

Relación entre calidad de vida, adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento del paciente en hemodiálisis

Silvia Casares-Cid¹, Penélope Nathaly Goncalves-Vázquez¹, Alba Alonso-González², María José Remigio-Lorenzo¹, Josefa Vázquez-Rivera¹, Ángel Alfredo Martínez-Ques²⁻³

¹ Servicio de Nefrología. Área Sanitaria de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras. Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Ourense. España

² Área Sanitaria de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras. Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Ourense. España

³ Instituto de Investigación Galicia Sur. Vigo. España

Como citar este artículo:

Casares-Cid S, Goncalves-Vázquez PN, Alonso-González A, Remigio-Lorenzo MJ, Vázquez-Rivera J, Martínez-Ques AA. Relación entre calidad de vida, adherencia al tratamiento y nivel de conocimiento del paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2022;25(2):140-48

Correspondencia:

Ángel Alfredo Martínez Ques
diretica@yahoo.es

Recepción: 19-10-2021

Aceptación: 21-11-2021

Publicación: 30-06-2022

RESUMEN

Objetivo: Analizar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis y su relación con su adherencia al tratamiento, comorbilidad y aspectos prácticos de autocuidado.

Material y Método: Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo, transversal, realizado en el Complejo Hospitalario de Ourense (España). Se incluyeron 51 pacientes en programa de hemodiálisis, con una edad media $64,96 \pm 13,03$ años, y un tiempo en diálisis de $4,32 \pm 5,32$ años. El 62,75% fueron hombres. Se analizó calidad de vida relacionada con la salud, comorbilidad, adherencia al tratamiento, nivel de conocimientos prácticos, además de variables sociodemográficas. Como instrumentos de medida: Índice comorbilidad de Charlson modificado, Test de Hermes, Kidney Disease Quality of Life-Short Form (KDQOL-SFTM). Se evaluaron conocimientos de autocuidado sobre cuidados generales, acceso vascular y dietéticos.

Resultados: El índice de Comorbilidad medio fue de $4,42 \pm 2,83$ puntos, y la adherencia al tratamiento, mediante el Test de Hermes de $2,78 \pm 0,84$ puntos. En el análisis de regresión lineal, según modelo del componente físico, los valores del coeficiente Beta (β) asociado al sexo fueron $\beta=0,304$ ($p=0,031$) y a la comorbilidad de $\beta=-0,436$ ($p=0,003$). En el componente mental, coeficiente Beta (β) asociado al sexo $\beta=0,330$ ($p=0,035$) y la adherencia al tratamiento de $\beta=0,311$ ($p=0,048$) respectivamente.

Conclusiones: El bajo nivel de conocimientos no se asocia a menor calidad de vida en la muestra estudiada. Los pacientes cum-

plidores obtienen mejores resultados en el componente mental estandarizado. A mayor comorbilidad menor calidad de vida.

Palabras Clave: enfermedad renal crónica; hemodiálisis; calidad de vida relacionada con la salud; comorbilidad, adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

Relationship between quality of life, adherence to treatment and the knowledge level of hemodialysis patients

Objective: To analyse the health-related quality of life of hemodialysis patients and the relationship with treatment adherence, comorbidity and practical aspects of self-care.

Material and Method: A descriptive, cross-sectional study was carried out in the Complejo Hospitalario of Ourense (Spain). Fifty-one patients in hemodialysis programme were included, with a mean age of 64.96 ± 13.03 years, and a time on dialysis of 4.32 ± 5.32 years. The 62.75% were men. Health-related quality of life, comorbidity, treatment adherence, level of practical knowledge and socio-demographic variables were analysed. The measurement instruments were the modified Charlson comorbidity index, Hermes test, Kidney Disease Quality of Life-Short Form (KDQOL-SFTM). Self-care knowledge on general care, vascular access and diet was assessed.

Results: The mean comorbidity index was 4.42 ± 2.83 points, and treatment adherence, using the Hermes test, was 2.78 ± 0.84 points. In the linear regression analysis, according to the physical component model, the values of the beta coefficient (β) associated with sex were $\beta = 0.304$ ($p = 0.031$) and with comorbidity of $\beta = -0.436$ ($p = 0.003$). In the mental component, beta coefficient for sex was $\beta = 0.330$ ($p = 0.035$) and treatment adherence was $\beta = 0.311$ ($p = 0.048$), respectively.

Conclusions: Low level of knowledge is not associated with lower quality of life in the population studied. Compliant patients obtained better results in the standardised mental component. The higher the comorbidity, the lower the quality of life.

Keywords: chronic kidney disease; hemodialysis; health-related quality of life; comorbidity; treatment adherence.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema emergente en todo el mundo, causa importante de morbi-mortalidad y con unas consecuencias individuales, familiares, emocionales, psicosociales y económicas de enorme magnitud. Esta patología crónica y progresiva, afecta la calidad de vida personal y supone un elevado coste social y económico (aproximadamente un 10% de la población y 3% del gasto sanitario total) que requiere los mejores niveles de calidad en la prevención, diagnóstico y tratamiento^{1,2}.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), en la definición propuesta por Shumaker y Naughton consiste en "la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar"³. Uno de los instrumentos de medida más utilizados en estudios multicéntricos para la ERC es el KDQOL-SF5⁴⁻⁶, adaptado transculturalmente a varios países de habla hispana⁷.

La ERC se acompaña con frecuencia de otras alteraciones crónicas, como la diabetes o la depresión, asociándose esta comorbilidad con una disminución de la calidad de vida. El autocuidado y una mayor comprensión de la enfermedad por parte del paciente, puede favorecer el cambio de estilo y condiciones de vida, a largo plazo⁸.

Un aspecto clave en el cuidado de la ERC, es lograr una adherencia completa al tratamiento y las actitudes, de los pacientes implicados, en el seguimiento de las indicaciones médicas. La falta de adherencia es una característica común en pacientes con enfermedades crónicas y los pacientes en diálisis no son una excepción⁹. Son varios los factores (intencionales o no) que pueden contribuir a la falta de adherencia. Un mejor co-

nocimiento de los problemas asociados con la adherencia a la dieta renal puede traducirse en mejores estrategias de manejo dietético y mejores resultados de salud, en términos de menor morbi-mortalidad¹⁰. No obstante, la adherencia a la dieta en personas con ERC es más compleja, y la relación entre el conocimiento de la dieta renal y la adherencia a la misma, requiere más investigación¹¹. En este sentido, la evidencia actual para el apoyo al autocuidado en la población con ERC es muy limitada.

Los estudios que evaluaron los aspectos relacionados a la falta de adherencia han abordado cuatro dominios de la terapia principalmente: las recomendaciones dietéticas, la ingesta de líquidos, el tratamiento de diálisis y los medicamentos. Los elementos identificados permiten que el profesional de enfermería pueda enfocar planes de cuidado de manera individual en torno a las necesidades del paciente y su familia. La adherencia favorece obtener resultados óptimos en las conductas del paciente a largo plazo, facilitando el éxito de la terapia dialítica¹².

Conocer las características de los pacientes hemodializados, su comorbilidad, así como aspectos de su autocuidado puede resultar útil para la realización de medidas de intervención encaminadas a su mejora¹³. El documento marco sobre ERC dentro de la estrategia de abordaje a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, establece como una línea estratégica en materia de investigación, el análisis de la mejora de la calidad de vida¹.

Por todo ello, nos propusimos llevar a cabo este estudio, con el objetivo de analizar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis y su relación con su adherencia al tratamiento, comorbilidad y aspectos prácticos de autocuidado.

MATERIAL Y MÉTODO

Ámbito del estudio

El estudio se ha llevado a cabo en el Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. La recogida de datos se efectuó entre diciembre de 2019 y enero de 2020.

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.

Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis, mayores de 18 años y que aceptaran participar voluntariamente en el estudio. Se excluyeron a pacientes que estuvieran incapacitados legalmente y/o con alteraciones cognitivas que les impidieran contestar los cuestionarios.

Se propuso participar a todos los pacientes incluidos en el programa de hemodiálisis, informándoles de las características y objetivos del estudio. En todos aquellos pacientes que aceptaron participar en el estudio, se verificó que cumplieran los criterios de selección y se les solicitó el consen-

Tabla 1. Características de la muestra.

Variable	Categoría	Frecuencia (n=)	Porcentaje (%)
Género	Hombre	32	62,7
	Mujer	19	37,3
Estado civil	Soltero	14	27,5
	Casado/en pareja	30	58,8
	Viudo	4	7,8
	Separado/divorciado	3	5,9
Estudios realizados	Sin estudios	4	7,8
	Primarios	12	23,5
	Secundarios	18	35,3
	Bachiller superior	8	15,7
	Diplomado universitario	4	7,8
	Lic./Grad./Mas/Doc.	5	9,8
Situación laboral	Activo/parado	43	84,3
	Jubilado	8	15,7
Tipo de acceso n=50	Acceso Vascular	24	48
	Catéter Venoso central	26	52
Salud n=50	Excelente	1	2,0
	Muy buena	2	3,9
	Buena	11	21,6
	Regular	24	47,1
	Mala	12	23,5
Comorbilidad (Charlson) n=41	<3	17	41
	>3	24	59
Nivel de conocimiento n=41	Bajo	9	21,9
	Regular	13	31,7
	Bueno	14	34,2
	Alto	5	12,1
Adherencia (Hermes) n=41	No cumplidor	13	31,7
	Cumplidor	28	68,3

timiento informado. De los 68 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, se obtuvo una muestra final de 51 (75%) pacientes.

Variables del estudio

Como variables principales se recogieron datos de CVRS, comorbilidad, adherencia al tratamiento, nivel de conocimientos prácticos, y variables sociodemográficas y de enfermedad renal (género, edad, estado civil, nivel de estudios, ocupación, profesión, situación laboral y tiempo en diálisis), como variables secundarias.

Instrumentos de medida

Para la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se empleó el instrumento Kidney Disease Quality of Life-Short Form "KDQOL-SFTM" versión 1.3 que es uno de los instrumentos específicos más utilizados para valorar la CVRS en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal y con tratamiento sustitutivo de la función renal, traducido y validado al español. Consta de una parte genérica compuesta por 36 ítems del Short Form Health Survey (SF-

36) distribuidos en ocho dimensiones: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. Un análisis factorial de muestras representativas de población general americana y europea demostró que las 8 escalas definen dos dimensiones principales de salud, el componente sumario físico (PCS) y el componente mental (MCS). Estos dos componentes pueden calcularse de forma estandarizada mediante un algoritmo complejo¹⁴, que pasa por la estandarización de las 8 escalas del SF-36, la ponderación de escalas según pesos factoriales y la agregación y transformación para obtener una media para el PCS y el MCS de 50 puntos y una desviación estándar de 10 puntos en la población general. Estos índices sumarios se miden en una escala de 100 puntos (cuanto más alta sea la calificación, mejor es la CVRS del paciente)¹⁵.

La otra parte que completa el cuestionario (parte específica) consta de 43 ítems centrados en aspectos de la enfermedad renal y agrupados en 11 escalas: Sintomatología, Repercusión en la vida diaria, Estrés que produce la enfermedad renal, Función Cognitiva, Condición Laboral, Función Sexual, Calidad de la interacción social, Sueño, Apoyo Social, Apoyo personal sanitario y Satisfacción del paciente.

La comorbilidad, se analizó mediante la escala de Charlson modificada (ICC), la adherencia al tratamiento mediante el test de Hermes (serán cumplidores los que sumen 3 ó 4 puntos), y para el nivel de conocimientos prácticos se utilizó un cuestionario de elaboración propia (**anexo 1**), que englobaba tres apartados de conocimientos sobre cuidados generales, cuidados del acceso vascular y conocimientos de dieta. Cada bloque puntuaba un punto si se respondía correctamente a todo. Se categorizó el nivel de conocimientos en "alto" si puntuaba en los tres bloques, "bueno" si puntuaba en dos, "regular" si puntuaba en uno y "bajo" si no puntuaba en ninguno de los bloques.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central para las cuantitativas. El estadístico para determinar la normalidad en la distribución de las variables fue el test de Kolmogorov-Smirnov. Para variables categóricas se empleó la prueba de Kruskal-Wallis, mientras que en la comparación de me-

días se utilizó la t de Student como prueba paramétrica y como prueba no paramétrica la de Mann-Whitney. En la correlación entre dos variables se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Se realizó análisis de regresión lineal para la determinación de factores pronósticos en la calidad de vida. El análisis estadístico de los datos se realizó con el Programa Estadístico SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) versión 19.0. El nivel de significación estadística se estableció en 0,05.

Aspectos éticos y legales

Se obtuvo la autorización de la dirección del centro y se contó con la evaluación favorable del Comité de Ética de Investigación de Galicia Sur con el número de expediente: 2019/349. Los participantes otorgaron su consentimiento después de ser informados de la naturaleza y objetivos de la investigación, con la garantía de confidencialidad y anonimato y de poder abandonar el estudio en el momento que lo creyeran oportuno.

RESULTADOS

De los 51 pacientes incluidos en el estudio, el 62,75% fueron hombres. La edad media del total de la muestra fue de $64,95 \pm 13,03$ años de edad, con un tiempo en el programa de diálisis de $4,32 \pm 5,32$ años, con un ICC de $4,42 \pm 2,83$ puntos y con $2,78 \pm 0,84$ puntos en el test de Hermes.

En la escala de salud autopercebida los hombres obtuvieron una media de $5,28 \pm 1,85$ puntos, mientras que las mujeres puntuaron de media $5,47 \pm 1,54$. En la **tabla 1** se muestran las principales características de la muestra.

En cuanto a la evaluación de conocimientos prácticos, el 24 % (n=12) presentó un nivel de conocimientos "bajo", el 36% (n=18) "regular", el 28% (n=14) "bueno" y un 12% (n=6) "alto". El autocuidado del acceso vascular es el que obtuvo mayor puntuación, mientras que el conocimiento de la dieta adecuada y conocimiento de su peso seco y líquidos a ingerir al día, fueron los que presentaron peores resultados.

En la **tabla 2** se presentan los resultados medios en los diferentes ítems del cuestionario KDQOL-SF en su dimensión genérica y específica, junto con los componentes físico y mental estandarizados.

Las medias más altas se corresponden a la función social, rol emocional y salud mental. En cuanto a las dimensiones específicas destacan las puntuaciones otorgadas a la relación con el personal de diálisis y la satisfacción del paciente. Con respecto al PCS ($35,42 \pm 11,02$) es más bajo que el MCS ($46,79 \pm 15,82$).

En la **tabla 3** se muestran las correlaciones entre los índices sumarios físico y mental y las variables cuantitativas. Existe una correlación negativa moderada entre el componente físico y edad y comorbilidad, y fuerte en el caso del estado de salud autopercebido. En el índice mental, las correlaciones

Tabla 2. Dimensiones del KDQOL-SF.

Dimensiones genéricas	Media	Desv. estándar
Función física	51,34	30,02
Rol Físico	43,90	42,85
Dolor corporal	61,07	31,11
Percepción general de salud	34,73	20,81
Vitalidad	44,75	22,52
Función Social	68,59	26,08
Rol emocional	65,85	46,24
Salud mental	68,90	37,32
Componente Físico	35,42	11,02
Componente Mental	46,79	15,82
Dimensiones específicas	Media	Desv. estándar
Listado de síntomas/problemas	71,04	16,73
Efectos de la enfermedad renal	55,74	19,06
Carga de la enfermedad renal	33,18	24,89
Situación laboral	18,29	24,38
Función cognitiva	29,75	27,97
Calidad relaciones sociales	25,28	23,20
Función sexual	57,31	38,11
Sueño	58,35	20,26
Apoyo social	68,28	27,58
Relación con el personal de diálisis	86,89	16,52
Satisfacción del paciente	80,08	20,48

*Desv. estándar= desviación estándar.

son inexistentes o débiles, excepto en el caso de la adherencia que presenta una correlación moderada.

En lo que respecta al análisis multivariante, se llevó a cabo una regresión lineal, tomando como variable dependiente el PCS y donde se incluyeron como variables predictivas, sexo e ICC (recategorizada en dos: <3 y >3). En el modelo final, tanto el sexo como el ICC son significativos. El ICC tiene un coeficiente negativo (a más puntuación menor puntuación física) y la variable sexo un coeficiente positivo (la mujer tiene más puntuación que hombres). La R² fue de 0,309, lo que significa que estas dos variables explicarían el 31% del modelo. Pasar de tener menos de 3 comorbilidades a más de 3 disminuye la puntuación física en 8,654 puntos, o interpretándolo de otra manera, conociendo el sexo y el valor del ICC, podríamos aproximarnos al valor de la puntuación física.

Al tomar como variable dependiente el índice sumario mental, se incluyeron como variables predictoras Sexo y Adherencia al tratamiento (recodificado en cumplidores y no cumplidores) no siendo ninguna significativa ($p=0,127$ y

Tabla 3. Correlaciones entre los índices sumarios y las variables cuantitativas.

		Edad	Charlson diálisis	Tiempo	Hermes	Salud
PCS	Correlación de Pearson	-,311	-,397	-,093	,148	-,552
	Sig. (bilateral)	,048	,010	,565	,355	,000
	N	41	41	41	41	41
MCS	Correlación de Pearson	-,084	-,078	,120	,447	-,277
	Sig. (bilateral)	,601	,630	,456	,003	,080
	N	41	41	41	41	41

Componente Físico Estandarizado (PCS). Componente Material Estandarizado (MCS).

$p=0,176$), mientras que si se consideran por separado sí son significativas. El valor de R^2 fue de 0,186, es decir, el 19% sería explicado por estas dos variables en el componente mental. En la **tabla 4** se muestran los resultados finales del análisis de regresión.

Los pacientes cumplidores aumentan 11,09 su puntuación física y las mujeres un 20,874, pero si el paciente es cumplidor y mujer la puntuación aumenta un 15,88.

DISCUSIÓN

En este estudio se ha analizado la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud del paciente en HD y la adherencia al tratamiento, comorbilidad y nivel de conocimientos prácticos de autocuidado.

Las características sociodemográficas, en la distribución por edad y sexo, son coincidentes con estudios de nuestro entorno, con una edad media alta (oscilan las medias de edad entre los 56,3 y 69,8 años) y un claro predominio del porcentaje de hombres sobre mujeres (proporciones que se sitúan entre un 68,9% a un 53%)¹⁶⁻²⁰.

Tabla 4. Coeficientes^{a,b} y variables predictoras.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Desv. Error			
(Constante)	31,549	4,961		6,359	,000
Comorbilidad	-9,645	2,996	-,436	-3,220	,003
Sexo	6,731	2,996	,305	2,247	,031
a. Variable dependiente: Componente Físico estandarizado (PCS)					
(Constante)	36,454	4,474		8,148	,000
Cumplidor	11,091	6,079	0,331	1,824	0,0762
Mujer	20,874	11,407	0,658	1,830	0,0753
Cumplidor mujer	-16,084	12,717	-0,480	-1,265	0,2139
b. Variable dependiente: Componente Mental estandarizado (MCS)					

En cuanto a la calidad de vida, nuestros resultados muestran una CVRS disminuida en la muestra estudiada, siendo menor el componente físico estandarizado que el componente mental. En el cuestionario específico, las dimensiones más valoradas se corresponden a la relación con el personal de diálisis y satisfacción del paciente y, por el contrario, las dimensiones peor puntuadas son la situación laboral y la función cognitiva.

Los resultados de dos revisiones de estudios sobre CVRS en pacientes con ERC inciden en señalar que la edad avanzada y el sexo femenino son variables que influyen en peor percepción de la CVRS de los pacientes en diálisis, al igual que la situación laboral y nivel socioeconómico, mientras que el nivel de estudios y el estado civil influirían de manera menos relevante^{21,22}. En nuestra muestra, los datos obtenidos irían en esa línea, con una correlación significativa entre la edad y una peor calidad de vida en el componente físico. Sin embargo, la salud autopercebida en nuestros pacientes, ofrece un valor ligeramente mayor en mujeres respecto a los hombres, lo que difiere de la mayoría de estudios contemplados en las revisiones citadas, e incluso del estudio de Carreras et al. para población en general donde la prevalencia de mala salud, fue del 15% en los hombres y del 21% en las mujeres²³.

También la comorbilidad aparece como una variable que influye de forma notable sobre la CVRS, asociándose una mayor comorbilidad con una peor CVRS, lo que coincide con nuestro estudio²². A pesar de la aparente influencia entre edad y comorbilidad, no hallamos una relación estadísticamente significativa entre ambos parámetros. Nuestros resultados sugieren una relación entre el ICC y sexo, que influyen en el componente físico de la CVRS. No obstante, hay que tener en cuenta que en ocasiones algunos estudios de referencia que

se utilizan para comparar no utilizan los mismos instrumentos de medida, tipo de diálisis o estadio de la ERC²⁴.

Un aspecto preocupante, es el relativo al resultado obtenido en la adherencia al tratamiento. En nuestros pacientes hemos obtenido una adherencia subóptima, reflejado en las puntuaciones del test de Hermes. Este punto es relevante teniendo en cuenta que la adherencia al tratamiento médico

se considera el método más eficaz para mejorar los resultados de salud²⁵. No se observó que el nivel de conocimientos prácticos esté asociado con el nivel de estudios después de ajustar por posibles factores de confusión. Es llamativo el bajo nivel de conocimientos, especialmente, los referidos a la dieta y la restricción de líquidos, que mostraron un nivel de significación bajo, pero no suficiente para determinar una asociación con la calidad de vida, aunque entendemos que pudo ser debido al número reducido de la muestra. En este sentido, pensamos que el método utilizado puede ser útil en investigaciones posteriores, toda vez que no existe un “estándar de oro” o un marcador fisiológico único que indique que una persona está consumiendo la prescripción de dieta recomendada²⁶. En el estudio de Schrauben et al. no se encontró una asociación clara entre el conocimiento objetivo de la enfermedad renal y las conductas de autocuidado, por lo que la simple adquisición de conocimientos probablemente no sea suficiente para participar en conductas de autocuidado saludables²⁷.

La asociación entre las medidas de CVRS y la adherencia fue independiente de la puntuación del ICC. El incumplimiento se asoció con una disminución de la CVRS mental, pero no de la física, resultados que difieren de lo informado por un estudio australiano²⁸. Si el paciente es cumplidor y mujer, se obtienen mejores resultados en CVRS, lo que coincide con el estudio de Pereira et al, aunque en su caso las mujeres puntuaron una menor CVRS que los hombres²⁹.

En cuanto a las limitaciones del estudio, por una parte, su diseño transversal no permitiría confirmar una asociación causal entre las variables estudiadas. El muestreo no probabilístico puede dificultar la generalización de resultados a todos los pacientes en hemodiálisis. Por último, la evaluación de conocimientos prácticos no se realizó con un cuestionario validado, lo puede comprometer la capacidad de comparar los hallazgos con otros estudios que relacionen nivel de conocimientos y calidad de vida.

Como puntos fuertes del estudio se encuentran la utilización de instrumentos validados desde un abordaje amplio que abarca calidad de vida, comorbilidad y adherencia al tratamiento. El ajuste del análisis multivariante reduce el impacto que las variables de confusión puedan tener en los resultados. Por último, la evaluación del autocuidado, ha permitido diferenciar entre las distintas dimensiones que influyen en el mismo.

Como consideraciones prácticas, existen márgenes amplios para promover la adherencia al tratamiento y la mejora en el autocuidado en pacientes con ERC. Ese es el camino para investigaciones futuras, en la búsqueda de la eficacia de intervenciones que promuevan la adherencia. A lo que hay que considerar otras líneas prometedoras, cuya evidencia es incipiente, en orden a facilitar el nivel de alfabetización sanitaria y el empoderamiento de los pacientes en el marco de toma de decisiones compartido³⁰.

Como conclusiones más importantes de nuestro estudio, destacar que el nivel de conocimientos prácticos, no se

asoció a una menor CVRS. Las diferentes dimensiones del autocuidado permiten identificar áreas susceptibles de mejora en la adherencia. A mayor comorbilidad menor calidad de vida. Las mujeres cumplidoras obtienen mejores resultados que los hombres en el componente mental estandarizado.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses potenciales relacionados con los contenidos del artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS. Subdirección General de Calidad y Cohesión. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejerías de las CCAA [Internet]. 2015. [consultado 21 Ene 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad_Renal_Cronica_2015.pdf.
2. Alcázar Arroyo R, Orte Martínez L, Otero González A. Enfermedad Renal Crónica Avanzada. Nefrología [Internet]. 2008 [consultado 14 Jun 2021];28(Supl 3):S3-6. <https://www.revistanefrologia.com/es-enfermedad-renal-cronica-avanzada--articulo-resumen-X0211699508032379>.
3. Rodríguez Lara H, Bolaños Abrahante O, Pedroso Morales I. Utilidad de los cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud. Invest Medicoquir [Internet]. 2020 [consultado 26 Jun 2021];12(3). Disponible en: <http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/642>.
4. Zúñiga C, Dapuetto J, Müller H, Kirsten L, Alid R, Ortiz L. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario “Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)”. Rev méd Chile [Internet]. 2009 [consultado 3 May 2021];137(2):200-7. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000200003>.
5. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOLTM) Instrument. Qual Life Res. 1994 [consultado 17 Feb 2021];3(5):329-38. <https://doi.org/10.1007/BF00451725>.
6. Joshi VD, Mooppil N, Lim JF. Validation of the Kidney Disease Quality of Life-Short Form: a cross-sectional study of a dialysis-targeted health measure in Singapore. BMC Nephrol. 2010 [consultado 24 May 2021];11:36. <https://doi.org/10.1186/1471-2369-11-36>.

7. Carrillo-Algara AJ, Torres-Rodríguez GA, Leal-Moreno CS, Hernández-Zambrano SM. Escalas para evaluar la calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica avanzada: revisión integrativa. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2018 [consultado 21 Ene 2021];21(4):334-47. <http://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842018000400003>.
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Chronic kidney disease in adults: assessment and management [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2021. (NICE Clinical Guidelines, No. 203.) [consultado 21 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng203>.
9. Murali KM, Mullan J, Roodenrys S, Hassan HC, Lambert K, Lonergan M. Strategies to improve dietary, fluid, dialysis or medication adherence in patients with end stage kidney disease on dialysis: A systematic review and meta-analysis of randomized intervention trials. *PLoS One*. 2019 [consultado 2 Abr 2021]; 14(1):e0211479. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211479>.
10. Hu EA, Coresh J, Anderson CAM, Appel LJ, Grams ME, Crews DC, Mills KT, He J, Scialla J, Rahman M, Navaneethan SD, et al. CRIC Study Investigators. Adherence to Healthy Dietary Patterns and Risk of CKD Progression and All-Cause Mortality: Findings From the CRIC (Chronic Renal Insufficiency Cohort) Study. *Am J Kidney Dis*. 2021 [consultado 23 Jun 2022];77(2):235-44. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2020.04.019>.
11. Lambert K, Mullan J, Mansfield K. An integrative review of the methodology and findings regarding dietary adherence in end stage kidney disease. *BMC Nephrol*. 2017 [consultado 11 Abr 2021];18(1):318. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0734-z>.
12. Forero Villalobos J, Hurtado Castillo Y, Barrios Araya S. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis peritoneal. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2017 [consultado 30 Ene 2021];20(2):149-57. <https://doi.org/10.4321/S2254-288420170000200008>.
13. Albañil Frías T, Ramírez Moreno MC, Crespo Montero R. Análisis de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis ambulatoria y su relación con el nivel de dependencia. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2014 [consultado 21 Feb 2020];17(3):167-74. <https://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842014000300002>.
14. Cabrera-Delgado AM, Rodríguez-Zamora MC, Ventura-García MJ, Santillán-Torres C, Amato D. Asociación de estrategias de afrontamiento y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes de diálisis peritoneal. *Enferm Nefrol*. 2019 [consultado 21 Ene 2021]; 22(4):398-404. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000400006>.
15. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* [Internet]. 2005 [consultado 23 Feb 2021];19(2):135-50. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es.
16. Adell Lleixà M, Casadó Marin L, Andújar Solé J, Solà Miravete E, Martínez Segura E, Salvadó Usach T. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica terminal mediante un cuestionario de resultados percibidos por los pacientes. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2016 [consultado 20 Feb 2021]; 19(4):331-40. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000400004&lng=es.
17. Ruiz Parrado MC, Gómez Pozo M, Crespo Garrido M, Tierno Tendero C, Crespo Montero R. Análisis de la calidad de vida del paciente en la etapa prediálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2017 [consultado 11 Feb 2021]; 20(3):233-40. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842017000300006>.
18. Guerra Guerrero V, Sanhuesa Alvarado O, Cáceres Espina M. Calidad de vida de personas en hemodiálisis crónica: relación con variables sociodemográficas, médico-clínicas y de laboratorio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 [consultado 20 Ene 2021];20(5):[aprox 10 p] <https://doi.org/10.1590/S010411692012000500004>.
19. Tosaus Catalán P, Voicu A, Urcola Pardo F, Gasch Gallén A, Martínez Lozano F, Anguas Gracia A. Análisis de la Calidad de Vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza. *Evidentia* [Internet]. 2020 [consultado 05 Mar 2021]; 17:e12952. <http://ciberindex.com/c/ev/e12952>.
20. Pérez Acuña C, Riquelme Hernández G, Scharager Goldenberg J, Armijo Rodríguez I. Relación entre calidad de vida y representación de enfermedad en personas con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2015 [consultado 05 Mar 2021];18(2):89-96. <https://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842015000200003>.
21. Sánchez-Cabezas AM, Morillo-Gallego N, Merino-Martínez RM, Crespo-Montero R. Calidad de vida de los pacientes en diálisis. Revisión sistemática. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2019 [consultado 01 Mar 2021]; 22(3):239-55. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000300003>.
22. Rebollo-Rubio A, Morales-Asencio JM, Pons-Raventos ME, Mansilla-Francisco JJ. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. *Nefrología* [Internet]. 2015 [consultado 01 Ene 2021];35(1):92-109.

- <https://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12133>.
23. Carreras M, Puig G, Sánchez-Pérez I, Inoriza JM, Corderch J, Gispert R. Morbilidad y estado de salud auto-percibido, dos aproximaciones diferentes al estado de salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2020 [consultado 07 Feb 2021];34(6):601-07. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.005>.
 24. Rebollo P, González MP, Bobes J, Saiz P, Ortega F. Interpretación de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en terapia sustitutiva de la insuficiencia renal terminal. *Nefrología* [Internet]. 2000 [consultado 07 Mar 2021];20(5):432-36. <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X021169950001286X>.
 25. Van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2007 [consultado 07 Mar 2021];7(1):55. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-55>.
 26. Biruete A, Jeong JH, Barnes JL, Wilund KR. Modified Nutritional Recommendations to Improve Dietary Patterns and Outcomes in Hemodialysis Patients. *J Ren Nutr* [Internet]. 2017 [consultado 07 Feb 2021];27(1):62-70. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2016.06.001>.
 27. Schrauben SJ, Cavanaugh KL, Fagerlin A, Ikizler TA, Ricardo AC, Eneanya ND, Nunes JW. The Relationship of Disease-Specific Knowledge and Health Literacy With the Uptake of Self-Care Behaviors in CKD. *Kidney Int Rep* [Internet]. 2019 [consultado 03 Mar 2021];5(1):48-57. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2019.10.004>.
 28. Tesfaye WH, McKercher C, Peterson GM, et al. Medication Adherence, Burden and Health-Related Quality of Life in Adults with Predialysis Chronic Kidney Disease: A Prospective Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [consultado 03 May 2021];17(1):371. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010371>.
 29. Pereira CV, Leite IC. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em terapêutica hemodialítica. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2019 [consultado 18 May 2021];32(3):267-74. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900037>.
 30. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One* [Internet]. 2017 [consultado 23 Mar 2021];12(10):e0186458. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186458>.

Anexo 1. Cuestionario de conocimientos de autocuidado.

¿Conoce su peso seco? Si/No

¿Sabe cuánto líquido puede beber al día? Si/No

Acceso Vascular (AV):

Realiza una correcta higiene del brazo. Si/No

Presenta apósitos pegados de la sesión anterior. Si/No

Sabe reconocer la presencia de thrill. Si/No

Permite medir la Tensión arterial en el brazo del AV. Si/No

Catéter venoso Central (CVC):

Presenta apósito limpio y seco. Si/No

Alimentos permitidos y no permitidos

Fruta (Plátano, pera, manzana, melocotón). Si/No

Pasta y arroz. Si/No

Pescado (azul y blanco). Si/No

Carne (roja y blanca). Si/No

Hortalizas (tomate natural y en lata, cebolla). Si/No

