



DOI: 10.26820/reciamuc/8.(2).abril.2024.154-164

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1362>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 154-164



Calidad de vida de adultos con enfermedad diabética renal en tratamiento con hemodiálisis

Quality of life in adults with diabetic kidney disease on hemodialysis

Qualidade de vida em adultos com doença renal diabética em hemodiálise

Fernando Esteban Torres Cardona¹; Hazel Ester Anderson Vásquez²; Stefany Denise Gómez Olaya³

RECIBIDO: 20/11/2023 **ACEPTADO:** 15/01/2024 **PUBLICADO:** 11/06/2024

1. Magíster en Nutrición Clínica; Licenciado en Dietética y Nutrición; Doctorado de la División de Estudios para Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Venezuela; Docente de la Carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; fernando.torresca@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0003-3737-3639>
2. Doctorado de la División de Estudios para Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Venezuela; Docente Titular de la Especialidad en Nutrición Clínica de la Universidad del Zulia; Maracaibo, Venezuela; hazelanderson2001@gmail.com;  <http://orcid.org/0000-0001-8780-4332>
3. Magíster en Nutrición Clínica; Licenciada en Nutrición Dietética y Estética; Docente de la Carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad Estatal de Milagro; Milagro, Ecuador; sgomezo@unemi.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0000-4306-3958>

CORRESPONDENCIA

Fernando Esteban Torres Cardona

fernando.torresca@ug.edu.ec

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La enfermedad renal crónica se caracteriza por la pérdida progresiva e irreversible de la funcionalidad del riñón, esto afecta a la calidad de vida del paciente que se encuentra en tratamiento de hemodiálisis, el objetivo principal de esta investigación fue evaluar la calidad de vida al inicio y después de seis meses de tratamiento con hemodiálisis. La muestra estuvo conformada por 73 pacientes, sometidos a terapia de reemplazo a quienes se aplicó al inicio, a los tres y a los seis meses de tratamiento de hemodiálisis, el cuestionario SF-36, con las escalas: función física, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Se pudo determinar que al inicio en el género masculino el 73,3% de los sujetos tenía una calidad media y 2,2% calidad alta, observándose a los 6 meses que el 48,9% tenía una calidad de vida alta y 51,1% una calidad de vida media. En el género femenino al inicio el 75% de las mujeres tenía una calidad media y 4,2% calidad alta, observándose a los 6 meses que el 66,6% tenía una calidad de vida media y 33,4% una calidad de vida alta. Se encontró una diferencia significativa al final del período que reflejó mejoría de la calidad de vida con la terapia médico nutricional. Se concluye que estos sujetos presentaron una mejoría en la calidad de vida en su terapia de reemplazo Hemodiálisis después de 6 meses de un tratamiento médico nutricional.

Palabras clave: Calidad de vida, Hemodiálisis, Dieta, Enfermedad renal crónica.

ABSTRACT

Chronic kidney disease is characterized by the progressive and irreversible loss of kidney functionality, this affects the quality of life of the patient undergoing hemodialysis treatment. The main objective of this research was to evaluate the quality of life at the beginning and after six months of hemodialysis treatment. The sample was made up of 73 patients, undergoing replacement therapy, to whom the SF-36 questionnaire was applied at the beginning, three and six months of hemodialysis treatment, with the scales: physical function, body pain, general health, vitality, social function, emotional role and mental health. It was determined that at the beginning in the male gender, 73.3% of the subjects had a medium quality of life and 2.2% had a high quality, observing at 6 months that 48.9% had a high quality of life and 51.1% an average quality of life. In the female gender, at the beginning, 75% of the women had an average quality of life and 4.2% had a high quality, observing at 6 months that 66.6% had an average quality of life and 33.4% had a quality of life. high. A significant difference was found at the end of the period that reflected improvement in quality of life with nutritional medical therapy. It is concluded that these subjects presented an improvement in quality of life in their Hemodialysis replacement therapy after 6 months of nutritional medical treatment.

Keywords: Quality of Life, Hemodialysis, SF-36 Questionnaire, Chronic Kidney Disease.

RESUMO

A doença renal crônica é caracterizada pela perda progressiva e irreversível da funcionalidade dos rins, o que afeta a qualidade de vida do paciente em tratamento hemodialítico. O principal objetivo desta pesquisa foi avaliar a qualidade de vida no início e após seis meses de tratamento hemodialítico. A amostra foi composta por 73 pacientes, em terapia substitutiva, aos quais foi aplicado o questionário SF-36 no início, três e seis meses de tratamento hemodialítico, com as escalas: função física, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social, papel emocional e saúde mental. Foi determinado que no início, no sexo masculino, 73,3% dos sujeitos tinham uma qualidade de vida média e 2,2% uma qualidade alta, observando-se aos 6 meses que 48,9% tinham uma qualidade de vida alta e 51,1% uma qualidade de vida média. No sexo feminino, no início, 75% das mulheres tinham uma qualidade de vida média e 4,2% uma qualidade alta, observando-se aos 6 meses que 66,6% tinham uma qualidade de vida média e 33,4% uma qualidade de vida alta. Foi encontrada uma diferença significativa ao final do período que refletiu a melhora da qualidade de vida com a terapia médica nutricional. Conclui-se que esses sujeitos apresentaram uma melhora na qualidade de vida em sua terapia de reposição hemodialítica após 6 meses de tratamento médico nutricional.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Hemodiálise, Questionário SF-36, Doença Renal Crônica.

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) en el adulto constituye un importante desafío para la salud mundial, se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal, que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular (FG) $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ sin otros signos de enfermedad renal (KDIGO, 2024; García Montemayor et al, 2019).

Se le considera el destino final común a una constelación de patologías que afectan al riñón de forma crónica e irreversible. Una vez agotadas las medidas diagnósticas y terapéuticas de la enfermedad renal primaria, la ERC conlleva a ERC avanzada, donde con frecuencia más de una causa coexisten y potencian el daño renal entre ellas tenemos: la nefropatía diabética, que es la principal causa de inicio de tratamiento renal sustitutivo (TRS), enfermedad vascular arteriosclerótica, nefroangioesclerosis, nefropatía isquémica entre otros. (Lorenzo et al, 2024, Briones, 2019)

El interés por la calidad de vida existe desde la época de los antiguos griegos. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la introducción en ámbitos como la sanidad es relativamente reciente. La OMS define la calidad de vida (CV), como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro de un contexto cultural en que vive y en relación a sus expectativas, valores e intereses. En estos últimos años, los avances en medicina han hecho que aumente la longevidad y con ello las personas con enfermedades crónicas. Por eso se ha prestado atención a la calidad de vida relacionada con la salud (Segui G. et al, 2010; Lugones Botell 2002).

Este concepto incorpora a la ciencia la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados de salud. Es por eso que el objetivo fundamental en el tratamiento de los pacientes sometidos a diálisis debe ir orientado a conseguir una

calidad de vida óptima y no solo a conseguir una estabilidad en los criterios clínicos. (Segui G. et al, 2010)

Si bien las técnicas de reemplazo renal permiten a las personas con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) prolongar su vida, también afecta la realización de sus actividades cotidianas y a largo plazo su calidad de vida. Las guías Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (Guías K/DOQI) establecen que en el curso de la hemodiálisis se produce un deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes, donde pueden asociarse con factores sociodemográficos (edad, sexo, nivel de educación, situación económica, etc.), con las complicaciones (anemia, malnutrición, etc.), con las enfermedades que la causan (hipertensión, diabetes, etc.) o con el propio deterioro de la función renal. (Saborit OY, 2020)

En la actualidad, el objetivo del tratamiento médico nutricional además de incluir la mejoría del tiempo de supervivencia a través de la hemodiálisis de mantenimiento, también tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los sujetos incluyendo su salud física y mental que pueden estar relacionada con las complicaciones propias de la diálisis, la carga económica, las funciones sociales y el factor emocional que pueden afectar severamente la calidad de vida de estos sujetos (Xie & Song. 2022)

La CV de pacientes con ERC se puede afectar por múltiples características de la enfermedad, tales como la ansiedad provocada por el diagnóstico o los síntomas, comorbilidades y complicaciones. Diversos estudios han evaluado CVRS en pacientes con ERC en diferentes condiciones. (Webster, 2017).

Por otra parte, en una revisión sistemática de 47 estudios que evaluaron CVRS concluyeron que los pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en hemodiálisis y diálisis peritoneal (DP) presentaron deterioro significativo de su calidad de vida, especialmente en las dimensiones físicas y de vitalidad. (Dehesa López E., 2016)

El cuestionario SF 36 es un instrumento internacionalmente reconocido para medir calidad de vida, este instrumento se usó en el estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad; así mismo, se determinaron las normas de comparación para la población de Estados Unidos de América (EUA), y posteriormente se han incorporado en más de 40 naciones. Existen seis versiones de la encuesta SF-36 en castellano, que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México, así como en la población México norteamericana de EUA (Trujillo et al, 2014).

El objetivo principal de esta investigación fue evaluar el impacto de la terapia médico nutricional sobre la calidad de vida de los pacientes que reciben tratamiento de Hemodiálisis, con la finalidad de desarrollar estrategias que permitan una mejor atención nutricional.

Pacientes y método

Se realizó una investigación cuantitativa de tipo correlacional, prospectivo de campo y diseño longitudinal en el Servicio de Hemodiálisis del Instituto del Riñón y Diálisis San Martín (INRIDI) y la Unidad De Hemodiálisis Reynadial ubicados en la ciudad de Guayaquil, Ecuador.

La población estuvo conformada por 150 pacientes con enfermedad renal crónica terminal, y la muestra fue calculada con la fórmula de Sierra Bravo quedando conformada por 73 sujetos que cumplieron los criterios de inclusión: Edad entre 30 a 70 años, ambos géneros y en tratamiento de hemodiálisis. Se consideraron criterios de exclusión: que el sujeto presentara enfermedad incapacitante, tales como: discapacidad mental, discapacidad visual o enfermedades crónicas transmisibles: HIV – Hepatitis C – Hepatitis B.

Todos los procedimientos de investigación se realizaron de acuerdo con la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013). Se obtuvo el consentimiento informado individual por escrito de todos los participantes. El

presente trabajo fue aprobado por la Dirección del Centro de Diálisis Instituto de Riñón y Diálisis INRIDI San Martín, Ecuador y por el Comité de Ética del Doctorado de Ciencias de la Salud de la Universidad del Zulia.

Metodología

Terapia Médico nutricional

Para el manejo de la terapia médico nutricional los pacientes fueron evaluados por un nutricionista responsable del servicio. Se entregó un plan de alimentación personalizado, adecuado a la patología, y que tuviese como objetivos controlar el edema y el desequilibrio electrolítico, lograr y mantener un buen estado nutricional y minimizar desórdenes metabólicos.

El mismo pretendía cubrir como requerimientos nutricionales de energía 35 kcal/Kg/día para mantener el peso y un balance nitrogenado neutro; y 30-35 kcal/Kg/día.. En lo relativo a los requerimientos de proteínas, según las Guías K-DOQI,(7) los mismos serían de 1.2 gr proteína/kg/día, con un 50% de proteínas de alto valor biológico. Con respecto a las grasas, estas debían ser < 30% del valor calórico total (VCT), no superando más del 10% de ácidos grasos saturados, 3% de ácidos grasos esenciales y que en total no superen los 300 mg de colesterol. Se estableció una restricción hídrica de 500- 1000 ml/día sumado a la diuresis residual. Esta prescripción tuvo como objetivo que el paciente no aumente más del 5% de su peso entre una diálisis y la siguiente y se minimice la presencia de edema. La recomendación de sodio fue no superar los 2 gr/día. La recomendación de potasio fue de 1 a 3 gr/día según cada caso y valor de laboratorio, y con respecto al fósforo se recomendó entre 800 a 1000 mg por día.

Se realizó educación alimentaria en el consultorio y en forma grupal. La estrategia de educación grupal se desarrolló en la sala de diálisis en 5 temáticas, las mismas fueron implementadas en todos los grupos de pacientes de acuerdo a su día de tratamiento

y horario. Las estrategias desarrolladas se focalizaron en la resolución de problemas frecuentes como el manejo de líquidos y la sed, la restricción del sodio, potasio y fósforo, el adecuado uso de los quelantes, la importancia de aumentar el aporte proteico y las técnicas para llevarlo a cabo. Esta estrategia brindó herramientas a los pacientes para mejorar el estado nutricional y mejorar su calidad de vida.

Todos los pacientes que iniciaron tratamiento de Hemodiálisis recibieron el primer día de tratamiento el plan nutricional del tratamiento médico nutricional establecido que debían seguir, además información de forma verbal y escrita sobre las recomendaciones nutricionales, utilizándose folletos informativos. Los consejos nutricionales se llevaron a cabo durante la sesión de HD de

cada paciente. Para conocer si el paciente seguía las recomendaciones dietéticas que se le habían proporcionado, ese mismo día se le daba un dietario semanal para realizar un registro de alimentos, anotando la totalidad de la ingesta que realizaba durante 7 días consecutivos (incluido un fin de semana). A partir de los resultados obtenidos, el Nutricionista responsable del paciente adaptaba las recomendaciones dietéticas en función de las necesidades de cada individuo y llevaba a cabo un refuerzo de la información proporcionada.

Se emplearon como técnicas la observación y la recolección de datos primarios, utilizando el cuestionario SF-36. el cual cuenta con 9 variables, donde cada una presenta un puntaje que va desde 0 a 100, donde a menor puntaje, menor es la calidad de vida del paciente.

Tabla 1. Promedio del consumo de calorías, macronutrientes y micronutrientes de los sujetos en hemodiálisis en la terapia médico nutricional

Variable	Necesidades	Porcentaje de adecuación
Calorias (Kcal)	2107± 150,97	95
Proteínas (g)	89.55± 6,42	98
Grasas (g)	77.26± 5,54	107
Ácidos grasos:		
Monoinsaturados (g)	46.82± 3,35	90
Poliinsaturados (g)	25.75± 1,85	93
Saturados (g)	4.68± 0,34	94
Carbohidratos (g)	263.39± 18,87	103
Fibra (g)	30.45± 2,53	100
Fósforo (mg)	880± 36,06	105
Potasio (mg)	2556± 557	95
Calcio (mg)	1100± 142	103

Los valores se expresan como la media ± desviación estándar

Calidad de vida

Para determinar la calidad de vida se aplicó el formulario seleccionado. El SF-36 consta de 36 preguntas y se clasifica en un perfil de puntuaciones de ocho dominios: funcionamiento físico (PF; 10 ítems), salud general (GH; 5 ítems), rol físico (es decir, limitaciones del rol debido a problemas de salud física), RP; 4 ítems), dolor corporal (BP; 2 ítems), funcionamiento social (SF; 2 ítems), vitalidad (VT; 4 ítems), rol emocional (es decir, limitaciones del rol debido a problemas emocionales, RE; 3 ítems) y salud mental (SM; 5 ítems). Para cada dominio, se evaluó una puntuación que oscilaba entre 0 y 100; una puntuación más alta indicaba una mejor salud (Abbasi-Ghahramanloo et al, 2020. Tapak et al, 2022)

En cuanto a la metodología empleada, el sujeto al ser incluido en el estudio, se procedió a la aplicación de la encuesta al inicio y luego 6 meses después, con fines comparativos de su calidad de vida en este período.

Para el análisis estadístico de los datos, se empleó el programa estadísticos SPSS, versión 23. Para las variables cuantitativas se utilizó la media \pm desviación estándar y para las variables cualitativas las frecuencias absolutas y relativas y se presentaron en forma de tablas. Variables como el sexo y la edad se emplearon como factores de agrupación.

Resultados

Todos los sujetos cumplieron con los criterios de inclusión. Se evaluaron 73 pacientes; 49 hombres y 24 mujeres, de los cuales el 54% presentó como diagnóstico de ingreso nefropatía diabética, Asimismo el 80 % eran de procedencia urbana, con un nivel de educación secundaria (50%), como se describe en la tabla 2.

La tabla 3 representa la puntuación promedio de la calidad de vida según las dimensiones salud física y salud mental de acuerdo el género al inicio del estudio de los sujetos sometidos a hemodiálisis. Se ob-

serva que la mayor puntuación la presentó en la dimensión de salud física, la función salud física ($46,6 \pm 25,2$), mientras que en la dimensión salud mental las funciones salud mental y transición en salud fueron las predominantes ($39,3 \pm 26,8$ y $38,6 \pm 29,9$ respectivamente). Factores que según los valores registrados en la tabla 4, indican que la calidad de vida al inicio del estudio en el 74% de los sujetos era una calidad de vida mediana; observándose la misma frecuencia al analizar de acuerdo el género (tabla 4)

En la tabla 5 se registra la puntuación promedio de la calidad de vida según las dimensiones salud física y salud mental de acuerdo al género al final del estudio de los pacientes sometidos a hemodiálisis, se observa que la mayor puntuación la presentó en la dimensión de salud física, la función salud física ($73,3 \pm 24,1$) y la función rol físico ($76,8 \pm 22,0$), mientras que en la dimensión salud mental las funciones función social y salud mental fueron las predominantes ($73,0 \pm 22,6$ y $73,2 \pm 25,4$ respectivamente).

La tabla 6 representa la comparación de la calidad de vida determinada con el formulario Sf-36 a los sujetos en tratamiento de hemodiálisis al inicio y al final de la terapia nutricional clasificados según el género, En el género masculino se observa que al inicio que el 73,3% de los sujetos tenía una calidad media y 2,2% calidad alta, observándose a los 6 meses o final de la terapia médico nutricional que el 48,9% tenía una calidad de vida alta y 51,1% una calidad de vida media.

En el género femenino se registra que al inicio que el 75% de las mujeres tenía una calidad media y 4,2% calidad alta, observándose a los 6 meses al final de la terapia médico nutricional que el 66,6% tenía una calidad de vida media y 33,4% una calidad de vida alta. Se encontró una diferencia significativa al final del período que reflejó mejoría de la calidad de vida con la terapia médico nutricional (Tabla 6)

Tabla 2. Características biológicas y sociodemográficas de los pacientes en estudio

Variable	n	%
Sexo		
Masculino	49	67
Femenino	24	33
Diagnóstico de ingreso		
Nefropatía Diabética	40	54
Nefropatía Hipertensiva	25	34
Obstrucción prolongada del tracto urinario (Litiasis Renal)	5	7
Nefropatías congénitas y hereditarias	3	4
Ubicación geográfica		
Rural	15	20
Urbana	58	80
Educación		
Posgrado	2	3
Pregrado	10	13
Secundaria	35	50
Primaria	21	27
No estudio	5	7
Estado civil		
Soltero	10	10
Casado	32	32
Unión Libre	20	20
Viudo	11	11
Total	73	73

Tabla 3. Puntuación promedio de la calidad de vida según las dimensiones salud física y salud mental de acuerdo al género al inicio del estudio de los sujetos sometidos a hemodiálisis

Formulario SF-30 Dimensiones (al inicio)	Total (n=73)	Género		p < 0,05.
		Masculino (n=49)	Femenino (n=24)	
SALUD FÍSICA				
Función Física	46,6±25,2	46,9±24,3	46,0±27,4	0,888
Rol Físico	36,3±27,9	33,6±28,8	42,9±25,2	0,158
Dolor corporal	35,2±31,4	36,3±32,9	32,9±28,6	0,666
Salud corporal	34,1±25,8	36,5±27,4	29,3±21,7	0,269
SALUD MENTAL				
Rol emocional	31,1±29,1	29,1±29,3	35,2±28,7	0,40
Función social	28,9±30,2	25±27	36,8±34,9	0,115
Salud mental	39,3±26,8	38,9±27,6	40,2±25,9	0,856
Vitalidad	31,5±28,2	30,9±30	32,7±25	0,802
Transición en salud	38,6±29,9	30,6±30,4	36,4±29,4	0,867

Los valores representan la media ± desviación estándar p=t de student

Tabla 4. Calidad de vida según el formulario CVRS SF-36 de acuerdo al género en pacientes en terapia de hemodiálisis al inicio del estudio

Calidad de vida	Género			<i>p</i> < 0,05.
	Total	Masculino	Femenino	
Alta	2 (2)	1 (1)	1 (1)	0,834
Mediana	54(74)	36(49)	18 (25)	
Baja	17 (24)	12(16)	5 (8)	
Total	73 (100)	49 (67)	24(33)	

Los valores representan n(%), *p*=Chi cuadrado de Pearson

Tabla 5. Puntuación promedio de la calidad de vida según las dimensiones salud física y salud mental de acuerdo al género al final del estudio de los pacientes sometidos a hemodiálisis

Formulario SF-36 Dimensiones (al inicio)	Género			Total (n=73)
	Total (n=73)	Masculino (n=49)	Femenino (n=24)	
SALUD FÍSICA				
Función Física	73,3±24,1	77,4±23,8	65,2±23,0	0,038*
Rol Físico	76,8±22,0	78,7±22,0	72,9±22,0	0,289
Dolor corporal	71,6±24,8	71,0±25,0	72,9±24,8	0,761
Salud corporal	71,9±28,2	73,5±25,2	66,6±21,7	0,497
SALUD MENTAL				
Rol emocional	72,4±24,4	69,6±26,6	78,1±18,5	0,169
Función social	73,0±22,6	73,9±23,1	72,9±26,4	0,631
Salud mental	73,2±25,4	73,4±25,2	71,2±21,8	0,931
Vitalidad	71,2±25,4	73,4±25,2	66,6±21,7	0,262
Transición en salud	71,9±28,0	73,4±28,3	68,7±27,8	0,504

Los valores representan la media±desviación estandar *p*=t de student

Tabla 6. Calidad de vida según el formulario Sf-36 de acuerdo al género al inicio y al final de la terapia nutricional

Calidad de vida	Género				p < 0,05
	Masculino		Femenino		
	Inicio	Período de estudio Final	Inicio	Final	
Alta (mayor a 75)	1 (2,2)	24 (48,9)	1(4,2)	8 (33,4)	0,000
Media (25 a 74)	36(73,4)	25 (51,1)	18 (75,0)	16 (66,6)	
Bajo (menor a 25)	12(24,4)	0 (0)	5 (20,8)	0 (0)	
Total	49 (100)	49 (100)	24(100)	24(100)	

Los valores representan n(%) p=Wilcoxon

Discusión

El objetivo de este estudio fue determinar la calidad de vida de pacientes en tratamiento de Hemodiálisis antes y después de un período de 6 meses recibiendo terapia medico nutricional, usando la escala valorativa SF-36.

La calidad de vida relacionada con salud, es un parámetro destacado en la medición de resultados en salud. Es un concepto difícil de medir y su medición se realiza a través de cuestionarios. Las propiedades psicométricas de un cuestionario, su adaptación cultural, el diseño del estudio y el análisis de los resultados plantean cuestiones estadísticas importantes que deben tratarse con cautela.

La calidad de vida relacionada con la salud comprende resultados subjetivos reportados por el paciente tales como funcionamiento físico, emocional, social o síntomas como dolor, fatiga y otros. Todo esto implica que el concepto de CV no puede ser independiente de la salud y de su contexto, las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada individuo, las cuales pueden variar de una persona a otra y relativa de grupo a grupo o ubicación geográfica. (Ramos-Alcocer JR, 2021)

La calidad de vida también se relaciona con la autonomía e independencia del paciente y con la posibilidad de volver a realizar las actividades cotidianas. Prueba de ello es la mayor calidad de vida que refieren los pacientes trasplantados que pueden reincorporarse a sus actividades cotidianas, los pacientes en diálisis ambulatoria, y los pacientes en diálisis peritoneal a diferencia de los pacientes hemodializados. Lo anterior sustenta la posibilidad de que la dependencia que tiene el paciente hacia la máquina de diálisis puede afectar su dependencia emocional y psicológica, e incidir en su calidad de vida (Rodríguez Martín et al, 2009).

En lo que respecta a la calidad de vida se han realizado estudios en pacientes con algún grado de enfermedad renal crónica, pero sin estar en diálisis ni trasplante, que ha tenido como objetivo estimar la calidad de vida en estos pacientes, que no han recibido ni diálisis ni trasplante, y su asociación con factores de riesgo, estos autores concluyeron que los pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis ni trasplante presentan una mayor alteración de la calidad de vida que la población general, principalmente en el componente físico; las mujeres mayores de 65 años se vieron más afectadas. (Reyna et al. 2021). En contraparte

en la presente investigación, se determinó que la calidad de vida media se mantiene al inicio y al final del tratamiento de Hemodiálisis, ocupando un mayor porcentaje, y se comprueba también que la calidad de vida va mejorando con el paso del tiempo.

Rodríguez, Castro & Merino en el año 2015 realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, con el propósito de conocer las características personales y calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis. En este estudio se encontró que la categoría función física alcanzó una media de 64,7% (DT:30) y en el análisis de sus ítems se detectó que un 76,7% de los pacientes tenía algún grado de limitación, resultados similares a los obtenidos en el presente trabajo donde se determinó que la función física tuvo una media de 53,64, siendo el apartado más alto referente a la calidad de vida al inicio, mientras que al final el rol físico fue el que obtuvo una media de 77,27 siendo este parámetro, el que alcanzó el puntaje más alto al final del estudio.

Estos resultados difieren de los reportados por Xie & Song (2022), quienes reportaron que la incidencia de SF-36 es baja en pacientes con nefropatía diabética. Esto se asocia a la diabetes mellitus como enfermedad de base complicada con disfunción renal, la cual se asocia con disfunción multiorgánica y lesiones cardiovasculares, cerebrovasculares y de fondo de ojo después de llegar a la etapa de diálisis, afectando gravemente la calidad de supervivencia

Conclusión

De acuerdo con los resultados obtenidos se concluye que se observó una mejoría en la calidad de vida de estos pacientes con tratamiento de Hemodiálisis después de 6 meses de terapia médico nutricional la cual fue directamente proporcional al período de tiempo.

Bibliografía

- Abbasi-Ghahramanloo A, Soltani-Kermanshahi M, Mansori K, Khazaei-Pool M, Sohrabi M, Baradaran HR, Talebloo Z, Gholami A.(2020) Comparison of SF-36 and WHOQoL-BREF in Measuring Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes. *Int J Gen Med.* Aug 11,13, 497-506. doi: 10.2147/IJGM.S258953.
- Briones-Mera, A. R., Alvarez-Menéndez, M. A., Mastarreno-Cedeño, M. P., Chavarria-Cedeño, D. I., Villavicencio-Macías, R. Y., & Córdova-Muñiz, M. A. (2019). Tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Polo Del Conocimiento*, 4(1), 160. <https://doi.org/10.23857/pc.v4i1.881>
- Dehesa López E.(2016) Adaptación transcultural y validación de la versión mexicana del Kidney Disease Questionnaire KDQOL SF36 versión 1.3. *Univ Nac Autónoma México*,1:78
- García-Montemayor, V., de Mier, M. V. P. R., Peregrín, C. M., & Martín-Malo, R. O. L. y. A. (2019). Kidney diseases. Concept, classification, etiopathogenesis, kidney syndromes and diagnostic strategy. *Medicine (Spain)*, 12(79), 4651–4661. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.05.019>
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group.(2024) KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 105(4S): S117-S314. <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/03/KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf>
- Lorenzo Sellarés V, Luis Rodríguez D.(2024) Enfermedad Renal Crónica.En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). *Nefrología al día*. ISSN: 2659-2606. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/136>.
- Lugones Botell, M. (2002). Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(4), 287-289.
- Martínez-Villaescusa, M., Aguado-García, Á., López-Montes, A., Martínez-Díaz, M., Gonzalvo-Díaz, C., Pérez-Rodríguez, A., Pedrón-Megías, A., García-Arce, L., Sánchez-Sáez, P., García-Martínez, C., Azaña-Rodríguez, A., García-Martínez, A. B., Andrés-Pretel, F., Botella-Romero, F., Vega-Martínez, A., Giménez Bachs, J. M., & León-Sanz, M. (2022). Nuevo enfoque en el tratamiento nutricional de la enfermedad renal crónica avanzada. *Nefrología*, 42(4), 448–459. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.04.008>

- Ramos-Alcocer JR, Salas-Nolasco OI, Villegas-Domínguez JE, et al (2021). Calidad de vida y factores asociados en enfermedad renal crónica con terapia de sustitución. *Arch Med Fam*,23(2),75-83.
- Reyna RB, Ornelas Contreras M, Blanco Vega H (2021) Utilización del Cuestionario de Salud SF-36 en personas mayores. Revisión sistemática. *Ansiedad y Estrés* 27 (2021) 95-102 <https://doi.org/10.5093/anyes2021a13> 1134-7937.
- Rodríguez Martín MC, Conejos Alegre C, Fuenmayor Díaz A, Mirada ArietC, Sanz Izquierdo E, Torruella Barraquer C, Vela Ballester A (2009) Calidad de vida y trasplante renal en mayores de 65 años *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*; 12 (1): 26/30
- Rodríguez Vidal M, Castro Salas M, & Merino Escobar J M. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *ciencia y enfermería*, 11(2), 47-55. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200007>
- Saborit OY, Zaldívar SN, Collejo RY, et al.(2020) Calidad de vida en adultos con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Rev Cub de Med Fis y Rehab.* 12(3).
- Seguí Gomà, Anna, Amador Peris, Patricia, & Ramos Alcario, Ana Belén. (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 13(3), 155-160. Recuperado en 13 de mayo de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752010000300002&lng=es&tlng=es.
- Tapak L, Cheraghi F, Sadeghi A, Shirmohammadi N, Feizyarnaji A.(2022) Usefulness of the SF-36 Health Survey questionnaire in screening for health-related quality of life among parents of children with cancer: Latent profile analysis. *J Prev Med Hyg.* Apr 26, 63(1), E142-E151. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.1.2279.
- Trujillo BWG, Román HJJ, Lombard HAM, et al.(2014) Adaptación del cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos . *Revista Cubana de Salud y Trabajo*,15(1), 62-70.
- Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic kidney disease. *Lancet* 2017; 389: 1238 – 1252.
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA.* Nov 27, 310(20), 2191-4. doi: 10.1001/jama.2013.281053.
- Xie J & Song C.(2022). Analysis of quality of life and risk factors in 122 patients with persistent hemodialysis. *Pak J Med Sci.* Mar-Apr, 38(4Part-II), 1026-1030. doi: 10.12669/pjms.38.4.5308.



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Torres Cardona, F. E., Anderson Vásquez, H. E., & Gómez Olaya, S. D. (2024). Calidad de vida de adultos con enfermedad diabética renal en tratamiento con hemodiálisis. *RECIAMUC*, 8(2), 154-164. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(2\).abril.2024.154-164](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(2).abril.2024.154-164)