), PCS (52.22 ± 17.28 vs. 40.35 ± 14.44 $p = 0.030$) and the social function (73.91 ± 20.26 vs. 53.12 ± 33.38 $p = 0.020$). It was not found a significant relationship with respect to albumin. Conclusions: The population in study has a better HRQOL in the dimensions, symptoms and problems, hemodialysis staff attitude, mental health and worse HRQOL cognitive function, physical role and quality of social relationships. Higher hemoglobin in the emotional role score increases. Besides, being non-adherent is associated with better general health scores, PCS and social function.

Key words: Quality of Life, Renal Dialysis, Medication Adherence, Serum Albumin, Hemoglobin (MeSH).

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) es un concepto multidimensional que incorpora la percepción del individuo sobre su nivel de bienestar, derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida (físico, emocional o social), considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud (1).

En los últimos años ha crecido la preocupación por el estudio de la CVRS, proliferando las publicaciones relativas tanto a la población general como a grupos específicos de pacientes, además de ser utilizado en la formulación de objetivos, guías y políticas para los cuidados en salud y de proporcionar información acerca del impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes y en la evaluación de la efectividad de los tratamientos (1, 2).

En la ERC la disminución progresiva e irreversible de la función renal desemboca en una situación terminal con alteraciones en todos los sistemas orgánicos. Con la Hemodiálisis los enfermos renales tienen una rehabilitación y esperanza de vida razonables, pero a cambio deben enfrentarse a una situación crónica que conlleva una pérdida de su bienestar y una alteración de todas las áreas de su vida, por tanto mejora la sobrevivencia pero no necesariamente lo que la persona considera calidad de vida. En estos pacientes la evaluación de la CVRS tiene una creciente importancia como predictor de

mortalidad, morbilidad y hospitalización (3-6).

El objetivo del estudio fue evaluar la CVRS utilizando el cuestionario Kidney Disease Quality of Life Short-Form (KDQOL-SF), describir sus dimensiones y explorar su probable asociación con la hemoglobina, albumina sérica y adherencia al tratamiento, en pacientes en hemodiálisis crónica de la Red Asistencial de Huánuco – EsSalud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo, serie de casos, en pacientes en hemodiálisis crónica durante setiembre y octubre del 2013.

Se definió hemodiálisis crónica como aquella permanencia en la terapia igual o mayor a 3 meses (7). La población estuvo compuesta por pacientes de la Red Asistencial de Huánuco – EsSalud, específicamente del Hospital Base II Huánuco, que se dializan en el Centro de hemodiálisis "Integral Renal Care", centro de hemodiálisis privado que brinda sus servicios a EsSalud.

Se contaban con 43 pacientes, los cuales para efectos del estudio se les sometió a los criterios de inclusión y exclusión, quedando finalmente 39 pacientes. Los criterios de inclusión fueron: pacientes asegurados en EsSalud, en hemodiálisis ≥ 3 meses, con edad ≥ 18 años, que aceptaban participar

en el estudio y firmaban del consentimiento Informado. Fueron criterios de exclusión: deterioro intelectual severo (Demencia, Patología psiquiátrica severa, retraso mental, etc), alteraciones auditivas severas, tener diagnóstico previo de cáncer.

El protocolo investigación fue evaluado por los Comités de Ética e Investigación de EsSalud y la Universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco. La participación de cada persona fue previa explicación de los objetivos del estudio y la firma del consentimiento informado. La investigación no implicó ningún riesgo físico potencial, pues solo se obtuvo información a través de una entrevista.

Se confeccionó una ficha de recolección de información, la cual consta de tres partes: en la primera parte se recogen datos sociodemográficos (edad, género, grado de instrucción, lugar de procedencia, estado ocupacional, estado civil, convivencia con familiares), clínicos (el tiempo en hemodiálisis, diálisis adecuada, acceso vascular, comorbilidades) y de laboratorio (albumina sérica, hemoglobina). En la segunda parte se determinó la adherencia al tratamiento, dada la complejidad de evaluar esta variable, se prefirió la evaluación objetiva para la cual se tomaron los criterios utilizados en otros estudios basados en recomendaciones dadas por KDOQI. Estos criterios fueron: [1] No asistencia a una o más sesiones de hemodiálisis en el último mes. [2] Acortamiento de 3 o más sesiones de hemodiálisis por más de 10 minutos en el último mes. [3] Nivel de fosfato $>7,5$ mg/dL en su última medición o [4] Aumento de peso interdialítico (APID) $>5,7\%$ del peso corporal en la última sesión de hemodiálisis. El cumplimiento de al menos uno de estos criterios catalogaba al paciente como no adherente. No asistir a una sesión de hemodiálisis por estar hospitalizado no se consideró no adherencia (8, 9). En la tercera parte se valoró la CVRS a través del Cuestionario KDQOL-SF traducida al

español (10), el cual se ha convertido en un útil instrumento de medición de calidad de vida en este tipo de pacientes por su doble condición de instrumento genérico y específico y ha sido usado y validado en grandes grupos de pacientes (11, 12). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El procedimiento de puntuación para el KDQOL-SF en primera instancia transforma los números pre codificados crudos a una escala de 0 – 100 en la cual las puntuaciones transformadas más altas siempre reflejan un mejor estado de salud. Por lo cual los valores más altos indican en todos los casos una mejor calidad de vida. La puntuación correspondiente a cada dimensión del KDQOL-SF se obtiene calculando la media de las puntuaciones directas transformadas.

La validación del cuestionario se realizó en los pacientes del Programa de diálisis peritoneal del mismo Hospital. En el análisis de la fiabilidad se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,81 y un índice Kappa de 0,89, Se realizó la validez de contenido a través del juicio de expertos obteniéndose para el cuestionario un promedio de 89,20.

Los datos sociodemográficos fueron recolectados por personal entrenado, capacitados en el formato del cuestionario KDQOL-SF, previa firma del consentimiento informado. Para la recolección de los datos clínicos, laboratoriales y de adherencia al tratamiento, se utilizaron registros de hemodiálisis e historias clínicas.

Los datos obtenidos se registraron en una base de datos elaborada en la hoja de Cálculo de Microsoft Office Excel, el análisis descriptivo y analítico se realizó con el apoyo del paquete estadístico SPSS v. 19, Se utilizó la media y desviación estándar para describir las variables cuantitativas. Las frecuencias absolutas y relativas fueron empleadas para la descripción de las variables categóricas. Para evaluar la asociación en el análisis bivariado, entre las variables cuantitativas y la CVRS se utilizó correlación de Pearson o de

Spearman, y para las variables cualitativas con la CVRS, t de Student o U de Mann-Whitney según correspondiera. El nivel de significancia se estableció con un $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 39 pacientes que recibían tratamiento en hemodiálisis al menos 3 meses. La media de la edad fue $51,44 \pm 17,81$ años, el 76,9% fueron varones. Las características clínicas mostraron que el 59% eran no adherentes al tratamiento, 89,7% recibían una diálisis adecuada y la media de tiempo en hemodiálisis era de $42,41 \pm 39,10$ meses. La media del nivel de hemoglobina fue $11,32 \pm 1,39$ y de albumina sérica $4,21 \pm 0,54$, El resto de características basales de la población se muestran en la tabla 1.

Las puntuaciones de las diferentes dimensiones de la CVRS que mostraron ser más altas en la parte genérica fueron salud mental $71,79 \pm 8,75$ y función social $65,38 \pm 9,97$ y las puntuaciones más bajas se obtuvieron en las dimensiones salud general $46,53 \pm 11,31$ y rol físico $23,07 \pm 5,53$, En el cuestionario específico KDQOL, se obtuvieron las mejores puntuaciones en las dimensiones Síntomas/problemas $78,47 \pm 6,91$ y Actitud del personal de hemodiálisis $75,64 \pm 5,44$, y las puntuaciones más bajas en las dimensiones Calidad de relaciones sociales $20,00 \pm 8,89$ y Función cognitiva $28,93 \pm 9,75$, En general en el cuestionario KDQOL-SF nuestra población obtuvo una puntuación de $54,14 \pm 12,14$.

En el análisis bivariado se encontró relación significativa entre el valor del nivel de hemoglobina y el rol emocional $r_s = 0,32$ $p = 0,04$. No se halló ninguna relación significativa entre ninguna de las dimensiones de la CVRS y la albumina (Tablas 2 y 3). En cuanto a la adherencia al tratamiento, los no adherentes tienen mayores puntuaciones en las dimensiones salud general $51,73 \pm 16,96$ vs $39,06 \pm 15,72$ $p = 0,02$, componente sumario físico $52,22 \pm 17,28$ vs $40,35 \pm 14,44$ $p = 0,03$ y función social $73,91 \pm$

$20,26$ vs $53,12 \pm 33,38$ $p = 0,02$ (Tabla 2). Dentro de los hallazgos se encontró relación significativa entre, la edad y las dimensiones salud general $r = 0,76$ y componente sumario físico $r = -0,4360$; el tiempo en hemodiálisis y la vitalidad $r = 0,4831$; el acceso vascular, fistula arteriovenosa vs catéter venoso con las dimensiones función física $68 \pm 27,83$ vs $44,64 \pm 29,31$ y salud general $52,6 \pm 15,21$ vs $35,71 \pm 16,27$; los pacientes sin hipertensión arterial tuvieron mayor puntaje en la dimensión función cognitiva $42,96 \pm 10,59$ vs $24,72 \pm 18,71$. Todos estos hallazgos tuvieron un $p < 0,05$. El resto de hallazgos se muestran en las tabla 3.

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y de laboratorio de la población estudiada de la Red Asistencial de Huánuco – EsSalud, 2013 (n=39)

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
x± DS	51.44 ± 17.81	
Sexo		
Masculino	30	76.9
Femenino	9	23.1
Lugar de procedencia		
Urbano	26	66.7
Rural	13	33.3
Grado de instrucción		
Analfabeto	3	7.7
Primaria	12	30.8
Secundaria	8	20.5
Superior	16	41.0
Estado ocupacional		
Desempleado	23	59.0
Empleado	16	41.0
Estado civil		
Soltero	12	30.8
Casado	24	61.5
Divorciado	1	2.6
Conviviente	2	5.1
Diálisis adecuada		
No Adecuada	4	10.3
Adecuada	35	89.7
Acceso vascular		
Catéter venoso	14	35.9
Fistula arteriovenosa	25	64.1

Adherencia al tratamiento		
No adherente	23	59.0
Adherente	16	41.0
Hipertensión arterial		
No	9	23.1
Si	30	76.9
Tiempo en hemodiálisis		
x± DS	42.41 ± 39.10	

Hemoglobina	
x± DS	11.32 ± 1.39
Albumina	
x± DS	4.21 ± 0.54

FUENTE: Elaboración propia
 ± DS: media ± desviación estándar

Tabla 2. Evaluación de los scores de las dimensiones de la Calidad de vida relaciona a la salud según las características clínicas y de laboratorio en la población estudiada de la Red Asistencial de Huánuco – EsSalud 2013 (n=39)

VARIABLES	Función física	Salud general	Componente Sumario Físico (PCS)	Vitalidad	Rol emocional	Salud mental	SF-36	Calidad de las relaciones sociales	Influencia de la enfermedad	Función Sexual	KDQOL-SF
	r	r	r	R	r _s	r	r	r	r	r _s	r
Edad	-0.4887*	0.7699*	-0.4360*	-0.2737	0.2970	-0.0652	-0.3804*	0.01815	-0.0628	-0.489*	-0.3798*
Tiempo en hemodiálisis	0.4733*	0.4494*	0.3248*	0.4831*	-0.0029	0.3221*	0.3182*	-0.3978*	0.3282*	0.2373	0.2968
Hemoglobina	-0.0253	0.0237	-0.1460	-0.2089	0.3260*	0.0062	-0.2168	-0.0737	0.0261	0.0292	-0.1960
Albumina sérica	0.2455	0.1923	0.1567	0.0866	-0.0969	-0.0862	0.0287	-0.0435	-0.1195	0.2037	0.0212
Número de comorbilidades	0.0016	-0.0297	0.0234	0.1512	-0.1104	-0.2667	-0.0686	0.0955	-0.0871	-0.1071	-0.0677

FUENTE: Elaboración propia
 *p<0.05 con r de Pearson
 ap<0.05 con r de Spearman

Tabla 3. Evaluación de los scores de las dimensiones de la Calidad de vida relaciona a la salud según las características sociodemográficas, comorbilidades y adherencia al tratamiento en la población estudiada de la Red Asistencial de Huánuco – EsSalud 2013 (n=39)

VARIABLES		Función física	Rol físico	Salud general	Componente Sumario Físico (PCS)	Vitalidad	Función social	Salud mental	Síntomas/ problemas	Función cognitiva	Calidad de las relaciones sociales	KDQOL - SF
	n	MEDIA ± DS	RANGO PROMEDIO	MEDIA ± DS	MEDIA ± DS	MEDIA ± DS	MEDIA ± DS	MEDIA ± DS	MEDIA ± DS	MEDIA ± DS	MEDIA ± DS	MEDIA ± DS
Género												
Masculino	30	63.50 ±29.30	20.95	48.66 ±17.90	49.37 ±17.72	58 ±20.40	68.75 ±28.19	73.86 ±14.88	78.61 ±12.81	28.49±18.60	17.56±15.99	54.91±12.17
Femenino	9	46.67 ±31.22	16.83	39.4 ±14.45	40.62 ±13.21	50.55±17.21	54.16 ±25.76	64.88 ±20.17	78.00±10.83	30.37±20.31	28.15±22.31	51.62±12.37
Lugar de procedencia												
Urbano	26	60.19 ±29.41	19.46	45.96 ±17.60	47.28 ±15.93	59.23 ±18.45	67.30 ±28.73	74.61 ±15.26	80.61±11.47	25.38 ±19.14	20.00±17.89	55.30±10.85
Rural	13	58.46 ±32.93	21.07	47.69 ±17.75	47.5 ±19.76	50.38 ±19.41	61.53 ±27.22	66.15 ±17.78	74.19±13.11	36.03±16.38	19.99±18.66	51.84±14.57

Estado ocupacional												
Desempleado	16	55.65 ±28.61	16.82a	45.21 ±16.68	43.66 ±18.17	54.56 ±21.84	65.21 ±29.42	70.43 ±15.66	77.99 ±13.25	27.54±20.72	19.42±17.97	51.42±12.85
Empleado	23	65.31 ±32.42	24.56	48.43 ±18.86	52.65 ±14.16	58.75 ±16.68	65.62 ±26.80	73.75 ±17.76	79.17±11.05	30.94±15.92	20.83±18.36	58.07±10.16
Diálisis adecuada												
Adecuada	4	50± 33.91	21.43	50± 16.83	41.7± 14.44	42.5± 8.66	75± 28.86	72± 8.64	75.52 ±5.21	36.67 ±15.87	16.67±16.78	53.59±3.33
No adecuada	35	60.71± 30.10	17.93	46.14± 17.70	48± 17.37	57.85± 20.12	64.28± 28.13	71.77± 17.16	78.81 ±12.82	28.05± 19.05	20.38±18.22	54.21±12.79
Acceso vascular												
Catéter venoso	14	44.64±29.31*	18.07	35.71± 16.27*	37.99±13.74*	47.5± 21.37*	58.92± 32.68	63.42± 16.74*	72.17 ±11.63*	36.19± 17.09	27.62±21.06*	47.63±11.20*
Fistula AV	25	68± 27.83	21.08	52.6± 15.21	52.6± 16.66	61.2± 17.33	69± 25.03	76.48± 14.52	82 ±11.33	24.87± 18.72	15.73±14.64	57.79±11.25
Diabetes												
No	30	61.66± 31.46	21.76a	47.83± 19.01	49.37± 18.25	57.66± 18.78	69.58± 27.40	73.6± 16.56	78.61±13.16	28.49 ±17.93	19.11±16.39	55.94±12.65
Si	9	52.77± 25.99	14.11	42.22± 10.34	40.62± 10.27	51.66± 23.31	51.38± 26.84	65.77± 15.24	78.01 ±9.21	30.37 ±22.39	22.96±23.12	48.18± 8.23
HTA												
No	9	34.44± 26.15*	17.94	34.44± 18.10*	32.91± 12.00*	43.33± 14.79*	40.27± 31.11*	61.77± 9.82*	70.14 ± 13.42*	42.96±10.59*	27.4 ±19.28	44.42±9.95*
Si	30	67.16±27.40	20.61	50.16± 15.78	51.68± 16.02	60.16± 19.58	72.91± 22.52	74.8± 16.91	80.97± 10.91	24.72±18.71	17.78±17.18	57.07±11.29
Adherencia al tratamiento												
No adherente	23	66.95 ±28.94	21.43	51.73±16.96*	52.22±17.28*	60.21± 22.68	73.91± 20.26*	76± 15.67	81.16± 12.88	27.03 ±18.03	17.39±18.39	56.66±11.83
Adherente	16	49.06±29.67	17.93	39.06±15.72	40.35±14.44	50.62± 13.27	53.12± 33.38	65.75± 15.99	74.61± 10.49	31.67 ±20.00	23.75±17.03	50.54±12.00

FUENTE: Elaboración propia

*p<0.05 con t de Student

ap<0.05 con U de Mann Whitney

DISCUSIÓN

La Red Asistencial de Huánuco (RAHU), forma parte del sistema del Seguro Social de Salud (EsSalud), ubicado en la región centro del Perú; dicha institución brinda el servicio de Hemodiálisis a partir del año 2004 mediante un convenio con el Hospital Regional Hermilio Valdizan y a partir de Octubre del año 2009 el Centro de Diálisis "Integral Renal Care" SAC. tiene a cargo la prestación de este servicio a los pacientes asegurados, atendiendo actualmente a 43 pacientes, entre ellos trabajadores, derechohabientes, pensionistas y otros, quienes tienen acceso a este servicio sin la necesidad de viajar a otras ciudades del Perú.

Con respecto a la CVRS de las ocho dimensiones del cuestionario genérico SF-36, las dimensiones que obtuvieron puntuaciones más altas fueron salud mental y función social y las puntuaciones más bajas se obtuvieron en las dimensiones salud general

y rol físico, resultados similares obtenidos en diversos estudios realizados en Brasil, Colombia, Corea y países Europeos (13-16). Esta similitud encontrada en diferentes países con niveles económicos distintos, podría demostrar que las dimensiones mencionadas no estarían influenciadas por el nivel económico sino más bien serían características propias de la enfermedad. Por otra parte Fukuhura et al. al evaluar la CVRS en 7378 pacientes de Japón, EEUU y 5 países Europeos utilizando el cuestionario KDQOL-SF, determinó que las dimensiones con puntuaciones más altas fueron actitud del personal de hemodiálisis, calidad de las relaciones sociales, función cognitiva, apoyo social y síntomas/ problemas, asimismo las puntuaciones más bajas se dieron en los dominios situación laboral y carga de la enfermedad (16), siendo estos hallazgos muy parecidos a los nuestros, a excepción

de calidad de las relaciones sociales y función cognitiva que contrastó con nuestros resultados. Probablemente esta diferencia se deba a que el promedio de edad de nuestros pacientes es menor comparada a los países de referencia, ya que pacientes añosos ven menos afectada su vida laboral, familiar y social debido a que en la unidad de diálisis encuentran nuevas fuentes de contacto social y se sienten mejor atendidos por médicos y enfermeras; a diferencia de los más jóvenes a quienes les es más difícil adecuarse a esta nueva situación.

Los resultados de varios estudios indican que tanto el hematocrito como la hemoglobina tienen una relación consistente con la CVRS en la ERCT, las cuales están altamente correlacionado con los dominios de función física y la vitalidad del SF-36. (17, 18). Al respecto un estudio realizado en nuestro país, reveló que existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que recibían eritropoyetina y corrección de anemia a valores de 10 - 12 gr/dL de Hemoglobina y aquellos que no la recibían sobre todo en las dimensiones de trabajo, sueño y rol emocional (19), sin embargo en nuestro estudio no hallamos una relación significativa de la hemoglobina con los diferentes dominios del cuestionario KDQOL-SF a excepción de la dimensión rol emocional que sí mostró una relación significativa. Esta falta de correlación con los demás dominios podría deberse a que la mayoría de los pacientes se encuentran en tratamiento con eritropoyetina y manejan valores adecuados para la enfermedad (11.326 ± 1.39), además tenemos que considerar que diferentes estudios realizados en Chile, Cuba y España (20-22) tampoco encontraron correlación significativa.

La adherencia al tratamiento ha sido analizada en nuestro estudio en base al cumplimiento con las sesiones de diálisis, la ingesta de líquidos y la toma de medicamentos; existen muy pocos estudios que midan la relación entre la calidad de vida relacionada a la salud y la adherencia al tratamiento. En nuestro estudio encontramos que el 59% de los

participantes no era adherente al tratamiento. En el análisis bivariado se encontró que los pacientes no adherentes tenían mejores puntuaciones en las dimensiones genéricas: Salud General, Función Social y el Componente Sumario Físico y esta relación fue estadísticamente significativa. Estos resultados coinciden con los hallados por Contreras et al. quien en su estudio con una muestra de 33 pacientes encontró que los pacientes no adherentes tenían mejor calidad de vida en las dimensiones Salud general y Componente Sumario Físico, no así en la Función Social y otros, sin embargo estos resultados no fueron estadísticamente significativos a excepción de la Función Física ($p = 0.03$), el cual en nuestro estudio coincide en tener mejor score entre los no adherentes pero el resultado no es estadísticamente significativo (23). La no adhesión al tratamiento parece fortalecer la percepción de sentirse sano en los pacientes y el control que tiene el individuo sobre su enfermedad y tratamiento, lo que puede tener incidencia sobre los aspectos emocionales y físicos, en los que este grupo reporta también niveles altos de calidad de vida a diferencia de aquellos que son adherentes.

La albumina no resultó significativa para ninguna de las dimensiones del cuestionario KDQOL-SF, sin embargo se sabe que existe una estrecha relación entre las dimensiones físicas y esta variable, en nuestro estudio se encontró que los pacientes con menor albumina sérica tenían más bajos puntajes en el PCS, resultado que se puede constatar con los de otros estudios como el de López et al quienes al analizar la variable dicotomizada con un punto de corte de 3.5 encontró una mejor puntaje para la dimensión PCS en los pacientes que tenían albumina ≥ 3.5 (36.5 ± 10.7 vs 32.4 ± 10.4 $p < 0.001$) (24), Park et al encontraron la misma relación estadísticamente significativa (40.6 ± 24.2 vs 55.7 ± 21.2 $p < 0.05$) con un punto de corte de albumina de 4 (13). Del mismo modo el estudio hecho en Cuba por Capote et al reportó mejor calidad de vida en la dimensión PCS en los pacientes con

valores normales de albumina, aquí también se encontraron resultados estadísticos significativos ($r = 9,0$; $p = 0,003$) (21). Aunque ha habido también algunos estudios en los que si bien se ha encontrado mejores puntajes del PCS en pacientes con mayores valores de albumina esto no ha resultado estadísticamente significativo (20, 25, 26). Esta relación entre los dominios físicos y la CVRS se explicaría por la relación de la albumina con el estado nutricional, además de ser un factor de estudio muy importante por ser un factor potencialmente modificable y poderse tratar sus niveles bajos tanto farmacológicamente y no farmacológicamente. En conclusión, la población estudiada tiene mejor CVRS en las dimensiones síntomas y problemas, actitud del personal de hemodiálisis, salud mental y función social. Tuvieron peor CVRS en las dimensiones salud general, rol físico y situación laboral. Se encontró que a mayor nivel de hemoglobina, el puntaje en la dimensión rol emocional aumenta. No ser adherente al tratamiento está relacionado con mejores puntajes en salud general, componente sumario físico y función social. No se halló relación de la albumina con ninguna dimensión de la calidad de vida.

CONCLUSIONES

- La población estudiada tiene mejor CVRS en las dimensiones síntomas y problemas, actitud del personal de hemodiálisis, salud mental y función social.
- Tuvieron peor CVRS en las dimensiones salud general, rol físico y situación laboral.
- Se encontró que a mayor nivel de hemoglobina, el puntaje en la dimensión rol emocional aumenta.
- No ser adherente al tratamiento está relacionado con mejores puntajes en salud general, componente sumario físico y función social.
- No se halló relación de la albumina con ninguna dimensión de la calidad de vida.

RECOMENDACIONES

Siendo la hemodiálisis la terapia sustitutiva más usada en nuestro país, el desafío actual es incorporar y desarrollar protocolos para medir y mejorar la calidad de vida de los pacientes, aumentar su adhesión al tratamiento y facilitar e incorporar el apoyo social y familiar en la terapia, pues como se sabe la baja calidad de vida en estos pacientes está relacionado con mortalidad, morbilidad y mayor estancia hospitalaria (2-5).

Nuestro estudio valida la necesidad de un enfoque terapéutico biopsicosocial y reafirma la necesidad de integrar a otros profesionales en las unidades de diálisis, como asistentes sociales, psicólogos, nutricionistas que apoyen y contribuyan en el logro de una mejor calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile* 2010; 138: 358-65.
2. Soto J. Incorporación de estudios de calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos: bases y recomendaciones prácticas. Uso de una lista guía para su correcto diseño y/o evaluación, *Anales de Medicina Interna* 2003; 20:633-44.
3. Mapes DL, Lopes AA, Satayathum S, McCullough KP, Goodkin DA, Locatelli F, et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney Int* 2003; 64:339-49
4. DeOreo PB. Hemodialysis patient-assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance. *Am J Kidney Dis*. 1997; 30(2):204-12.
5. Kalantar K, Kopple J, Block G, Humphreys M. Association Among SF36 Quality of Life Measures and Nutrition, Hospitalization, and Mortality in Hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 2001; 12: 2797-806
6. Morsch C, Gonc 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.
7. Lok C, Oliver M, Rothwell D, Hux J: The growing volume of diabetes related dialysis: a population-based study. *Nephrol Dial Transplant* 2004; 19:3098-103.
 8. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *Am J Crit Care* 2007;16(3):222-35.
 9. Saran R, Bragg-Gresham JL, Rayner HC, Goodkin DA, Keen ML, Van Dijk PC, et al. Nonadherence in hemodialysis: associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. *Kidney Int.* 2003; 64(1):254-62.
 10. Hays RD, Amin N, Alonso J, Kallich J, Coons SJ, Carter WB, Mapes DL, Kamberg CJ: Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SFTM), Version 1.2: a manual for use and scoring (Spanish Questionnaire, Spain). P-7928/1. Santa Mónica, CA: Rand, 1997.
 11. Neto JFR, Feraz MB, Cendoroglo M, Draibe S, Yu L, Sesso R: Quality of life at the initiation of maintenance dialysis treatment -a comparison between the SF-36 and the KDQ questionnaires. *Qual Life Res* 2000;9: 101-107.
 12. Vázquez I, Valderrabano F, Jofré R, Fort J, López-Gómez JM, Moreno F, et al. Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. *J Nephrol* 2003; 16:886-94.
 13. Park H, Yoon, Son J, Jung E, Joo K, Chin H, et al. Depression and health-related quality of life in maintenance hemodialysis patients. *Clinical Nephrology*, 2010; 5(73): 374-80.
 14. Santos R, Sansigolo L. Clinical and laboratory variables associated with quality of life in Brazilian haemodialysis patients: a single-centre study. *Rev Med Chile* 2008; 136: 1264-1271.
 15. Muñoz R, Oto A, Barrio R, Fernandez M. Evolución de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: Estudio prospectivo a un año. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2006; 9 (1): 55/58.
 16. Fukuhara S, Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Kurokawa K, Mapes DL, Akizawa T, Bommer J, Canaud BJ, Port FK, Held PJ. Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Kidney Int.* 2003; 64: 1903-1910.
 17. Rodrigues M, Castro R, Oliveira I, Prata C, Morgado T. Quality of life in chronic kidney disease. *Nefrologia* 2011;31(1):91-6
 18. Borroto G, Almeida J, Lorenzo A, Alfonso F, Guerrero C. Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamiento de hemodiálisis o trasplante renal. Estudio Comparativo. *Rev Cub Med* 2007; 46:3.
 19. Zúñiga C, Dapuetto J, Müller H, Kirsten L, Ortiz L. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)". *Rev Méd Chile* 2009; 137: 200-07
 20. Capote E, Casamayor Z, Castañer J. Variables de laboratorio como indicadores de calidad de vida en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Rev Cub Med* 2010; 39:3-4.
 21. U.S. Renal Data System, *USRDS 2007 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States*, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda (MD); 2007.
 22. Contreras F, Esguerra G, Espinosa 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 (Colombia)* 2006; 5 (3): 487-99.
 23. Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Goodkin DA, Fukuhara S, Mapes DL, Young EW, et al. Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. *Qual Life Res.* 2007;16(4):545-57
 24. Iliescu E , Coo H, McMurray M, Meers C, Quinn M, Singer M, et al. Quality of sleep and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18: 126–32.
 25. Simic-Ogrizovic, Jemcov, Pejanovic S, Stosovic M, Radovic M, Djukanovic. Health-Related Quality of Life, Treatment Efficacy, and Hemodialysis Patient Outcome. *Renal Failure* 2009; 31:201–06.