



ORIGINAL

Relationship between sociodemographic factors and quality of life in hemodialysis patients

Relación entre factores sociodemográficos y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis

Edith Rivas Riveros¹  , Miguel Ángel López Espinoza²  

¹Universidad de la Frontera, Facultad de Medicina. Temuco, Chile.

²Carrera de Nutrición y Dietética, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Adventista de Chile. Chillán, Chile.

Citar como: Rivas Riveros E, López Espinoza M. Relationship between sociodemographic factors and quality of life in hemodialysis patients. Salud, Ciencia y Tecnología. 2024;4:744. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024744>

Enviado: 26-11-2023

Revisado: 15-01-2023

Aceptado: 14-02-2024

Publicado: 15-02-2024

Editor: Dr. William Castillo-González 

ABSTRACT

Introduction: chronic kidney disease (CKD) is a progressive alteration that can lead to renal replacement therapy (hemodialysis, HD). This situation has an impact on the quality of life and is affected by the patient's sociodemographic factors.

Objective: determine the relationship between sociodemographic factors and quality of life in hemodialysis patients.

Methods: cross-sectional analytical study in a population of 92 patients with a diagnosis of CKD in stage V, with HD treatment. Biomedical data were collected with a dialysis record. Quality of life was estimated with the KDQOL-36 scale. Their scores were compared according to two or more groups with Mann-Whitney U tests, or Kruskal-Wallis, respectively. Spearman's correlation coefficient was used for ordinal variables. R-Studio was applied.

Results: education is statistically related to "symptoms/problems" ($p=0,0176$), "effects of kidney disease" ($p=0,0054$), and "burden of kidney disease" ($p=0,0200$), with a tendency to observe higher scores in university studies; while economic income was the same with these last two factors ($\rho=0,24$ and $\rho=0,23$, respectively). Furthermore, the "symptoms/problems" score was statistically higher in men than women (74.3 versus 64.1; $p=0,00417$) and in the case of the "physical component" summary, patients treated in a center public hospital presented statistically higher scores compared to patients treated in private centers (38,1 versus 32,0; $p=0,00607$).

Conclusions: there are aspects of quality of life that are linked to sociodemographic factors that health professionals can consider to focus efforts of the health team and improve this important variable.

Keywords: Kidney Failure; Hemodialysis; Quality of Life.

RESUMEN

Introducción: la enfermedad renal crónica (ERC) es una alteración progresiva que puede concluir en terapia de sustitución renal (hemodiálisis, HD). Esta situación repercute en la calidad de vida y se ve afectada por los factores sociodemográficos del paciente.

Objetivo: determinar la relación entre factores sociodemográficos y la calidad de vida en pacientes en HD.

Métodos: estudio analítico transversal en una población de 92 pacientes con diagnóstico de ERC en etapa V, con tratamiento de HD. Fueron recolectados datos biomédicos con ficha de diálisis. La calidad de vida fue estimada con la escala KDQOL-36. Se compararon sus puntajes según dos o más grupos con pruebas U de Mann-Whitney, o Kruskal-Wallis, respectivamente. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para variables ordinales. Se aplicó R-Studio,

Resultados: la escolaridad se relaciona estadísticamente con "síntomas/problemas" ($p=0,0176$), "efectos

de la enfermedad renal” ($p=0,0054$), y “carga de enfermedad renal” ($p=0,0200$), con tendencia a observar puntajes mayores en estudios universitarios; mientras que ingreso económico lo fue con estos dos últimos factores ($\rho=0,24$ y $\rho=0,23$, respectivamente). Además, el puntaje de “síntomas/problemas” fue estadísticamente mayor en hombres que mujeres (74,3 versus 64,1; $p=0,00417$) y en el caso del resumen del “componente físico”, los pacientes atendidos en un centro hospitalario público presentaron puntajes estadísticamente mayores comparado con pacientes atendidos en centros privados (38,1 versus 32,0; $p=0,00607$).

Conclusiones: existen aspectos de la calidad de vida que se vinculan con factores sociodemográficos que los profesionales de salud pueden considerar para focalizar esfuerzos del equipo de salud y mejorar esta importante variable.

Palabras clave: Insuficiencia Renal; Hemodiálisis; Calidad de Vida.

INTRODUCCIÓN

La ERC es la alteración progresiva de la estructura, el compartimento glomerular, intersticial o vascular, y la función renal. Es provocada por una variedad de enfermedades o condiciones, entre las cuales están las clásicas crónicas no transmisibles.^(1,2) La ERC se clasifica en cinco etapas, dependiendo de la velocidad de filtración glomerular (VFG), siendo el estadio V la más severa (insuficiencia renal), con una VFG menor a 15 mL/min/1,73m².⁽¹⁾ Se estima que afecta aproximadamente al 10 % de la población mundial,⁽³⁾ en Chile el 15,4 % de los mayores de 40 años tendrían una ERC en cualquiera de sus cinco estadios.⁽⁴⁾

Es de tipo progresiva y asintomática hasta etapas avanzadas, cuando requiere técnicas de reemplazo renal,⁽⁵⁾ como: hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DP) y/o trasplante renal (TR). Estas técnicas son invasivas y costosas, para el paciente y para el sistema de salud, por lo que fueron incorporadas en las Garantías Explícitas en Salud (GES, 2005). El tratamiento de HD es la técnica de elección y representa 23 % del presupuesto GES.⁽⁶⁾

La HD es altamente compleja y exigente e implica cambios radicales en los estilos de vida, lo que sumado al deterioro progresivo de la función renal y de otros órganos en la etapa avanzada de la enfermedad, son factores vinculados a una mala calidad de vida percibida.⁽⁷⁾ En efecto, este concepto es una medida importante y factores socioeconómicos como la edad, sexo, escolaridad e ingresos económicos se han visto que se relacionan con ella, ya que es una enfermedad de larga data y donde en la etapa terminal en pacientes con HD, se afectan diferentes áreas de la vida de las personas.⁽⁷⁾

La calidad de vida es un tema cada vez más importante y un factor en la evaluación del manejo de pacientes con ERC sometidos a HD, ya que involucra la posición en la vida de la persona, en el contexto de su cultura, sistema de valores y relación con las metas y expectativas de su vida.

Las personas en HD, a su vez, se ven afectadas por su situación económica, por la pobreza y estilo de vida, que son parte del conjunto de dimensiones de la desigualdad. Por lo tanto, el objetivo del estudio es determinar la relación entre factores sociodemográficos y la calidad de vida en pacientes en HD.

MÉTODOS

Diseño

Estudio observacional, analítico, de diseño transversal y de tipo correlacional.

Participantes

Se estudió una muestra de 92 pacientes con diagnóstico de ERC-V que asistían en septiembre de 2019 a cuatro centros de salud públicos de alta y mediana complejidad: Hospital Pitrufquén; Hospital Imperial, Regional de Temuco y Padre las Casas; todas de la región de La Araucanía, en el sur de Chile. Fueron seleccionados por conveniencia y debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: a) estar en tratamiento de HD, b) de al menos tres meses, c) entre 18 y 83 años, d) de ambos sexos. Quedaron excluidos a) pacientes con deterioro cognitivo, deterioro psiquiátrico y c) historia de trasplante renal. El estudio fue autorizado por el Comité de Ética del Servicio Salud Araucanía Sur, Temuco, Chile; y todos los pacientes que entraron al estudio dieron su consentimiento informado.

Instrumentos

Se aplicó un cuestionario de antecedentes personales desarrollado para este estudio, el cual posee preguntas con respuestas de tipo cerradas, que indagan las principales características sociodemográficas: edad, sexo, ocupación, ingreso per cápita, escolaridad, estado civil y religión. Se escogieron por ser las más representativas del modelo de Determinantes Sociales de la Salud recomendada por la Organización Panamericana de la Salud.

⁽⁸⁾

Para la evaluación de la calidad de vida se utilizó el cuestionario Kidney Disease Quality of Life 36 (KDQOL-36)

desarrollado por el Kidney Disease Quality of Life Working Group como una medida de auto-reporte específica de la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) en personas con enfermedad renal crónica y en diálisis. Este instrumento estandarizado, ha demostrado ser válido y confiable en estudios previos. Las preguntas utilizadas son específicas, con posibilidades de respuesta o categorías predeterminadas. El cuestionario se encuentra disponible en español para uso público.⁽⁹⁾

El cuestionario KDQOL-36 posee 36 ítems divididos en dos componentes, un componente general con 12 preguntas sobre la calidad de vida, y un componente específico con 24 preguntas sobre la enfermedad renal. Al mismo tiempo, estos dos componentes se reagrupan en cinco dimensiones. El componente general agrupa la sub-escala SF-12 componente físico y componente mental (preguntas 1 - 12), con elementos sobre salud general, límites de actividad, capacidad para realizar las tareas deseadas, depresión y ansiedad, nivel de energía y actividades sociales. El componente específico, reagrupa las dimensiones:

- *Carga de la enfermedad renal* (preguntas 13-16): abarca elementos sobre cómo la enfermedad renal interfiere con la vida diaria, utiliza tiempo destinado a otras actividades, causa frustración o hace que el paciente se sienta como una carga.
- *Síntomas/problemas* (preguntas 17-28): abarca elementos que miden la molestia que causa al paciente el dolor muscular, dolor en el pecho, calambres, picazón o sequedad de la piel, falta de aliento, desmayo / mareo, falta de apetito, entumecimiento en las manos o los pies, náuseas o problemas con el acceso vascular a la diálisis.
- *Efectos de la enfermedad renal en la vida diaria* (preguntas 29-36): con elementos sobre lo molestia que le causa al paciente, los siguientes ítems: los límites de ingesta de líquidos, las restricciones en la dieta, la capacidad para trabajar en la casa o para realizar viajes, sentirse dependiente del equipo de salud, estrés o preocupaciones, vida sexual, y apariencia física personal.

Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia con rangos de respuesta entre dos y seis, dependiendo del ítem. Cada pregunta está codificada numéricamente y su puntaje luego es transformado en una escala de 0 a 100, tomando como promedio 50 puntos, donde un puntaje menor al promedio indica una menor calidad de vida y un puntaje superior al promedio indica una mejor calidad de vida.

Recopilación de datos

El trabajo de campo fue desarrollado por ayudantes de investigación, externos al personal que atendían a los pacientes. Fueron previamente entrenadas en la aplicación de los cuestionarios, con la modalidad cara a cara, en la sala de espera previo a la sesión de HD, en un horario definido con el paciente y cada institución.

Análisis estadístico

Fueron descritas las variables cuantitativas con la media aritmética y desviación estándar, mientras que las de tipo cualitativas fue con frecuencia absoluta y sus respectivos porcentajes.

Con el objetivo de comparar la variable tiempo de hemodiálisis con las diferentes categorías de las variables sociodemográficas y de salud, se aplicaron las pruebas de ANOVA, U de Mann-Whitney (dos grupos) o Kruskal-Wallis (k-grupos). Las dos últimas pruebas fueron aplicadas cuando las puntuaciones en al menos un grupo de comparación no seguían distribución normal, supuesto evaluado con el test de Kolmogorov-Smirnov con ajuste de Lilliefors. En caso que la variable independiente fuera cuantitativa, se calculó el coeficiente de correlación rho de Spearman, bajo el supuesto que los datos no siguen distribución normal. Desde un punto de vista multivariante, se aplicó regresión lineal múltiple para evaluar relación estadísticamente significativa. La hipótesis fue probada con $p < 0,05$. Se aplicó el paquete R-Studio.⁽¹⁰⁾

RESULTADOS

Se estudió una muestra de 92 pacientes, de los cuales el 61,93 % fueron mujeres; el 51,09 % señaló una edad entre 60 y 83 años; el 70,65 % es jubilado; el 69,57 % es atendido en un hospital público y el promedio de ingresos es de 190 761 pesos chilenos (DE=160 674). El 50 % informó poseer estudios medios (entre 8 y 12 años de escolaridad); el 55,43 % relató estar casado al momento de la entrevista, y el 56,74 % señala profesar la religión católica (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la muestra según variables sociodemográficas		
Variables sociodemográficas	n= 92	IC 95%
Edad	57,71 (DE: 14,97)	54,61; 60,81
19-39	12 (13,04 %)	7,21; 22,06
40-59	33 (35,87 %)	26,33; 46,61
60-83	47 (51,09 %)	40,51; 61,57

Sexo		
Hombre	35 (38,04 %)	28,30; 48,81
Mujer	57 (61,93 %)	51,20; 71,70
Ocupación		
Jubilado	65 (70,65 %)	60,10; 79,45
Labores de casa	16 (17,39 %)	10,57; 27,01
Independiente	6 (6,52 %)	2,68; 14,19
Dependiente	2 (2,17 %)	0,38; 8,38
Cesante	1 (1,09 %)	0,06; 6,76
Jubilado y trabaja independiente	1 (1,09 %)	0,06; 6,76
Estudiante	1 (1,09 %)	0,06; 6,76
Ingreso CLP media (DE)	190760,9 (DE: 160673,7)	157486,3; 224035,5
Escolaridad		
Sin escolaridad	4(4,35 %)	1,40; 11,38
Estudios básicos	46 (50,00 %)	39,99; 60,01
Estudios medios	27 (29,35 %)	20,55; 39,90
Estudios superiores	15 (16,30 %)	9,71; 25,79
Estado civil		
Casado	51 (55,43 %)	44,73; 65,68
Soltero	15 (16,30 %)	9,71; 25,79
Conviviente	7 (7,61 %)	3,38; 15,56
Separado o divorciado	7 (7,61 %)	3,38; 15,56
Viudo	12 (13,04 %)	7,21; 22,06
Religión		
Católica	43 (46,74 %)	36,37; 57,39
Evangélica	37 (40,22 %)	30,28; 50,98
Ninguna	9 (9,78 %)	4,85; 18,21
Espiritualidad mapuche	1 (1,09 %)	0,06; 6,76
Musulmán	1 (1,09 %)	0,06; 6,76

CLP: pesos chilenos; DE: desviación estándar; IC 95%: intervalo de confianza

La tabla 2 muestra que la escolaridad se relacionó estadísticamente con “síntomas/problemas” ($p=0,0176$), “efectos de la enfermedad renal” ($p=0,0054$), y “carga de enfermedad renal” ($p=0,0200$), con tendencia a observar puntajes mayores en estudios universitarios; mientras que ingreso económico lo fue con estos dos últimos factores ($\rho=0,24$ y $\rho=0,23$, respectivamente). El puntaje de “síntomas/problemas” fue estadísticamente mayor en hombres que mujeres (74,3 versus 64,1; $p=0,00417$). En el caso del componente físico, puntajes de pacientes atendidos en un centro hospitalario público presentaron puntajes estadísticamente mayores comparado con pacientes atendidos en centros privados (38,1 versus 32,0; $p=0,00607$). Los hombres presentaron significativamente mayores puntajes del componente mental comparado con las mujeres ($p=0,013$).

Tabla 2. Correlación entre variables sociodemográficas y factores de KDQOL™-36

Variable	Síntomas/ problemas	Efectos de la enfermedad renal	Carga de enfermedad renal	Componente físico	Componente mental
Sexo	0,00417†	0,121†	0,6134 ‡	0,946 †	0,013 †
Hombre	74,3 ± 12,6	53,8 ± 18,9	32,9 ± 26,3	36,4 ± 10,2	45,6 ± 10,7
Mujer	64,1 ± 18,0	47,1 ± 20,6	30,0 ± 25,1	36,2 ± 10,0	39,8 ± 10,4
Edad (años)	0,02 †† ($p=0,8616$)	0,13 †† ($p=0,222$)	0,07 †† ($p=0,5262$)	-0,16 †† ($p=0,1424$)	0,01 †† ($p=0,9141$)
18-39	67,8 ± 14,8	51,6 ± 20,5	33,9 ± 25,8	37,8 ± 10,1	41,2 ± 10,4
40-59	68,3 ± 17,8	45,2 ± 20,1	25,6 ± 23,7	37,8 ± 10,4	40,9 ± 10,8
60-83	67,8 ± 16,9	52,3 ± 19,9	34,2 ± 26,4	34,8 ± 9,6	43,1 ± 11,1

Centro	0,07859†	0,583†	0,7915†	0,00607†	0,564 †
Hospital público	64,0 ± 16,3	50,4 ± 21,3	31,8 ± 28,1	38,1 ± 7,1	42,5 ± 11,2
Recinto privado	69,7 ± 16,9	47,9 ± 17,2	29,3 ± 18,2	32,0 ± 10,5	41,1 ± 10,0
Ingreso	0,10 †† (p=0,3668)	0,24 †† (p<0,02011)	0,23†† (p=0,03017)	0,05 †† (p=6152)	0,15†† (p=0,1487)
Escolaridad	0,0176 †	0,00542 †	0,0200 †	0,1770 †	0,1420 †
Estudios Básicos	63,6 ± 16,8	44,9 ± 19,2	26,3 ± 23,3	35,3 ± 9,3	40,4 ± 11,0
Estudios medios	73,3 ± 16,3	52,5 ± 18,6	33,1 ± 23,8	36,3 ± 11,1	44,0 ± 9,0
Estudios superiores	72,58 ± 14,4	60,3 ± 21,8	43,3 ± 31,8	39,7 ± 9,9	44,3 ± 13,0
Estado civil	0,1420 †	0,2580 †	0,993‡	0,7150 †	0,1260 †
Casado	67,6 ± ,15,9	52,8 ± 20,9	32,1 ± 26,1	35,6 ± 9,3	43,3 ± 10,3
Conviviente	69,3 ± 18,7	36,6 ± 22,0)	28,6 ± 25,5	34,8 ± 11,4)	39,1 ± 11,9
Separado-divorciado	59,8 ± 21,3	43,6 ± ,16,4	34,2 ± 33,0	41,2 ± 12,2	34,8 ± 13,1
Soltero	76,5 ± 12,0	50,8 ± 16,1	30,0 ± 23,6	36,8 ± 11,3	45,4 ± 10,1
Viudo	62,5 ± 19,8	45,8 ± 21,6	27,6 ± 24,1	36,6 ± 9,7	38,3 ± 10,4
Religión *	0,4069 ††	0,07357 ††	0,2916 ††	0,6436‡	0,6436 ††
Católica	71,1 ± 15,4	53,1 ± 17,3	33,6 ± 25,6	36,5 ± 10,1	42,1 ± 11,2
Evangélica	63,4 ± 18,4	45,4 ± 21,5	27,1 ± 23,7	35,3 ± 9,1	41,9 ± 10,3
Ninguna	70,5 ± 16,8	39,6 ± 14,7	22,9 ± 14,7	35,2 ± 11,7	40,3 ± 12,1
Procedencia	0,5434 ††	0,216 †	0,8215 ††	0,7928 ††	0,2870 †
Urbano	66,8 ± 17,9	47,4 ± 20,2	30,4 ± 25,0	36,3 ± 10,9	41,3 ± 11,2
Rural	69,2 ± 14,4	52,9 ± 19,5	30,9 ± 25,8	36,3 ± 8,2	43,9 ± 10,1

† Prueba de ANOVA; ‡ Prueba de Mann-Whitney; †† Coeficiente de Spearman; ‡‡ Prueba de Kruskal-Wallis.
*menos de 10 casos, no se consideró para el análisis

En relación con las variables sociodemográficas que influyen significativamente sobre el puntaje de la escala que evalúa la calidad de vida de los pacientes en tratamiento de HD (figura 1) fueron: ser atendidos en un centro de atención público ($\beta=5,88$; $p=0,02876$), haber señalado estudios medios ($\beta=8,01$; $p=0,00887$) y superiores ($\beta=10,3$; $p=0,01180$) y el tiempo de hemodiálisis ($\beta=-0,53$; $p=0,01963$). Edad entre 60 y 83 años no logró asociarse significativamente con la variable dependiente, sin embargo estuvo al borde de hacerlo ($p=0,05761$).

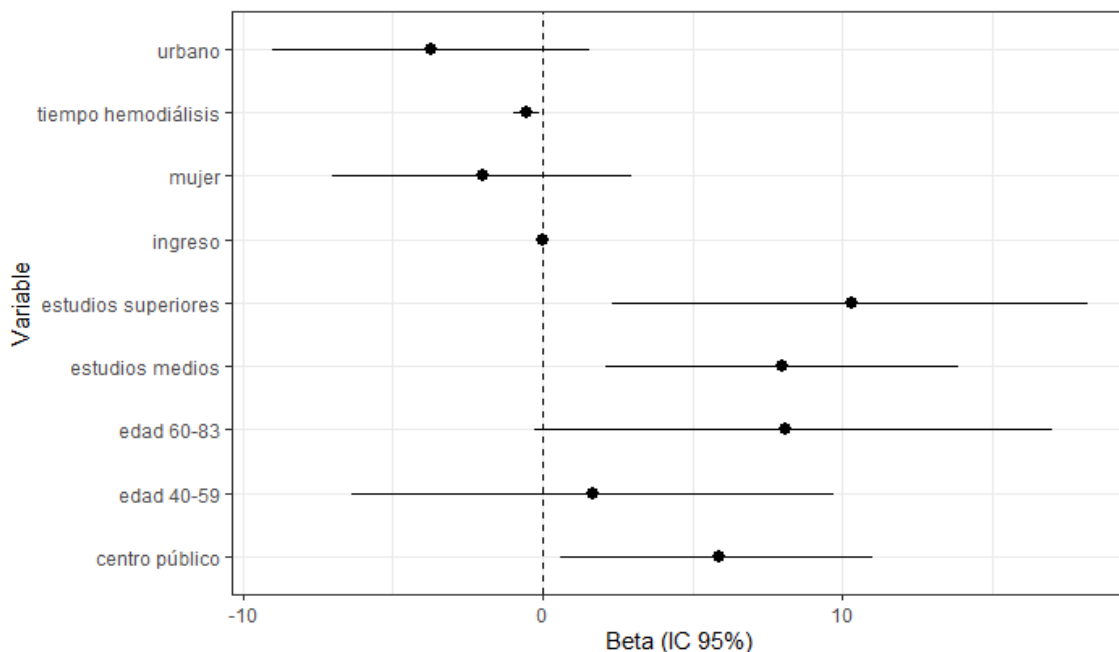


Figura 1. Valores beta y sus intervalos al 95% de confianza de variables independientes analizadas en función del puntaje global de KDQOL™-36

DISCUSIÓN

Los hallazgos presentados en este estudio son consistentes con estudios previos que informan de manera similar la baja calidad de vida en pacientes en HD. En relación con el puntaje total de esa variable, no se observó una asociación significativa con el sexo, al igual que en el estudio de;⁽¹¹⁾ sin embargo, el aspecto físico (síntomas/problemas de calidad de vida) fue estadísticamente mayor en hombres que mujeres, equivalente a lo reportado por Dembowska et al., 2022⁽¹²⁾ Jankowska et al., 2017⁽¹³⁾ En cuanto a la sintomatología mental también fue mayor en hombres, similar a lo reportado por Dembowska et al., 2022.⁽¹²⁾

Los puntajes de los constructos de la escala de calidad de vida ni de los componentes físico y mental tuvieron valores significativos con los grupos etarios estudiados. La evidencia en este punto es variada. Por un lado Okyere et al., 2021⁽¹⁴⁾ encontraron que en adultos jóvenes con HD presentaron una mala calidad de vida comparada con sus homólogos mayores, y las puntuaciones mejoraron casi directamente en proporción a la edad, lo que podría atribuirse a diferencias relacionadas con la edad en la percepción de la enfermedad; mientras que el estudio de El-Habashi et al., 2020,⁽¹¹⁾ observaron que los pacientes más jóvenes tuvieron mejores puntuaciones de esta variable. Por otro lado, de los pacientes con 60 años o más, su calidad de vida fue calificado como regular;⁽¹⁵⁾ de hecho, en pacientes de 70-79 años y ≥ 80 años tuvieron puntuaciones bajas y que a medida se prolongaba el período de diálisis la puntuación del componente físico fue significativamente más baja.⁽¹⁶⁾ A su vez, en otro estudio que incluyeron a pacientes con edad promedio de 81 años, se identificaron dos temas principales de calidad de vida: (1) tener bienestar físico (subtemas: poder hacer cosas de forma independiente, tener control de los síntomas, mantener la salud física y estar vivo) y (2) tener apoyo social (subtemas: tener apoyo social práctico, apoyo social emocional y socialización).⁽¹⁷⁾ Otro estudio reporta que la puntuación de calidad de vida mental disminuyó con el tiempo en pacientes mayores, especialmente entre aquellos de 80 años o más después de 2 años de seguimiento.⁽¹⁶⁾

En relación con el centro de salud donde se efectúa la HD, los pacientes que asistían a centros públicos de salud presentaron mayores puntuaciones en el global de calidad de vida y del componente físico.⁽¹⁸⁾ también observó estas diferencias comparado con múltiples centros de diálisis, planteando que estas diferencias se deben a los objetivos que animan a los centros y sus características intrínsecas: como lo son la posibilidad de lucrar, el confort brindado, incluida la atención (personal suficiente y capacitado), su oferta de servicio (la posibilidad de realizar trasplantes y la presencia de atención previa a la diálisis). Estos puntajes más altos en centros de salud públicos que en recintos privados puede ser explicado porque este tipo de recintos alberga los casos más complejos y por ende con mayor morbilidad, de mayor data y de pacientes con problemas carenciales en el plano de redes de apoyo social, técnico de salud y económico que demandan mejores condiciones para el afrontamiento de tales complejidades y de personal suficientemente entrenado para enfrentar un paciente con múltiples necesidades. Por su parte, un meta-análisis reveló mejores puntuaciones de calidad de vida física en los pacientes de diálisis domiciliaria en comparación con los pacientes de HD en centros, aunque la heterogeneidad fue alta.⁽¹⁹⁾

Una variable determinante es el ingreso económico. Si bien el estudio no mostró una asociación con la puntuación global de la calidad de vida, sí se observó una correlación estadísticamente significativa del ingreso con las puntuaciones de los efectos de la ER y con la carga de ER, aun cuando los valores de correlación fueron menores que 0,25, por tanto no explica de forma contundente estas relaciones. Aun así, existe evidencia donde se menciona que las personas con ingresos bajos experimentaron dificultades sociales y la carga máxima se encontró en las actividades físicas y la función social, marcando una calidad de vida deficiente.⁽²⁰⁾

Dado que la carga de la ER evalúa percepciones de frustración y la interferencia de la patología con su vida cotidiana, si se le agrega que está vinculada con pacientes en HD con estudios básicos, implica un desafío a los equipos de salud promover acciones específicas dirigidas a este grupo, incluida intervenciones psicológicas.⁽¹⁸⁾ Por otro lado, los ingresos más altos están vinculados con mejor calidad de vida debido a una percepción de satisfacción y menor preocupación por el futuro personal y de su entorno familiar.⁽¹¹⁾

En escolaridad, el estudio reportó una tendencia proporcional entre la menor cantidad de años cursados en educación formal y menor calidad de vida en relación a los ámbitos de síntomas/problemas, efectos de la ER y carga de ER, con tendencia a observar puntajes mayores en estudios universitarios. Al respecto, un estudio de Fukushima et al., 2016⁽²¹⁾ mostró asociación entre escolaridad y calidad de vida. Por su parte, otro estudio⁽¹¹⁾ reportó que pacientes con HD que presentaban títulos profesionales más altos obtuvieron puntuaciones más altas y estadísticamente significativas en las dimensiones psicológica/espiritual y social/económica de la calidad de vida, comparado con grupos con menores años de educación formal. La variable estado educacional puede ser explicada por la capacidad de estos pacientes en informarse por sus propios medios de factores que promuevan una mejor calidad de vida a su condición, de entender mejor las instrucciones del equipo de salud; y a su vez estos pacientes pueden estar vinculados a un trabajo que les puede servir para encontrar habilidades para afrontar su condición⁽¹¹⁾ y ser a su vez un canalizador de emociones.

Si bien no fue estadísticamente significativo, los resultados del estudio informaron una tendencia a que los pacientes con HD de procedencia urbana presentaron puntajes globales de calidad de vida inferiores que

los rurales; mientras que en El-Habashi AF et al., 2020⁽¹¹⁾ informaron que los pacientes de sectores rurales presentaron puntuaciones más altas que los urbanos. Puede deberse a que los pacientes de sectores rurales perciben una atención sanitaria, tanto en infraestructura como del equipo de salud, mucho más especializada que en los centros de salud de sus comunidades de origen. Toda esta infraestructura y atención que reciben del personal altamente entrenado genera en estos pacientes una sensación que su principal necesidad le es atendida, pudiendo mirar su futuro con mejor proyección.

Este estudio no ha estado exenta de limitaciones. En primer lugar, la recolección de la población fue dificultosa, debido al difícil acceso por su situación de morbilidad y dependencia. Además, no se estudiaron variables como adherencia a la medicación y aceptación de la enfermedad, la que parece ser una dimensión importante en la CV en este tipo de pacientes. Sin embargo, se contribuye a realzar la importancia de cómo algunos determinantes sociales pueden vincularse con la CV en pacientes sometidos a HD.

CONCLUSIONES

La calidad de vida en pacientes en HD se asocia con pobreza y nivel educacional bajo, por ello se atienden mayoritariamente en servicios públicos, ya que son resguardados por legislación a través del GES.

Para mejorar la calidad de vida de los pacientes en HD se plantea una intervención multidisciplinaria que incluya estrategias médicas, dietéticas, psicológicas, de salud mental y sociales que aborden los determinantes asociados con la calidad de vida, para reducir las complicaciones y mejorar las puntuaciones esta variable. A su vez, se justifica una mejora adicional en la rehabilitación renal en pacientes en diálisis para mejorar su calidad de vida. A corto tiempo se requiere replantear las estrategias y acciones encaminadas a incrementar el bienestar y la CV del paciente y cuidadores.

Los profesionales de salud deben considerar el análisis particular y general de la situación de salud mental de los pacientes y optimizar su derivación a médico especialista o a otro profesional encargado de otorgar asesoría, así se da inicio a la continuidad de los cuidados, lo que constituye una mejora importante en la situación de vida de estas personas.

Los resultados actuales pueden ayudar a aumentar el conocimiento existente sobre el impacto de la enfermedad renal terminal y la hemodiálisis en la calidad de vida de los pacientes y cuidadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud, Chile. Guía de Práctica Clínica - No GES Tratamiento Conservador No Dialítico de la Enfermedad Renal Crónica. Descripción y Epidemiología. Consulta el 03 12 2023. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/tratamiento-conservador-no-dialitico-de-la-enfermedad-renal-cronica/descripcion-y-epidemiologia/>
2. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic Kidney Disease. *Lancet*. 2017;389(10075):1238-1252. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32064-5
3. Couser WG, Riella MC. World Kidney Day 2011: protect your kidneys, save your heart. *J Indian Med Assoc*. 2011;109(2):89-92
4. Walbaum M, Scholes S, Pizzo E, Paccot M, Mindell JS. Chronic kidney disease in adults aged 18 years and older in Chile: findings from the cross-sectional Chilean National Health Surveys 2009-2010 and 2016-2017. *BMJ Open*. 2020;10(9):e037720. doi: 10.1136/bmjopen-2020-037720
5. Hernández-Flórez N. Breaking stereotypes: "a philosophical reflection on women criminals from a gender perspective". *AG Salud* 2023;1:17-17.
6. Quiroz FJR, Oncoy AWE. Resiliencia y satisfacción con la vida en universitarios migrantes residentes en Lima. *AG Salud* 2023;1:09-09.
7. Mesa-Melgarejo L, Carrillo-Algarra AJ, Castiblanco RA, Reina LM, Ávila TM. Terapias de sustitución de la función Renal: Metaestudio y síntesis de evidencias cualitativas. *Aquichan*. 2017; 17(3):328-52
8. Ministerio de Salud, Chile. Guías de práctica clínica GES, prevención secundaria de la enfermedad renal crónica. Consulta el 03 12 2023. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/01/2017.10.24_ENFERMEDAD-RENAL-CRONICA.pdf
9. Guerra-Guerrero V, Sanhueza-Alvarado O, Cáceres-Espina M. Quality of life in people with chronic hemodialysis: association with sociodemographic, medical-clinical and laboratory variables. *Rev Lat Am*

Enfermagem. 2012;20(5):838-46

10. De La Guardia Gutiérrez Mario Alberto, Ruvalcaba Ledezma Jesús Carlos. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR. 2020; 5(1): 81-90

11. Ricardo AC, Hacker E, Lora CM, Ackerson L, DeSalvo KB, Go A, et al. Validation of the Kidney Disease Quality of Life Short Form 36 (KDQOL-36) US Spanish and English versions in a cohort of Hispanics with chronic kidney disease. Ethn Dis. 2013;23(2):202-9

12. RStudio Team (2020). RStudio: Integrated Development for R. RStudio, PBC, Boston, MA Consulta el 03 12 2023. Disponible en: <http://www.rstudio.com/>

13. El-Habashi AF, El-Agroudy AE, Jaradat A, Alnasser ZH, Almajrafi HH, Alharbi RH, Alanzy A, Alqahtani AM. Quality of life and its determinants among hemodialysis patients: A single-center study. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2020;31(2):460-472

14. Dembowska E, Jaroń A, Gabrysz-Trybek E, Bładowska J, Gacek S, Trybek G. Quality of Life in Patients with End-Stage Renal Disease Undergoing Hemodialysis. Journal of Clinical Medicine. 2022; 11(6):1584. doi: <https://doi.org/10.3390/jcm11061584>

15. Jankowska-Polanska B, Uchmanowicz I, Wysocka A, Uchmanowicz B, Lomper K, Fal AM. Factors affecting the quality of life of chronic dialysis patients. Eur J Public Health. 2017;27(2):262-267

16. Okyere P, Okyere I, Ephraim R, Attakorah J, Essuman G, Abaka-Yawson A. Vascular access for haemodialysis in Ghana: a single centre experience. PAMJ - Clinical Medicine. 2021;6:2. doi: 10.11604/pamj-cm.2021.6.2.29276

17. Pretto CR, Winkelmann ER, Hildebrandt LM, Barbosa DA, Colet CF, Stumm EMF. Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28: e3327. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9JDNYTBwTMqt4br7svXJT4v/?format=pdf&lang=pt>

18. Ishiwatari A, Yamamoto S, Fukuma S, Hasegawa T, Wakai S, Nangaku M. Changes in Quality of Life in Older Hemodialysis Patients: A Cohort Study on Dialysis Outcomes and Practice Patterns. Am J Nephrol. 2020;51(8):650-658

19. Auza-Santivañez JC, Lopez-Quispe AG, Carías A, Huanca BA, Remón AS, Condo-Gutierrez AR, et al. Improvements in functionality and quality of life after aquatic therapy in stroke survivors. AG Salud 2023;1:15-15.

20. Castillo-González W. Kinesthetic treatment on stiffness, quality of life and functional independence in patients with rheumatoid arthritis. AG Salud 2023;1:20-20.

21. Hall RK, Cary MP Jr, Washington TR, Colón-Emeric CS. Quality of life in older adults receiving hemodialysis: a qualitative study. Qual Life Res. 2020;29(3):655-663

22. Zúñiga C, Dapuelto 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 Méd Chile. 2009; 137(2): 200-207

23. Bonenkamp AA, van Eck van der Sluijs A, Hoekstra T, Verhaar MC, van Ittersum FJ, Abrahams AC, van Jaarsveld BC. Health-Related Quality of Life in Home Dialysis Patients Compared to In-Center Hemodialysis Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. Kidney Med. 2020;2(2):139-154

24. Al Salmi I, Kamble P, Lazarus ER, D'Souza MS, Al Maimani Y, Hannawi S. Kidney Disease-Specific Quality of Life among Patients on Hemodialysis. International Journal of Nephrology. 2021;2021:8876559. doi: 10.1155/2021/8876559

25. Fukushima RLM, Menezes ALC, Inouye K, Pavarini SCI, Orlandi FS. Quality of life and associated factors in patients with chronic kidney disease on hemodialysis. Acta Paul Enferm. 2016;29(5):518-24

FINANCIACIÓN

Proyecto DIUFRO fondos propios DI1-019. Universidad de La Frontera.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Edith Rivas-Riveros.

Curación de datos: Miguel Ángel López-Espinoza.

Análisis formal: Miguel Ángel López-Espinoza.

Adquisición de fondos: Edith Rivas-Riveros.

Investigación: Edith Rivas-Riveros, Miguel Ángel López-Espinoza.

Metodología: Edith Rivas-Riveros, Miguel Ángel López-Espinoza.

Administración del proyecto: Edith Rivas-Riveros.

Recursos: Edith Rivas-Riveros.

Software: Miguel Ángel López-Espinoza.

Supervisión: Edith Rivas-Riveros.

Validación: Miguel Ángel López-Espinoza.

Visualización: Miguel Ángel López-Espinoza.

Redacción - borrador original: Edith Rivas-Riveros, Miguel Ángel López-Espinoza.

Redacción - revisión y edición: Edith Rivas-Riveros, Miguel Ángel López-Espinoza.