Chapter 06 / Capítulo 06

Health and Professional Practice in Argentina: Applied Research in Patient Care, Workforce Training, and Health Interventions (Spanish Version)
ISBN: 978-9915-704-12-8
DOI: 10.62486/978-9915-704-12-8.ch06
Pages: 54-69

©2025 The authors. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY) 4.0 License.

Health-related quality of life level according to length of treatment in hemodialysis patients / Nivel de calidad de vida relacionada con la salud según antigüedad de tratamiento en pacientes hemodializados

Carmen Centurión[1], Daiana Foco[1]

[1]Universidad Abierta Interamericana, Licenciatura en Enfermería. Rosario, Argentina.

ABSTRACT

Chronic kidney disease has become a social health problem due to the increase in the incidence of cases and the physical, mental, social, and economic impact that both the disease and long-term renal replacement therapy have on patients. This situation became apparent in a hemodialysis unit and prompted a description of the level of health-related quality of life (HRQoL) of hemodialysis patients in relation to the length of time they have been undergoing treatment. A quantitative approach was taken with 15 adult patients who agreed to participate in the study. A survey was conducted using the WHOQOL-BREF Quality of Life Scale, which measured the overall average HRQoL and its physical-environmental, psychological, and social domains. The questionnaire was completed with relevant sociodemographic information and was pilot tested on five patients. The overall perception of HRQoL among patients showed no differences between a group of patients with more than three years of treatment and another with less than three years, and patients rated their quality of life as normal but expressed feeling somewhat dissatisfied with their health status. In addition, both groups reported rarely having negative feelings. The physical-environmental condition was perceived as normal, with both groups reflecting a greater influence on pain, while those who had been in treatment longer felt a greater need for treatment and had a better perspective on the meaning of life. The social domain revealed a deficit in leisure and activity in both groups; on the other hand, a better acceptance of physical appearance was noted in patients who had been in treatment longer. In the psychological domain, patients with less time in treatment showed dissatisfaction in most indicators, while those with more time shared a deficient assessment of sexual satisfaction but had a better perception of the conditions of the place where they live and the rest of the psychological domains.

Keywords: Chronic Kidney Disease; Hemodialysis; Health-Related Quality of Life.

RESUMEN

La nefropatía crónica se ha transformado en un problema social de salud por el aumento en la incidencia de casos y el impacto físico, mental, social y económico que generan en los pacientes tanto la enfermedad como el tratamiento sustitutivo renal de larga data. En una Unidad de Hemodiálisis se visibilizó esta situación y motivó a describir cuál es el nivel de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de los pacientes hemo dializados con relación a la antigüedad del tratamiento que realizan. El abordaje fue cuantitativo sobre 15 pacientes mayores de edad que aceptaron participar del estudio. Se aplicó la técnica de encuesta utilizando como instrumento la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF que relevó la media general de CVRS y sus dominios físico- ambiental, psíquico y social, y se completó el cuestionario con información

socio- demográfica de interés; el cuestionario tuvo una prueba piloto en 5 pacientes. La percepción de CVRS general que tuvieron los pacientes no mostró diferencias entre un grupo de pacientes con más de tres años de tratamiento y otro con menos de tres años y los pacientes calificaron su calidad de vida como normal, pero expresaron sentirse un poco insatisfechos con su calidad de salud. Además, ambos grupos expresaron que raramente tienen sentimientos negativos. La condición físico-ambiental tuvo una perspectiva de normalidad donde ambos grupos reflejaron una mayor influencia del dolor, en tanto los más antiguos sintieron mayor necesidad del tratamiento y tuvieron una mejor perspectiva del sentido de la vida. El dominio social reveló un déficit en el ocio y la actividad en ambos grupos; por su parte, pudo relevarse una mejor aceptación de la apariencia física en los pacientes con mayor antigüedad. En el dominio psicológico, los pacientes con menor antigüedad en el tratamiento mostraron insatisfacción en la mayoría de los indicadores, los más antiguos compartieron una valoración deficitaria en la satisfacción sexual, pero tuvieron una mejor percepción de las condiciones del lugar donde viven y del resto de los dominios psicológicos.

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica; Hemodiálisis; Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

INTRODUCCIÓN

En el Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Reina Sofía (HURS) de Córdoba (España), Merino-Martínez et al.[1] realizaron un estudio con el objetivo de analizar la CVRS en pacientes en hemodiálisis crónica (HDC) y su relación con la ansiedad y la depresión. Para ello, se utilizaron el cuestionario KDQOL-SF para CVRS y el cuestionario Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg en 122 pacientes. Los resultados mostraron una mediana del tiempo en HD de 39,5 meses donde el sexo femenino mostro asociación entre el tiempo en hemodiálisis, la comorbilidad asociada y la peor calidad de vida. En el KDQOL, las dimensiones más afectadas fueron: Situación Laboral, Carga de la Enfermedad Renal, Función Sexual y Sueño, mientras que las dimensiones del cuestionario SF, mostraron mayores inconvenientes en Rol Físico, Salud General y Función Física. La ansiedad y la depresión se asociaron de forma significativa a peores puntuaciones en todas las dimensiones del cuestionario KDQOL- SF. Los autores concluyeron que esta disminución de la calidad de vida está relacionada con la probabilidad de padecer ansiedad y/o depresión.[1,2,3]

Una investigación documental realizada en Ecuador por Cevallos-Tapia et al.[2] tuvo el objetivo de discernir las situaciones físicas, psicoemocionales, sociales y económicas de los pacientes con tratamiento terapéutico de HD con relación a la calidad de vida de los mismos. Los resultados mostraron una compleja variedad de factores que afectan la CVRS tales como la edad, el sexo, el nivel educacional y socioeconómico, el estado civil, la comorbilidad asociada, la depresión, la ansiedad y la incertidumbre sobre el futuro. Un ejemplo paradójico en la historia contemporánea ha mostrado casos de pacientes con enfermedades terminales que se convierten en motivadores de vida. En cuanto al factor económico, se han encontrado algunas respuestas a partir de la solidaridad social y el aporte gubernamental. Se concluye la centralidad del entorno social en el apoyo psicoemocional, social, físico y económico en la percepción de calidad de vida del paciente.[4,5,6]

En 2017, estudios investigaron la “Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis” en un Hospital General en Ciudad Victoria

(México). Realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y trasversal con el objetivo de evaluar dicha calidad de vida en 60 pacientes en tratamiento de HD que fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por disponibilidad. Se utilizó el instrumento Kidney Disease Quality of Life versión abreviada del KDQOLTM y los resultados revelaron que los pacientes percibieron una baja calidad de vida en un 40,79 % mientras que un 31,11 % la percibió como alta y un 28,10 como media. El dominio físico resultó como más afectado (48,3 %) junto al dominio social (41,6 %). Como contraparte, el dominio psicológico tuvo buenos resultados y los pacientes expresaron sentirse tranquilos por considerar al tratamiento un elemento que mejora sus vidas. Los autores concluyen que el análisis de la calidad de vida desde un abordaje holístico permite individualizar dimensiones de trabajo para las acciones de cuidado.[7,8,9]

Capote Leyva et al.[3] realizaron en La Habana (Cuba) un estudio con el objetivo de evaluar la influencia de la calidad de vida en la morbilidad de pacientes en HD periódica intermitente. Tuvo diseño descriptivo, prospectivo, analítico y de corte transversal sobre 84 pacientes con más de tres meses de tratamiento con HD periódica intermitente en un período de seguimiento de 12 meses. Se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario para calidad de vida en pacientes con enfermedad renal para relevar las variables edad, sexo, tiempo de tratamiento sustitutivo de la función renal, índice de morbilidad, tipo de morbilidad en HD e índice de ingreso hospitalario. Los resultados mostraron el predominio de los pacientes menores de 60 años, masculinos, de nivel escolar alto, con hipertensión arterial como causa principal de la insuficiencia renal con morbilidades más frecuentes como escalofríos, hipotensión arterial, hipertensión arterial y complicaciones asociadas al acceso vascular. Se pudo concluir que el cuestionario KDQOL-SFTM versión 1.3 resultó útil para evaluar la CVRS existiendo concordancia con estudios internacionales referentes al tema donde los pacientes con peores puntuaciones se asocian a mayor morbilidad y hospitalización. Partida Ponce et al.[4] realizaron un estudio con diseño basado en etnografía institucional como parte de una evaluación cualitativa de la atención al enfermo renal en hemodiálisis y con el objetivo de identificar los desafíos, dilemas y satisfacciones que presentan los profesionales de enfermería de la Unidad de Hemodiálisis (UHD) durante el cuidado al enfermo renal. Se seleccionaron, mediante muestreo intencional, nueve enfermeros con más de un año de antigüedad que ofrecieron información durante entrevistas semiestructuradas. Los resultados mostraron que los enfermeros encuentran como desafío tres aspectos distintos del cuidado: la compleja condición física y emocional de sus pacientes, la interacción con la tecnología para brindar el cuidado y la situación de afrontamiento del sufrimiento y de la muerte de los pacientes con quienes han establecido un vínculo profesional durante algún tiempo. En cuanto a los dilemas que se presentan, expresaron tener que dar tratamiento a pacientes que se niegan a recibirlo y ser testigos de los costos personales y familiares que conlleva dicho tratamiento en contraste con la calidad de vida de algunos pacientes. Como contraparte, las principales satisfacciones son encontradas en el trabajo colaborativo, la dotación de recursos suficientes en el dominio ambiental de la UHD y la confianza y reconocimiento que implica ser asignados a un desempeño con tanta autonomía. Los autores concluyeron que, ante una situación de salud irreversible, se vuelve importante lograr una mejor adherencia al tratamiento y a las acciones de autocuidado. Con un estudio de este tipo, el profesional enfermero se beneficiará al incorporar nuevos conocimientos o al actualizar los preexistentes para lograr mejorar el nivel de atención en el tratamiento de esta enfermedad, al tiempo que se profundizará en el conocimiento de las necesidades de los pacientes y sus entornos familiares.[10,11,12]

Así, los antecedentes muestran que las acciones dirigidas a tratar los síntomas depresivos y de ansiedad, las complicaciones y la baja adhesión a la medicación en el paciente en HD (en

el contexto de importancia que adquiere el apoyo psicoemocional y social) tiene un impacto beneficioso en la percepción de CVRS del paciente. Por lo tanto, un estudio que mejore el conocimiento sobre la problemática resulta relevante y de interés tanto para los profesionales enfermeros como para los pacientes y sus familias. Por otra parte, la experiencia profesional ha generado la inquietud de si la antigüedad en el tratamiento puede generar diferencias en la percepción de dicha CVRS y la relevancia teórica del presente estudio puede aportar información a esta brecha en el conocimiento.[13,14,15]

¿Qué nivel de Calidad de Vida Relacionada con la Salud según antigüedad de tratamiento tenían los pacientes hemodializados en una Unidad de Hemodiálisis de la ciudad de Rosario durante diciembre de 2022?

Objetivo

Describir el nivel de Calidad de Vida Relacionada con la Salud según antigüedad de tratamiento que tenían los pacientes hemodializados en una Unidad de Hemodiálisis de la ciudad de Rosario durante diciembre de 2022.

MÉTODO

Diseño

Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo para medir un fenómeno y representar las cantidades de esa medición con herramientas estadísticas. Se ejecutó un estudio de tipo descriptivo para exponer el nivel de Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los pacientes en hemodiálisis y los dominios de la CVRS con relación a la antigüedad del tratamiento.

Además, tuvo un corte transversal porque se aborda lo que está sucediendo en dicho grupo de pacientes en un momento determinado en diciembre de 2022.

Área de estudio

El centro de alta complejidad donde se realizó el estudio se encuentra incorporado a un hospital fundado hace más de 100 años debido a la demanda de atención de la salud por parte de inmigrantes, para sí mismos y sus descendientes. Su construcción fue erigida sobre terrenos donados por el Dr. Rafael Calzada. Bajo su misión de alcanzar los más altos estándares de calidad y eficiencia, se estableció como un referente de la actividad tanto asistencial como de formación de nuevos profesionales.[5]

En 1998, la Asociación Médica de Rosario (AMR) asume su dirección pasa a formar parte de la Red AMR, red Prestacional y Social fundada en 1932 con el objetivo de defender el trabajo médico legítimo. Desde su cambio de gestión, el hospital ha iniciado un proceso de modernización y adecuación funcional, logrando incorporar nuevas tecnologías y cuadruplicando el número de camas disponibles para internación.[6,16,17]

Dentro del hospital existen un gran número de servicios especializados en la atención médica de salud; entre ellos está el Servicio de Nefrología y Hemodiálisis a cargo de una empresa de procedencia alemana considerada líder mundial y es el mayor prestador asistencial de servicios de diálisis nacional, a la vez que fabrica, distribuye y exporta dichos productos. Esta UDH donde se propone realizar esta investigación tiene una capacidad real de 23 sillones por cada turno para el tratamiento y cuidados que requiera la enfermedad durante las horas realizadas. Además, es reconocido como centro de alta complejidad, ya que el tratamiento trata de una mejor calidad de vida de cada paciente, tiene capacitación continua para todo el personal

activo a través de cursos online. La atención está dirigida a los pacientes renales crónicos en sus diversos estadios y vincula las áreas de prevención, acción clínica temprana, terapias sustitutivas y trasplante; a la vez que desarrolla acciones en el campo del cuidado de pacientes en riesgo de enfermedad renal avanzada.[18,19,20]

Población

La población estuvo conformada por todos los pacientes en HDC del sitio de investigación descripto y que concurren durante el turno de la mañana, resultando un total de 15. Debido a que la población de estudio no fue numerosa, pudo accederse al total de los pacientes que se dializaron durante diciembre de 2022.

Para llevar a cabo el estudio de campo fueron criterios de inclusión ser mayor de 18 años y encontrarse en HDC durante el turno mañana. Fue criterio de exclusión que los pacientes que no estuvieran en condiciones de responder el cuestionario o que no completen el consentimiento informado.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se aplicó la técnica de encuesta utilizando como instrumento la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF en su versión española de la adaptación del Servicio Andaluz de Salud y que fuera validada para el idioma por Espinoza et al.[7]. La escala constó de 26 preguntas que relevaron la CVRS que refieren los pacientes en sus dominios físico, ambiental, psíquico y social. Se completó el cuestionario con información sociodemográfica de interés como sexo, edad, fecha que inició su tratamiento en hemodiálisis, nivel de formación, situación laboral, tipo de ayuda económica que recibe, familiares convivientes y referente que lo asiste. El instrumento fue validado en 5 pacientes durante el mes de noviembre, previo al estudio y pudo verificarse que los planteos se comprendían y que el completado no presentaba dificultad y podía completarse en unos minutos.[21]

Consideraciones éticas

Se solicitó y obtuvo por escrito el consentimiento informado de todas las personas que autocompletaron el instrumento. Al invitarlas a participar en la investigación, se les comunicó la información acerca de la finalidad, duración, metodología y los criterios de finalización de su participación, enfatizando el derecho a retirarse en cualquier momento de esta, si así lo deseaban. Con el propósito de preservar la confidencialidad de la información proporcionada, se codificaron todos los datos que permitieran identificar al participante con el fin de proteger los datos personales, resguardar su identidad y asegurar su anonimato. Se expresaron claramente el compromiso de guardar la debida confidencialidad sobre los datos personales de los participantes en el proyecto, tanto en los procesos de su obtención, tratamiento y conservación, como en la posterior publicación de los resultados.[22]

RESULTADOS

Para comenzar la descripción de las características sociodemográficas de los pacientes, resultaron un total de 15 encuestados con una mayoría de hombres y un promedio de edad de 58,9 años en un rango entre 40 y 79. Un poco más de la mitad de los encuestados tenían 59 años o menos.

	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Masculino	10	**66,66**
Femenino	5	33,33
Edad		
59 años o menos	8	**53,33**
60 a 69 años	5	30,00
70 años o más	2	13,33
Estudios		
Primarios	4	26,66
Secundarios	7	**46,66**
Terciarios	3	20,00
Universitario	1	6,66

Figura 1. Características sociodemográficas género, edad y estudio de los pacientes encuestados. Frecuencias absolutas y porcentajes

El promedio de edad (58,9 años) y el predominio de grupo etario (59 años o menos) resultaron similares a los hallados por Capote Leyva et al.[3] pero resultaron menores a los de Pretto et al.[8], donde los 60 años fue una edad predominio para el inicio de HD en pacientes. Sin embargo, se coincide con los autores citados en el predominio del género masculino y del nivel de escolaridad medio y alto. Más de la mitad de los pacientes encuestados tenían escolaridad secundaria o terciaria completa, Merino-Martínez et al.[1] afirman que las herramientas cognitivas permiten alcanzar una mejor calidad de vida.

Por su parte, la Sociedad Argentina de Nefrología (SAN) ha publicado que la prevalencia de ERC aumenta con la edad donde un estimado del 25 % de las personas entre 65 y 75 años, y la mitad de los mayores de 75 padecen algún grado de deterioro de la función renal, siempre con predominio masculino (151 versus 95 ppm respectivamente). La edad promedio de los incidentes de ingreso a HD fue de 59 años hacia 2020, y significó una disminución importante respecto a los años precedentes, según opinan varios autores, producto de la mortalidad de los pacientes más añosos durante la pandemia.[9]

En continuidad con la descripción de las características sociodemográficas de los pacientes, un poco más de la mitad son jubilados. Cuatro pacientes (27 %) reciben ayuda gubernamental extra con asignación de pensiones, tres de tipo graciable y una por discapacidad. La mayoría de los pacientes tiene contención afectiva de tipo familiar y los dos pacientes que viven solos procuran asistencia en terceros.

Estos resultados confirman las estimaciones generales de predominio de pacientes en HD convivientes con cónyuge o familia y en situación de jubilación o pensión.[8]

	Frecuencia	Porcentaje
Situación laboral		
Jubilado/a	8	**53,33**
Pensionado/a	4	26,66
Ama de casa	3	20,00
Activo/a	2	13,33
Recibe ayuda		
No	11	**73,33**
Sí	4	26,66
Convivientes		
Cónyuge	8	**53,33**
Familia	3	20,00
Madre o hermano	2	13,33
Solo	2	13,33

Figura 2. Características sociodemográficas situación laboral, ayuda económica y convivientes de los pacientes encuestados. Frecuencias absolutas y porcentajes

	Fecha de inicio HD	Meses de antigüedad en HD
Paciente 1	nov-15	86
Paciente 2	sep-16	76
Paciente 3	may-18	56
Paciente 4	jul-18	54
Paciente 5	nov-18	50
Paciente 6	dic-18	49
Paciente 7	jul-19	42
Paciente 8	sep-19	40
Paciente 9	may-20	32
Paciente 10	jul-20	30
Paciente 11	jun-21	19
Paciente 12	oct-22	3
Paciente 13	dic-22	1
Paciente 14	dic-22	1
Paciente 15	dic-22	1

Figura 3. Fecha de inicio de HD y antigüedad del tratamiento en los pacientes encuestados

Las fechas de inicio de tratamiento se distribuyeron entre noviembre de 2015 y diciembre de 2022 comprendiendo un lapso de 7 años y 2 meses (86 meses). De esta manera, hubo 8 pacientes en HD entre 2015 y 2019 con una antigüedad de tratamiento entre 40 y 86 meses (mayor de tres años) y 7 pacientes desde 2020 a la fecha (diciembre 2022) con una antigüedad entre 1 y 32 meses (menor de tres años). Para comparar ambos grupos se los referirá como pacientes de mayor antigüedad y pacientes de menor antigüedad, respectivamente.

Para determinar el nivel de la CVRS y sus dominios, se asignó puntaje a las respuestas en una escala tipo Likert, se sumaron y se promediaron por el total de encuestas, de manera que pudo obtenerse la categoría de respuesta promedio resultante por cada indicador.

	Más antiguos	Menos antiguos
Califique su calidad de vida	normal	normal
Satisfacción con su salud	un poco insatisfecho/a	un poco insatisfecho/a

Figura 4. Nivel de CVRS percibida por los pacientes según antigüedad del tratamiento

En cuanto el nivel de la CVRS, la calificación de calidad de vida percibida por los pacientes no mostró diferencia entre los grupos y alcanzó el valor intermedio de la escala (normal). Estos resultados son mejores que los publicados en Rivera-Vázquez et al.[10] donde se describen resultados de baja calidad de vida en un 41 % de sus casos estudiados, o en Pretto et al.[8] que alcanzaron una media general de nivel de CVRS del 63 % de los casos.

En cuanto a la satisfacción con su salud, tampoco hubo diferencia entre los dos grupos de pacientes y alcanzaron un estadio inferior respecto de la calidad de vida (un poco insatisfecho/a). Parece importante contrastar estos resultados con la advertencia de Merino-Martínez et al.[1] quienes aceptan la importancia del empleo de medidores de CVRS, pero proponen que las mediciones deberían compararse con los mismos indicadores aplicados a la población no HD, de manera de evaluar comparativamente de manera más precisa la percepción de calidad de vida y calidad de salud.

	Valor total respuestas	Media	Valor Likert
Grupo más antiguo	19	2,37	**raramente**
Grupo menos antiguo	20	2,85	**raramente**

Figura 5. Emociones negativas percibidas en las últimas dos semanas según antigüedad del tratamiento de los pacientes

Sobre las emociones percibidas en las últimas dos semanas, el promedio de valoración de respuestas para ambos grupos reveló que, raramente, tuvieron sentimientos negativos. No obstante, los de menor antigüedad mostraron una tendencia a alcanzar la categoría superior de percepción (moderadamente).

Respecto de esta tendencia, Pretto et al.[8] advierten la importancia de monitorear este tipo de emociones porque son predictores de síntomas depresivos, complicaciones y baja adhesión a la medicación; Merino-Martínez et al.[1] acuerdan que los dominios psicosociales son variables fundamentales y determinativas donde la depresión es factor predictor de deterioro de la CVRS.

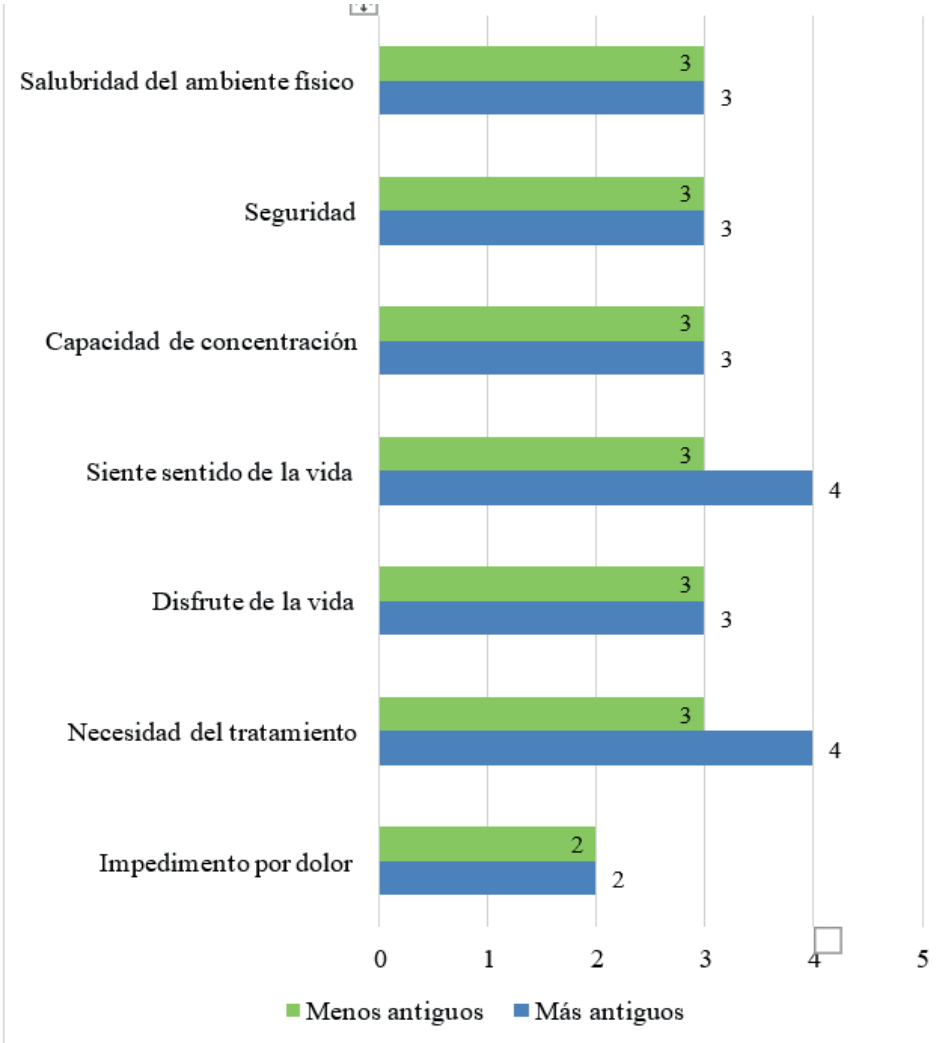

Figura 6. Dominio físico-ambiental de los pacientes para realizar actividades en las últimas dos semanas según antigüedad del tratamiento

Sobre la condición físico-ambiental en las últimas dos semanas, los pacientes expresaron que predominó una perspectiva de normalidad (valor 3) para realizar actividades como mantener la salubridad del ambiente, las condiciones de seguridad, la capacidad de concentración y el disfrute de la vida. El dolor solamente representó un poco (valor 2) de impedimento para hacer actividades. Los más antiguos sintieron mayor necesidad del tratamiento, pero tuvieron una mejor perspectiva del sentido de la vida (valor 4 en ambos casos).

Estos resultados contrastan con los hallazgos de Pretto et al.[8] y Merino- Martínez et al.[1] donde las limitaciones por problemas físicos hicieron que el componente físico promedio fuera más bajo que los demás componentes; o el de Rivera-Vázquez et al.[10] donde el dominio físico-ambiental resultó afectando a casi a mitad de su población de estudio.

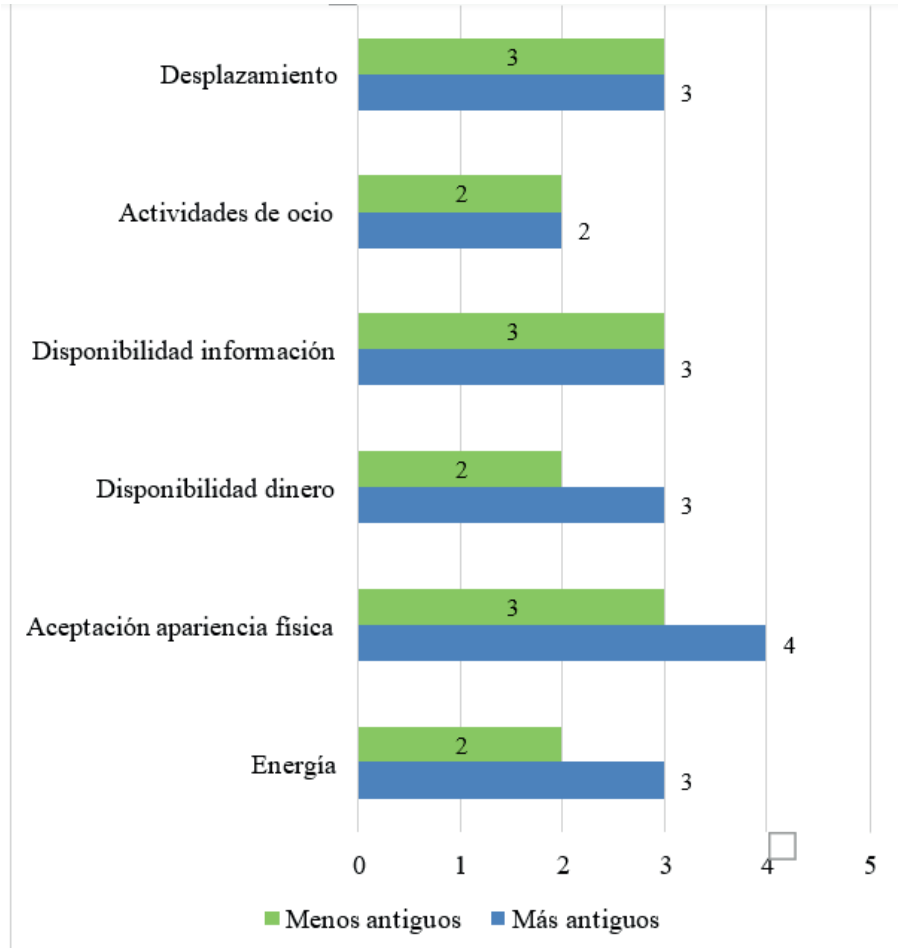

Figura 7. Dominio social de los pacientes para realizar actividades en las últimas dos semanas según antigüedad del tratamiento

En cuanto al dominio social, ambos grupos de pacientes pudieron realizar solamente un poco de actividades de ocio (valor 2), pero las actividades de desplazamiento y de acceso a la información tuvieron un nivel normal (valor 3). Los pacientes menos antiguos tuvieron una menor disponibilidad de dinero y de energía (un poco, valor 2) en relación a los pacientes más antiguos que revelaron una disponibilidad normal (valor 3). Los pacientes con mayor antigüedad tuvieron bastante aceptación de la apariencia física (valor 4).

Así como se señaló que las herramientas cognitivas permitían mejor la CVRS, Merino-Martínez et al.[1] sostienen que la calidad de las relaciones sociales del paciente es central en el mismo sentido. Estas herramientas cognitivas y sociales de los pacientes podrían explicar resultados dispares, aún en situaciones clínicas y de tratamiento muy semejantes. Rivera-Vázquez et al.[10] observan resultados donde el deterioro físico tiene mejor tolerancia cuando el dominio social está desarrollado. Merino-Martínez et al.[1] concluyen que la centralidad del entorno social en el apoyo psicoemocional, físico y económico del paciente en HD son fundamentales en la percepción de calidad de vida y de salud.

Para finalizar, respecto del dominio psicológico, nuevamente los menos antiguos mostraron niveles inferiores. Ambos grupos se sintieron un poco insatisfechos en su vida sexual (valor 2) y definieron como lo normal (valor 3) el apoyo de los amigos y la satisfacción consigo mismos. Los pacientes con mayor antigüedad definieron como lo normal (valor 3) el acceso a transportes y servicios de salud, las relaciones personales, las capacidades para el trabajo y la vida diaria, y para el descanso. Por su parte, los pacientes con menor antigüedad en tratamiento se percibieron un poco insatisfechos respecto de estos mismos dominios psicológicos. Los pacientes con mayor antigüedad también valoraron mejor el lugar donde viven y manifestaron sentirse bastante satisfechos (valor 4).

Partida Ponce et al.[4] creen que el mayor desafío en este tipo de pacientes se encuentra cuando es compleja tanto la condición física como emocional; la función sexual y el sueño suelen estar más afectados.[1]

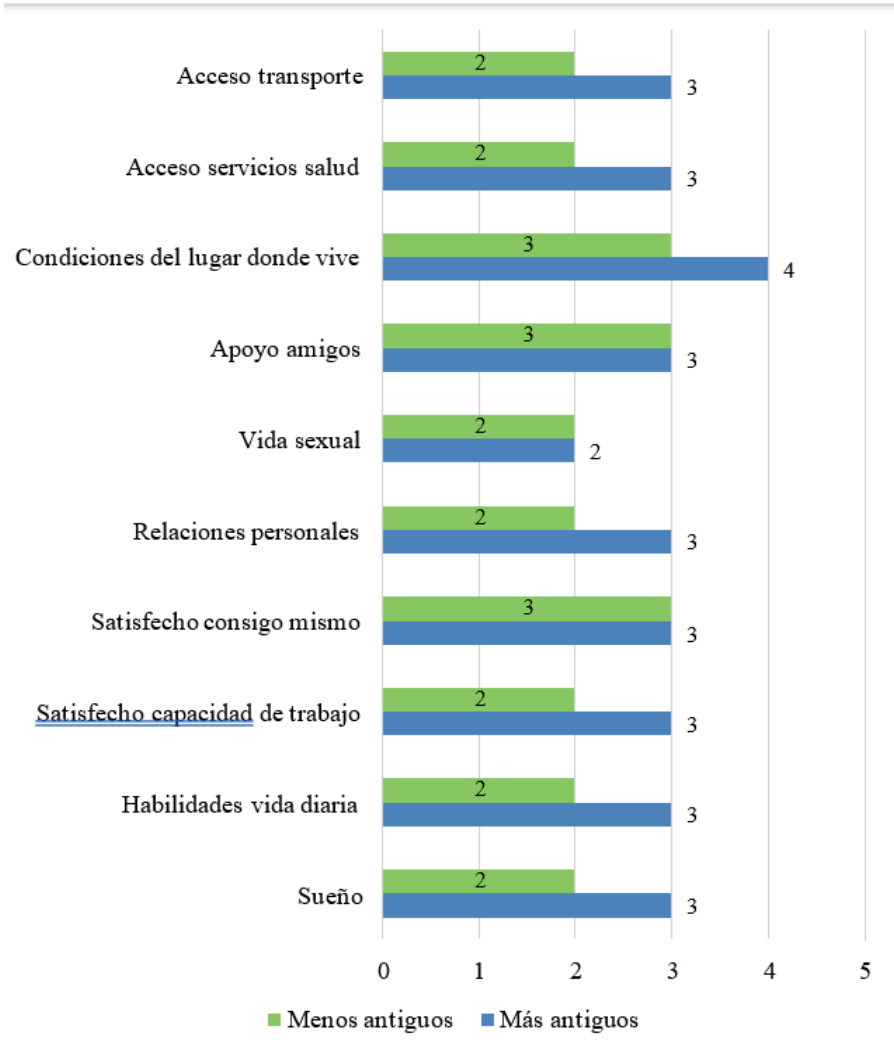

Figura 8. Dominio psicológico de los pacientes para realizar actividades en las últimas dos semanas según antigüedad del tratamiento

CONCLUSIONES

La población en estudio estuvo conformada por 15 pacientes en HD encuestados que confirmaron tendencias nacionales sociodemográficas respecto del predominio de hombres, con 59 años o menos, nivel educativo secundario o superior, en convivencia con cónyuge o núcleo familiar, y jubilado o pensionado.

La percepción de CVRS general que tuvieron los pacientes de una Unidad de Hemodiálisis de la ciudad de Rosario durante diciembre de 2022 no mostró diferencias entre un grupo de pacientes con más de tres años de tratamiento y otro con menos de tres años. Los pacientes calificación su calidad de vida como normal, pero expresaron sentirse un poco insatisfechos con su calidad de salud. Además, ambos grupos expresaron que raramente tienen sentimientos negativos.

La condición físico-ambiental tuvo una perspectiva de normalidad donde ambos grupos reflejaron cierta influencia del dolor en las actividades diarias, en tanto los más antiguos sintieron mayor necesidad del tratamiento y tuvieron una mejor perspectiva del sentido de la vida.

El dominio social reveló un déficit en el ocio y la actividad en ambos grupos, y un déficit de energía y de dinero para la vida diaria en los pacientes menos antiguos. Por su parte, pudo relevarse una mejor aceptación de la apariencia física en los pacientes con mayor antigüedad.

En el dominio psicológico, los pacientes con menor antigüedad en el tratamiento mostraron insatisfacción en la mayoría de los indicadores, los más antiguos compartieron una valoración deficitaria en la satisfacción sexual, pero tuvieron una mejor percepción de las condiciones del lugar donde viven.

Los datos muestran algunas percepciones en común entre dos grupos con distinta antigüedad en el tratamiento hemo dialítico; con un mejor estado psicológico y emocional, de aceptación física, del hábitat y del sentido de la vida por parte de quienes superan los tres años de tratamiento. Según referencias teóricas, estas fortalezas psicosociales serían la explicación de los mejores resultados de dominio físico ambiental. Es posible que el transcurso del tiempo de tratamiento sea necesario para construir y ordenar ambos dominios.

Por otra parte, el déficit en el dominio psicológico de los hemodializados con menor antigüedad debe generar una intervención pronta dada la importancia que tiene como predictor de deterioro general y de presentación de fenómenos depresivos. Según los aportes de otros autores, es posible que los pacientes con un tratamiento más antiguo hayan tenido.

Se concluye que la técnica de recolección de datos y el instrumento utilizado permitieron obtener la información suficiente y amplia para cumplir los objetivos propuestos y tener una mayor aproximación a la perspectiva de los pacientes.

Como recomendaciones, debe considerarse que la calidad de las relaciones sociales del paciente incluye el espacio social de HD, por lo que la actitud del equipo de la unidad es un recurso que debe estar disponible para los pacientes. El rol de Enfermería dispone de la valoración frecuente de los parámetros de capacidad funcional que le permiten, junto al paciente, explorar alternativas para satisfacer sus necesidades y buscar mejorar su CVRS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Merino-Martínez RM, Morillo-Gallego N, Sánchez-Cabezas AM, Gómez-López VE, Crespo-Montero R. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. Enferm Nefrol. 2019;22(3):274-283. https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v22n3/2255-3517-enefro-22-03-274.pdf

2. Cevallos-Tapia A del R, Anchundia-López A, Vélez-Franco M, Cedeño-Álava C, Santana-Salvatierra Z, Aguilar-Aguilar MA. Calidad de vida en pacientes con tratamiento terapéutico de hemodiálisis. Dominio Cien. 2019;5(1):3-31. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6869946.pdf

3. Capote Leyva E, Ortiz González M, Argudín Selier R, Viada González C, Capote Pereira L, Rupalé I. Calidad de vida relacionada con la salud en la morbilidad del paciente en hemodiálisis periódica. MediSur. 2019;17(1):62-73. http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v17n1/1727-897X-ms-17-01-62.pdf

4. Partida Ponce K, Tejada-Tayabas LM, Chávez González Y, Hernández Haro O, Lozano Zúñiga M, Anguiano Morán AC. El cuidado de enfermería a los enfermos renales en hemodiálisis: desafíos, dilemas y satisfacciones. Rev Esc Enferm USP. 2019;53. https://www.scielo.br/j/reeusp/a/yX3zxJHLnpR9XLXgvwzVH3d/?lang=es

5. Dolce K. El Hospital Español cumple 109 años. Rosario por conocer. 2021. https://www.rosarioporconocer.com/el-hospital-espanol-cumple-109-anos/

6. Asociación Médica de Rosario. Institucional. Rosario: Asociación Médica de Rosario; 2022. https://red.amr.org.ar/institucional/

7. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Rev Med Chil. 2011;139(5):579-586. doi:10.4067/S0034-98872011000500003

8. Pretto C, Winkelmann E, Hildebrandt L, Barbosa D, Colet CF, Fernandes Stumm E. Calidad de vida de pacientes renales crónicos en hemodiálisis y factores relacionados. Rev Latino-Am Enfermagem. 2020;28:e3327. https://www.scielo.br/j/rlae/a/9JDNyTBwTMqt4br7svXJT4v/?format=pdf&lang=es

9. Marinovich S, Bisigniano L, Rosa Diez G, Hansen Krogh D, Celia E, Tagliafichi V, Fayad A, Haber Shaalo V. Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2020. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Nefrología; 2021. https://www.san.org.ar/wp-content/uploads/docs/Registro%20Argentino%20de%20Di%C3%A1lisis%20Cr%C3%B3nica%202020%20(SAN%20-%20INCUCAI).pdf

10. Rivera-Vázquez P, Rojas W. Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Revistas UPCH. 2017;10(2). https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3362/3501

11. Alcalde-Bezhold G, et al. Guía de unidades de hemodiálisis 2020. Nefrologia. 2021;41(Suppl 1):1-78. doi:10.1016/j.nefro.2021.07.011. https://revistanefrologia.com/es-guia-unidades-hemodialisis-2020-articulo-S0211699521001685

12. Costa G, Pinheiro MB, Medeiros S, Costa R, Cossi M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Enferm Glob. 2016;15(43):59-73. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300003

13. Fresenius Medical Care. Fresenius Medical Care en Argentina. 2022. https://www.freseniusmedicalcare.com.ar/es-ar/quienes-somos/fresenius-medical-care-en-argentina

14. Hospital Español. Servicio de Nefrología y Hemodiálisis. 2022. https://he.amr.org.ar/servicios/dialisis/

15. Latarjet M, Ruiz Lyard A. Anatomía humana. 4a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2007.

16. Malkina A. Enfermedad renal crónica o nefropatía crónica. Manual MSD. 2022. https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-renales-y-del-tracto-urinario/insuficiencia-renal/enfermedad-renal-cr%C3%B3nica-o-nefropat%C3%ADa-cr%C3%B3nica

17. Marieb E. Anatomía y fisiología humana. 9a ed. Madrid: Pearson Educación; 2008. Capítulo XV, El aparato urinario. https://ifssa.edu.ar/ifssavirtual/cms/files/LIBRO%20IFSSA%20Anatomia.y.Fisiologia.Humana.Marieb%209aed.%20(1).pdf

18. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Los riñones y su funcionamiento. 2018. https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/rinones-funcionamiento

19. Restrepo C, Parra Santacruz C. Anatomía y fisiología renal. Bogotá: Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial; 2019. http://asocolnef.com/wp-content/uploads/2018/12/ANATOMIA-Y-FISIOLOGIA-RENAL.pdf

20. Sellarés V, Luis Rodríguez D. Enfermedad renal crónica. Nefrología al Día. Sociedad Española de Nefrología; 2022. https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136

21. Servicio Andaluz de Salud. Instrumento de evaluación n.º 18 de la publicación "Detección e intervención temprana en las psicosis". Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2010. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/18-WHOQOL-BREF.pdf

22. Télam Digital. Más de 5 millones de personas padecen en Argentina algún grado de enfermedad renal crónica. Télam. 2021 Feb 15. https://www.telam.com.ar/notas/202102/544693

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Carmen Centurión, Daiana Foco.

Curación de datos: Carmen Centurión, Daiana Foco.
Análisis formal: Carmen Centurión, Daiana Foco.
Investigación: Carmen Centurión, Daiana Foco.
Metodología: Carmen Centurión, Daiana Foco.
Administración del proyecto: Carmen Centurión, Daiana Foco.
Recursos: Carmen Centurión, Daiana Foco.
Software: Carmen Centurión, Daiana Foco.
Supervisión: Carmen Centurión, Daiana Foco.
Validación: Carmen Centurión, Daiana Foco.
Visualización: Carmen Centurión, Daiana Foco.
Redacción – borrador original: Carmen Centurión, Daiana Foco.
Redacción – revisión y edición: Carmen Centurión, Daiana Foco.