

Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis

D. SANZ GUAJARDO , J. M. LÓPEZ GÓMEZ , R. JOFRE , J. FORT , F. VALDERRÁBANO , F. MORENO , I. VÁZQUEZ

Nefrologia 2004;24:167-78

05. DIFERENCIAS 26/3/04 09:06 Página 167 NEFROLOGÍA. Vol. XXIV. Número 2. 2004 Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis I. Vázquez 1, F. Valderrábano, J. Fort 2, R. Jofré 2, J. M. López-Gómez 3, F. Moreno 4, D. Sanz-Guajardo 5 en nombre del grupo cooperativo español para el estudio de la calidad de vida del paciente renal de la Sociedad Española de Nefrología 1 D. Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela. 2Servicio de Nefrología. Hospital Valle Hebrón. Barcelona. 3Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. 4Servicio de Nefrología. Hospital Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. 5Servicio de Nefrología. Clínica Puerta de Hierro. Madrid. RESUMEN Introducción: Estudios previos en pacientes en hemodiálisis (HD) muestran que las mujeres obtienen peores puntuaciones que los hombres en calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), sin que se haya determinado si estas diferencias se deben al mayor impacto de la enfermedad renal y la HD en el sexo femenino o reflejan las diferencias entre sexos que también se presentan en población general. Los objetivos de este estudio son: a) definir el alcance de las diferencias en CVRS entre hombres y mujeres en HD, y b) identificar los factores que

causan las diferencias. Métodos: Se evaluó la CVRS de 152 pacientes en tratamiento en HD utilizando el KDQOL-SF. En cada paciente se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y psicosociales (ansiedad rasgo, síntomas depresivos y apoyo social). En las escalas genéricas del KDQOL-SF se llevó a cabo la estandarización de las puntuaciones por edad y sexo respecto a la norma poblacional. Se compararon las puntuaciones directas y estandarizadas de hombres y mujeres en el KDQOL-SF mediante ANOVAS. Los factores relacionados con las diferencias entre sexos en CVRS se estudiaron mediante MANOVA. Resultados: Las puntuaciones directas del KDQOL-SF indicaron diferencias estadísticamente significativas entre sexos en cuatro escalas genéricas: función física, rol emocional, función social y salud mental. En estas escalas no se encontraron diferencias en las puntuaciones estandarizadas para cada sexo. Aunque se presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en el nivel de estudios, la situación laboral, las cifras de hemoglobina y Kt/V, la ansiedad rasgo y los síntomas depresivos, sólo estas dos últimas variables mostraron un efecto independiente en las diferencias en CVRS. Conclusiones: La peor CVRS que presentan las mujeres en HD es el reflejo de las diferencias entre sexos que también se presentan en la población. Correspondencia: M.^a Isabel Vázquez Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología Facultad de Psicología Campus Universitario Sur 15706 Santiago de Compostela E-mail: ibolanosc@senefro.org pctt3731@usc.es 167 05. DIFERENCIAS 26/3/04 09:06 Página 168 I. VÁZQUEZ y cols. general y se relacionan con la mayor prevalencia de la ansiedad rasgo y los síntomas depresivos en las mujeres. Palabras clave:

Ansiedad. Calidad de vida. Depresión. Hemodiálisis. GENDER-DIFFERENCES IN HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN HEMODIALYSIS PATIENTS SUMMARY Background: Previous studies in renal patients have reported that women perceive a lower health-related quality of life (HRQOL) than men: however, these studies have been carried out without taking into account the gender-related differences shown in general population samples. The aims of the present study are: a) to define the HRQOL dimensions in which there are differences between men and women on chronic hemodialysis (HD), correcting then the differences on the generic dimensions by means of standardization by age and gender of the obtained scores, using Spanish normative data, and b) to identify the variables that cause these possible gender-related differences on HRQOL. Methods: A cross-sectional multi-center study was carried out with 152 patients (69 men and 83 women) receiving HD treatment in 43 Spanish centers, using the KDQOL-SF to evaluate their HRQOL. The generic KDQOL-SF scores were standardized by age and gender using Spanish normative data. Sociodemographic, clinical and psychosocial variables were also collected on each patient. A MANOVA was carried out to study the variables associated with the gender-related differences on HRQOL. The sociodemographic, clinical and psychosocial variables showing significant differences between men and women in the previous univariate analysis were entered as covariates. Results: The KDQOL-SF scores showed statistically significant differences between men and women in four scales: physical functioning, emotional role limitation, social function and emotional well-being. In contrast, standardized scores showed no differences between men

and women in the profile or degree of HRQOL impairment. Although statistically significant gender-related differences were shown in educational level, employment, haemoglobin, Kt/V, trait anxiety and depressive symptoms, only the last two variables showed an independent effect on the differences in HRQOL. Conclusion: Impaired HRQOL in women on HD reflects the gender-related differences that are also shown in the general population, and they are related to the higher prevalence of trait anxiety and depressive symptoms in women. Key words: Anxiety. Depression. Health-related quality of life. Hemodialysis.

INTRODUCCIÓN La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es uno de los parámetros que deben ser tomados en consideración cuando se evalúan los resultados de diferentes tratamientos en pacientes crónicos. El número de estudios sobre CVRS en enfermos con insuficiencia renal en tratamiento en hemodiálisis (HD) ha aumentado en los últimos años haciendo posible identificar una serie de factores que influyen en la CVRS de estos pacientes. Entre 168 estos factores la variable sexo femenino aparece en numerosos estudios de diálisis 1-6, y en una reciente revisión llevada a cabo por Sehgal 7 se afirma que, comparado con los hombres, las mujeres tienen peores resultados en CVRS cuando están en tratamiento con terapia sustitutiva renal. Sin embargo, hasta el momento no se ha determinado si las diferencias entre sexos en pacientes renales deben ser atribuidas al mayor impacto de la enfermedad y su tratamiento en la CVRS de las mujeres, o reflejan las diferencias entre sexos que también se presentan en 05. DIFERENCIAS

26/3/04 09:06 Página 169 DIFERENCIAS EN CVRS ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN HD la población general. En España, el

efecto negativo del sexo sobre la CVRS de la población general fue puesta de manifiesto en un estudio utilizando una muestra estratificada constituida por 9.151 sujetos 8. Existen algunos factores comunes a la población general y a los enfermos crónicos, que determinan un efecto de socialización del género sobre la salud y el bienestar 9. Entre estos factores han mostrado afectar la CVRS de enfermos renales distintos factores sociodemográficos: el desempleo 10 y el bajo nivel educativo y socioeconómico 5, 11; y psicosociales: los síntomas depresivos y ansiosos, y el apoyo social 12-14. El estudio de las diferencias en CVRS entre hombres y mujeres en HD requiere establecer en que medida contribuyen los factores sociodemográficos y psicosociales anteriormente apuntados y/o los factores específicamente relacionados con la enfermedad y su tratamiento, tales como la comorbilidad y diabetes 5, 15, 16, los niveles de hemoglobina y hematocrito 5, 17, 18, la albúmina 4, 19, los trasplantes previos fallidos 3, 20, y el tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento en diálisis 21. Establecer el alcance de las diferencias en CVRS entre hombres y mujeres con insuficiencia renal en tratamiento en HD y los factores que las determinan, no sólo ayuda a comprender la CVRS en la enfermedad renal, sino que también podría resultar útil para mejorar la calidad de vida de las mujeres en HD. Los objetivos de este estudio fueron: a) evaluar las diferencias en CVRS entre hombres y mujeres con insuficiencia renal en tratamiento en HD, corrigiendo posteriormente las diferencias en las dimensiones genéricas realizando la estandarización por edad y sexo respecto a la norma poblacional, y b) identificar las variables sociodemográficas, médicas y psicosociales que determinan la peor calidad de vida en

el sexo femenino. MATERIAL Y MÉTODOS Pacientes Se llevó a cabo un estudio transversal con una muestra formada por 152 pacientes en tratamiento en hemodiálisis (69 hombres y 83 mujeres) en edades comprendidas entre los 19 y los 64 años, que estaban recibiendo tratamiento en hemodiálisis en 43 centros nefrológicos de España. Para la selección de los pacientes se establecieron los siguientes criterios de inclusión: a) haber permanecido al menos durante los tres últimos meses en la misma técnica de diálisis; b) si recibían tratamiento con epoetina (EPO) deberían haber transcurrido al menos tres meses desde el inicio del tratamiento, y c) se requería un intervalo mínimo de tres meses desde la última complicación mayor (ingreso hospitalario superior a 7 días o con secuelas importantes). Se excluyeron aquellos pacientes diabéticos, con accidente cerebrovascular o problemas isquémicos vasculares cerebrales previos, enfermedad asociada severa y/o anemia resistente al tratamiento con EPO o de causa distinta de la insuficiencia renal crónica. También se excluyeron los pacientes de más de 65 años atendiendo a dos consideraciones: en primer lugar, algunos autores informan que alrededor de esta edad, el deterioro en las dimensiones físicas de la CVRS que se produce a medida que avanzan los años es más acusado en las mujeres, mientras que los hombres tienden a mantener mayor estabilidad en las puntuaciones correspondientes a estos dominios 22; en segundo lugar, la situación laboral es un importante factor que determina la CVRS 23. Para controlar las diferencias entre sexos en esta variable, y en consecuencia, su impacto diferencial sobre la calidad de vida, se seleccionó una población de pacientes en edad laboral.

Medidas Variables demográficas En cada paciente se utilizó una

hoja estandarizada para recoger información sobre las siguientes características sociodemográficas: la edad, la situación de convivencia (soltero, casado o viviendo con pareja estable, divorciado-separado o viudo), la clase social (baja, media, alta), el nivel de estudios, categorizado en bajo (analfabeto, sólo leer y escribir, estudios primarios) o medio-alto (estudios secundarios, universitarios), y la situación laboral (activa, no activa). Variables médicas Las características médicas evaluadas incluían la causa de la insuficiencia renal, el tiempo que llevaba el paciente en tratamiento en diálisis, el período transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio de tratamiento en hemodiálisis, el número de trasplantes previos fallidos, la frecuencia y duración de las hospitalizaciones durante el año anterior, y el tratamiento con EPO. También se registraron los datos analíticos referidos a las cifras de hematocrito, hemoglobina, albúmina, Kt/V y PCR. En cada paciente se evaluó además el grado de comorbilidad utilizando el índice de comorbilidad 169 05. DIFERENCIAS 26/3/04 09:06 Página 170 I. VÁZQUEZ y cols. de Friedman 24, que considera 13 grupos de patologías evaluadas en cuatro niveles de severidad (0: ausente, 1: leve, 2: moderado ó 3: grave) resultando el índice final el sumatorio de todos los puntos obtenidos. Variable psicosociales Las variables psicosociales evaluadas fueron la ansiedad rasgo, los síntomas depresivos y el apoyo social. Para estimar los niveles de ansiedad rasgo se utilizó la adaptación española de la escala de ansiedad rasgo del Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado²⁵ que evalúa la tendencia relativamente estable a percibir las situaciones como amenazantes y a elevar los estados de ansiedad. Consta de 20 ítems puntuados de 0 a 3 en los que se pide al sujeto que indique

como se siente generalmente. Los síntomas depresivos se evaluaron utilizando el Índice Cognitivo de Depresión (ICD) 26, una escala elaborada mediante la selección de los ítems cognitivos del Inventario para la Depresión de Beck 27, 28, de acuerdo con lo propuesto por Sacks y cols. 26. Al eliminar los síntomas somáticos del Inventario para la Depresión de Beck, el ICD se muestra como un instrumento adecuado para la identificación de la sintomatología depresiva en la población de enfermos renales, ya que permite valorar la frecuencia y gravedad de los síntomas, controlando el posible efecto de confusión y solapamiento entre los síntomas somáticos propios de la enfermedad y/o el tratamiento y los síntomas físicos provocados por el estado depresivo 26. Consta de 15 ítems referidos a pensamientos y sentimientos depresivos, que presentan un formato de respuesta tipo Likert en una escala de 4 puntos, donde 0 representa la ausencia del problema y 3 la mayor gravedad del problema, estableciendo un rango total de puntuación de 0 a 45. Por último, la evaluación del apoyo social percibido por el paciente desde que tiene la enfermedad se llevó a cabo utilizando la Escala de Apoyo Social Percibido 29. Este instrumento registra tanto las fuentes que el sujeto considera proveedoras de apoyo como el tipo de apoyo que le ofrecen y la satisfacción del paciente con cada una de ellas. La escala consta de un listado de nueve posibles proveedores, cuatro de la red familiar (cónyuge, padres, hijos y hermanos), 3 de la red extrafamiliar (compañeros de trabajo, vecinos y amigos) y 2 de la red sanitaria (médicos y enfermeras). Para cada proveedor el sujeto evalúa tres dimensiones: a) si ha obtenido apoyo, lo que permite estimar la cantidad 170 de apoyo social percibido (red social) calculando el sumatorio del número de

personas por las que el sujeto se siente apoyado; b) cuanto le ha satisfecho el apoyo recibido (valorado en una escala tipo likert de 1 a 5) lo que permite determinar el grado de satisfacción con el apoyo social, y c) el tipo de apoyo recibido o la forma de ayuda instrumental o emocional proporcionada por cada proveedor, si bien esta última escala no ha sido analizada en este trabajo.

Calidad de vida relacionada con la salud Para valorar la calidad de vida del paciente con patología renal en tratamiento en diálisis se utilizó el Kidney Disease Quality of Life Short-Form (KDQOLSF) 30 en la versión para población española 31. Se trata de una medida de autoinforme que reúne la doble condición de instrumento genérico y específico, lo que permite combinar en un solo cuestionario las ventajas de comparabilidad (propia de los instrumentos genéricos) y la especificidad y sensibilidad al cambio (característica de los instrumentos específicos). Consta de 36 ítems de carácter genérico sobre el estado de salud (RAND 36-ítems Health Survey 1.0 o SF-36) 32 distribuidos en 8 escalas: función física (10 ítems), rol físico (4 ítems), dolor (2 ítems), salud general (5 ítems), vitalidad (4 ítems), función social (2 ítems), rol emocional (3 ítems) y salud mental (5 ítems); cumplimentados con 43 ítems específicos de la enfermedad renal que conforman un total de 11 escalas: síntomas (12 ítems), efectos de la enfermedad renal (8 ítems), carga de la enfermedad renal (4 ítems), trabajo (2 ítems), función cognitiva (3 ítems), calidad de la interacción social (3 ítems), función sexual (2 ítems), sueño (4 ítems), apoyo social (2 ítems), estímulo del personal de diálisis (2 ítems) y satisfacción del paciente (1 ítem). En cada ítem la puntuación obtenida es transformada en una escala de 0 a 100 según el porcentaje alcanzado de la máxima puntuación posible,

donde los valores más altos indican en todos los casos una mejor calidad de vida. La puntuación correspondiente a cada escala del KDQOL-SF se obtiene calculando la media de las puntuaciones directas transformadas. La validación del KDQOL-SF para población española en una muestra de 306 pacientes procedentes de 35 centros de diálisis, indicó coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0,65 para todas las escalas, excepto para trabajo (alfa = 0,39) y calidad de la interacción social (alfa = 0,61); así como correlaciones positivas significativas con capacidad funcional, y correlaciones negativas significativas con comorbilidad y diabetes en la mayoría de las escalas.

33. 05. DIFERENCIAS 26/3/04 09:06 Página 171
DIFERENCIAS EN CVRS ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN HD

Procedimiento Se envió una carta a distintos servicios de nefrología de los hospitales y unidades de diálisis de España informándoles de los objetivos del estudio y solicitando su colaboración. En aquellos centros que aceptaron participar, se seleccionaron los pacientes utilizando una tabla de números aleatorios entre los enfermos que reunían los criterios establecidos para formar parte del estudio. A cada paciente seleccionado se le explicó brevemente el procedimiento y el propósito del estudio indicándoles que estábamos interesados en conocer diversos aspectos relativos a su estado de salud y su bienestar en general. En aquellos enfermos que aceptaron colaborar, el médico responsable recogió la información sobre las variables sociodemográficas y los datos médicos considerados, y les facilitó la batería de cuestionarios y las instrucciones correspondientes para que los cumplimentase en su domicilio. Los pacientes que presentaron dificultades para responder a los cuestionarios recibieron ayuda para cumplimentarlos mediante

una entrevista llevada a cabo por el médico o un ATS de la unidad de diálisis. Diseño estadístico Para describir la distribución por sexos en las variables sociodemográficas, médicas, psicosociales y en las dimensiones del KDQOL-SF se utilizaron las frecuencias observadas en cada variable cualitativa, y la media y la desviación típica en cada variable cuantitativa. Las comparaciones entre sexos en cada una de las variables sociodemográficas, clínicas, psicosociales y dimensiones de CVRS evaluadas se llevaron a cabo mediante la prueba chi cuadrado para las variables cualitativas y ANOVAS de una vía para las variables cuantitativas. En las dimensiones genéricas del KDQOL-SF, las puntuaciones obtenidas para cada sexo se compararon, además, con las normas para población española del SF-36 obtenidas por Alonso y cols. 8 a partir de una muestra estratificada de 9.151 sujetos de la población general española. Estas puntuaciones poblacionales vienen presentadas en intervalos de 10 años de edad y siempre separadas por sexo. Las puntuaciones obtenidas en las dimensiones genéricas KDQOL-SF fueron estandarizadas respecto a la norma poblacional. La estandarización de las puntuaciones se realizó de acuerdo a la siguiente fórmula que es propuesta por Alonso y cols. 8 y que ha sido utilizada en estudios previos 34, 35: $Pe = P - Ppg/DEpg$ donde Pe es la puntuación estandarizada que queremos hallar para el paciente-caso; P es la puntuación obtenida por el paciente-caso; Ppg es la puntuación media del grupo de la población general de igual edad (en intervalos de 10 años) y sexo que el paciente-caso; DEpg es la desviación estándar de la media de la población general de igual edad y sexo que el paciente-caso. Así la puntuación resultante para cada paciente queda expresada en desviaciones

estándar respecto a la puntuación de la población general de su edad y sexo (a la que se atribuiría valor 0), de tal modo que una puntuación por encima de 0 indica mejor CVRS que la población general, y una puntuación negativa indica peor CVRS que la población general. Para la evaluación de la consistencia interna de los cuestionarios utilizados en nuestra muestra de pacientes, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach, que mide el grado de correlación entre todos los ítems de una misma escala o dimensión. Se utilizó un modelo de análisis de varianza multivariado para evaluar las diferencias en CVRS entre hombres y mujeres, controlando estadísticamente los efectos de las variables demográficas, clínicas y psicosociales que mostraron diferencias entre sexos introduciéndolas como covariables en el modelo. Se tuvieron en cuenta tanto los efectos principales de factores y covariables como las interacciones de nivel II. El nivel de significación estadística se fijó en $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows versión 11.0.

RESULTADOS

Diferencias en variables sociodemográficas y clínicas entre hombres y mujeres

En la tabla I se presentan las distribuciones de las variables sociodemográficas y clínicas estudiadas para los hombres y mujeres en hemodiálisis crónica. No había diferencias entre sexos en edad, clase social o situación de convivencia pero un porcentaje significativamente más alto de mujeres tenía un bajo nivel educativo (66,2% de las mujeres tenían un nivel de educación primario versus 44,9% de los hombres) y un menor porcentaje de mujeres se encontraban en una situación laboral activa (6,0% de las mujeres versus el 31,8% de los hombres). El perfil de parámetros clínicos fue similar para ambos

sexos. Sólo había diferencias en el Kt/V de las mujeres ($1,31 \pm 0,22$) que fue significativamente más alto que para los hombres ($1,14 \pm 0,16$), y cifras de hemoglobina y hematocrito que fueron 171 05. DIFERENCIAS 26/3/04 09:06 Página 172 I. VÁZQUEZ y cols. significativamente ($1,14 \pm 0,16$), y más bajas en las mujeres ($11,15 \pm 1,35$ g/dl y $33,63 \pm 4,61\%$ respectivamente) que en los hombres ($11,60 \pm 1,33$ g/dl y $35,14 \pm 4,00\%$ respectivamente). Diferencias en variables psicosociales entre hombres y mujeres La tabla II muestra las diferencias entre sexos en las variables psicosociales evaluadas. En la variable ansiedad rasgo, las puntuaciones de las mujeres ($25,70 \pm 12,02$) fueron significativamente más altas que las de los hombres ($18,44 \pm 9,90$). En el ICD, la puntuación de las mujeres ($6,51 \pm 6,46$) fue también significativamente más alta que la de los hombres ($4,26 \pm 4,36$). Por el contrario tanto en la cantidad como en el grado de satisfacción con el apoyo social percibido no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre sexos. Tabla I. Variables sociodemográficas y clínicas de los hombres y mujeres en HD crónica

Variables	Media \pm DT (rango)
Edad (años)	Media \pm DT (rango)
Situación de convivencia	Soltero, divorciado o viudo N (%) Casado o viviendo con pareja estable N (%)
Clase social	Baja N (%) Media N (%) Alta N (%)
Nivel educativo**	Bajo N (%) Intermedio/Alto N (%)
Situación laboral***	Activa N (%) No activa/ama de casa N (%)
Meses en HD	Media \pm DT (rango)
Meses donde el diagnóstico hasta la entrada en HD	Media + DT (rango)
Trasplantes previos fallidos	Ninguno N (%) 1 o más N (%)
Frecuencia de hospitalizaciones durante el año anterior	Media \pm DT (rango)
% Hematocrito	Media \pm DT (rango)*
Hemoglobina (g/dl)	Media \pm DT (rango)*
Albúmina (g/dl)	Media \pm DT (rango)
Kt/V	Media \pm DT (rango)***
PCR	Media \pm DT

(rango) Comorbilidad Media \pm DT (rango) Hombres 43,38 \pm 13,17 (19-64) 25 (36,2%) 44 (63,7%) 4 (5,7%) 64 (92,7%) 31 (44,9%) 38 (55,0%) 22 (31,8%) 44 (63,7%) 38,97 \pm 37,14 (4-173) 58,16 \pm 66,03 (0-240) 52 (75,3%) 17 (24,6%) Mujeres 42,90 \pm 12,94 (21-64) 27 (32,5%) 56 (67,4%) 2 (2,4%) 83 (97,5%) 55 (66,2%) 28 (33,7%) 5 (6,0%) 75 (90,3%) 52,32 \pm 58,67 (3-312) 60,34 \pm 71,38 (0-336) 49 (59,0%) 29 (34,9%) 0,45 \pm 0,93 (0-6) 35,14 \pm 4,00 (27-46,5) 11,60 \pm 1,33 (8,8-15) 4,24 \pm 0,44 (3,2-5,10) 1,14 \pm 0,16 (0,8-1,58) 1,12 \pm 0,28 (0,5-1,80) 3,75 \pm 2,90 (0-13) 0,48 \pm 0,84 (0-4) 33,63 \pm 4,61 (23-47) 11,15 \pm 1,35 (8,4-15,2) 4,17 \pm 0,39 (3,1-5,2) 1,31 \pm 0,22 (0,9-1,9) 1,19 \pm 0,25 (0,70-1,90) 3,77 \pm 2,93 (0-13) Prueba de chi cuadrado para situación de convivencia, clase social, nivel educativo y situación laboral. Prueba ANOVA para edad, meses en hemodiálisis, meses desde el diagnóstico hasta la entrada en hemodiálisis, trasplantes previos fallidos, frecuencia de hospitalizaciones durante el año anterior, hematocrito, hemoglobina, albúmina, Kt/V, PCR y comorbilidad. Las diferencias estadísticamente significativas se marcaron con *si $p < 0,05$; **si $p < 0,01$; ***si $p < 0,001$. 172 05. DIFERENCIAS 26/3/04 09:06 Página 173 DIFERENCIAS EN CVRS ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN HD Tabla II. Variables psicosociales de hombres y mujeres en HD crónica y valores F obtenidos en la comparación entre sexos Variables Ansiedad rasgo Síntomas depresivos Apoyo social Red Social Red familiar Red extrafamiliar Red sanitaria Satisfacción social Satisfacción familiar Satisfacción extrafamiliar Satisfacción sanitaria * $p < 0,05$. ** $p < 0,001$. Hombres Media \pm DT (rango) 18,44 \pm 9,90 (3-43) 4,26 \pm 4,36 (0-21) 6,60 2,72 1,71 1,84 31,16 13,47 8,41 8,66 \pm \pm \pm \pm \pm \pm \pm \pm 2,35 (0-10) 1,06 (0-4) 0,7 (0-3) 0,50 (0-2) 9,82 (10-50) 4,66 (4-20) 3,74

(3-15) 1,64 (2-10) Mujeres Media \pm DT (rango) 25,70 \pm 12,02 (1-52)
6,51 \pm 6,46 (0-28) 6,49 2,57 1,61 1,91 30,43 12,65 8,29 8,95 $\pm \pm \pm \pm$
 $\pm \pm \pm \pm$ 1,85 0,91 0,93 0,38 8,42 4,16 3,49 1,58 (0,10) (0-4) (0-3) (0-
2) (12-50) (4-20) (2-15) (2-10) F 15,53** 6,09* 0,11 0,82 0,34 1,07
0,24 1,31 0,04 1,12 En nuestro estudio el coeficiente alfa de
Cronbach obtenido fue elevado para la escala de ansiedad rasgo
(alfa de Cronbach = 0,88), el ICD (alfa de Cronbach = 0,83) y para la
escala de satisfacción con el apoyo social percibido (alfa de
Cronbach = 0,81), siendo más bajo para la escala referida a la
cantidad de apoyo social percibido (alfa de Cronbach = 0,70).
Diferencias en CVRS entre hombres y mujeres La tabla III muestra
las puntuaciones medias y desviaciones típicas correspondientes a
las puntuaciones obtenidas por hombres y mujeres en cada una de
las escalas del KDQOL-SF. Las mujeres obtuvieron puntuaciones
más bajas (es decir, peor calidad de vida) en la mayoría de las
escalas Tabla III. Puntuaciones en las escalas del KDQOL-SF para
hombres y mujeres en HD crónica y valores F obtenidos de la
comparación entre sexos Escalas Escalas genéricas Función física
Rol físico Rol emocional Función social Dolor Vitalidad Salud mental
Salud general Escalas específicas Carga de la enfermedad renal
Función cognitiva Síntomas Efectos de la enfermedad renal Función
sexual Sueño Apoyo social Trabajo Calidad de la interacción social
Satisfacción del paciente Estímulo del personal de diálisis *p < 0,05.
** p < 0,01. Hombres Media \pm DT (rango) 76,3 51,4 83,8 78,8 72,2
58,6 74,3 39,9 48,1 82,6 80,8 61,0 65,4 63,4 79,1 36,2 84,2 78,1
80,9 $\pm \pm$ 19,6 43,8 31,8 20,7 24,5
23,5 18,9 19,9 (10-100) (0-100) (0-100) (25-100) (0-100) (5-100)
(16-100) (5-80) Mujeres Media \pm DT (rango) 66,8 48,1 67,9 70,9

de las escalas genéricas y específicas del KDQOL-SF obtuvieron un coeficiente alfa de Cronbach superior a 0,70, con la excepción de sueño (alfa de Cronbach = 0,67), apoyo social (alfa de Cronbach = 0,57), trabajo (alfa de Cronbach = 0,46) y calidad de la interacción social (alfa de Cronbach = 0,42). Factores relacionados con las diferencias entre hombres y mujeres en CVRS Los resultados del MANOVA para las escalas de KDQOL-SF que presentaron diferencias entre 174 sexos (función física, función social, rol emocional, salud mental), incluyendo como factor el sexo y como covariables las variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales que presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres (el nivel educativo, la situación laboral, los niveles de hematocrito y hemoglobina, Kt/V la ansiedad rasgo y los síntomas depresivos), indicaron, a nivel multivariado, que el efecto del sexo no fue significativo, mientras que alcanzaron significación estadística la ansiedad rasgo (λ de Wilks = 0,73; $F = 10,64$; $p = 0,001$) y los síntomas depresivos (λ de Wilks = 0,92; $F = 2,76$; $P = 0,031$). A nivel univariado la ansiedad rasgo alcanzó la significación estadística en todas las escalas del KDQOL-SF incluidas en el análisis (función física $F = 10,11$, $p = 0,002$; rol emocional $F = 15,84$, $p = 0,001$; función social $F = 16,15$, $p = 0,001$ y salud mental $F = 29,76$; $p = 0,001$) mientras que los síntomas depresivos alcanzaron la significación estadística para la escala salud mental ($F = 10,89$; $p = 0,001$). Ningún otro efecto principal y ninguna interacción fueron significativas. DISCUSIÓN Aunque las mujeres tienden a presentar puntuaciones más bajas que los hombres en CVRS, no hay diferencias significativas entre sexos en aquellas dimensiones de CVRS específicamente referidas a la enfermedad y su tratamiento, y

las 05. DIFERENCIAS 26/3/04 09:06 Página 175 DIFERENCIAS EN CVRS ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN HD diferencias alcanzan la significación estadística sólo en algunas escalas genéricas: función física, rol emocional, función social y salud mental, que representan dimensiones comunes para el bienestar de los individuos. El estudio de las diferencias entre hombres y mujeres en hemodiálisis en estas escalas, poniéndolas en relación con las que se muestran en población general mediante la comparación de las puntuaciones estandarizadas por edad y sexo 8 indican que las diferencias en CVRS observadas en enfermos renales reproducen las diferencias que también se presentan entre sexos en población general. Tal y como señalan Rebollo y cols. 35 las puntuaciones estandarizadas proporcionan una referencia clara de lo que realmente empeora o mejora de la calidad de vida en el grupo de pacientes que se están evaluando respecto a lo que correspondería según edad y sexo. Nuestros resultados muestran que las pérdidas de calidad de vida en los enfermos renales en tratamiento en HD respecto a la población general fueron similares para hombres y mujeres, tanto en el perfil como en el grado de afectación. Los datos de nuestro estudio coinciden con estudios previos al señalar que algunas características sociodemográficas, clínicas o psicosociales son diferentes entre hombres y mujeres. En las mujeres en HD crónica es menos frecuente una situación laboral activa 36, tienen menores niveles de hemoglobina 37, mayores niveles de ansiedad 38 y síntomas depresivos 38, 39 y mayor Kt/V 37. Excepto Kt/V estas condiciones se han asociado con peor CVRS en estudios previos 5, 9, 11, 12, 16, 18, 20 . Sin embargo el análisis multivariado mostró que la ansiedad rasgo y los síntomas depresivos fueron las

únicas variables explicativas de las diferencias entre sexos en CVRS. La ausencia de un efecto positivo en la CVRS del mayor Kt/V en las mujeres podría ser atribuida a que la dosis media de diálisis se encontraba muy próxima al estándar mínimo recomendado en las guías DOQUI (1.2) 40 en ambos sexos. Asimismo, la ausencia de efecto de los niveles de hemoglobina sobre las CVRS encontrada en otros estudios 41, 42 podría deberse a los aceptables valores medios que presentaban hombres y mujeres, debido al rutinario uso de la eritropoyetina en España (el 87% de nuestra muestra estaba siendo tratado con EPO). Probablemente los aceptables valores en estas variables, y el estrecho margen con que se presenta la distribución por sexos en Kt/V y hemoglobina, no permite detectar un efecto sobre la CVRS. En nuestra muestra sólo las variables no específicamente referidas al estado clínico, sino al estado psicológico (la ansiedad rasgo y los síntomas depresivos) se han mostrado relevantes en la diferente percepción del estado de salud, siendo su prevalencia es mayor en el sexo femenino. La distribución diferencial de la ansiedad rasgo y los síntomas depresivos por sexos obtenida en éste y otros estudios 38, 39 no es específica de la población de enfermos renales y también se presenta en población general 43, 44. La influencia de estas variables en la CVRS condiciona las diferencias entre sexos que se presentan en población general 45, 46 y los resultados de este estudio ponen de manifiesto que también contribuyen a explicar las diferencias en CVRS que se presentan entre hombres y mujeres en HD crónica. En conclusión, aunque cuando se comparan las puntuaciones directas en CVRS de hombres y mujeres en HD crónica las mujeres obtienen puntuaciones significativamente más bajas que los hombres en

algunas dimensiones genéricas, las puntuaciones estandarizadas ponen de manifiesto que la pérdida de CVRS en enfermos renales con respecto a la población de su misma edad y sexo es similar para hombres y mujeres. Las diferencias entre sexos en las puntuaciones directas obtenidas en los cuestionarios de CVRS no pueden atribuirse a la influencia de factores específicamente relacionados con la enfermedad renal y su tratamiento mediante HD, sino a características psicológicas, particularmente la mayor prevalencia de la ansiedad rasgo y los síntomas depresivos en las mujeres (que se presenta tanto en población general como en la población de enfermos renales) y que condicionan menores puntuaciones en CVRS. La importancia de las variables psicológicas en las diferencias entre sexos en las dimensiones físicas y mentales de CVRS no excluye el peso que puedan alcanzar otros factores no incluidos en este estudio, entre otros, el ejercicio físico y el tiempo de ocio⁴⁷, las estrategias de afrontamiento ⁴⁸ y la calidad de la relación marital ⁴⁹. Esta última variable podría tener un valor explicativo particularmente relevante, ya que las mujeres en HD perciben mayores niveles de conflicto en la relación marital que los hombres, y los coeficientes de correlación entre el nivel de conflicto percibido y el grado de depresión son más elevados en las mujeres que en los hombres ⁴⁹. En consecuencia, la calidad de la relación marital (una forma de apoyo social que no se evalúa en el presente estudio) podría desempeñar un destacado papel en las diferencias en la CVRS entre sexos. Por otra parte, es importante señalar que en algunas escalas referi¹⁷⁵ 05. DIFERENCIAS 26/3/04 09:06
Página 176 I. VÁZQUEZ y cols. das al apoyo social (cantidad de apoyo social percibido), así como en las escalas de sueño y trabajo,

los coeficientes alfa para nuestra muestra de pacientes no llegaron a alcanzar los niveles considerados aceptables para comparaciones de grupo. Los datos de fiabilidad obtenidos en este estudio son similares a los informados en algunos trabajos previos³³ y sugieren la necesidad de interpretar con cautela los resultados obtenidos en estas escalas. Por último, es preciso tener en cuenta que el estudio se ha llevado a cabo en una muestra de pacientes menores de 65 años, por lo que no es posible extrapolar los resultados obtenidos a la población de pacientes añosos. Posteriores trabajos que incluyan un mayor número de variables y un rango más amplio en la edad de los pacientes contribuiría a profundizar en la relación entre sexo y CVRS en pacientes en HD.

AGRADECIMIENTOS El presente estudio fue financiado por una beca de Laboratorio Esteve, Barcelona, España.

LISTADO DE MÉDICOS Y CENTROS PARTICIPANTES Almaraz M (Hospital del SAS de Jerez); Alonso M (Hospital Meixoeiro); Ara del Rey J (Hospital Clínico, Barcelona); Berdud I (Hospital Reina Sofía); Betriu A (Hospital Arnau de Vilanova); Biechy MM (Hospital Princesa de España); Bolaños L (Hospital Juan Cardona); Borrego F (Hospital Capitán Cortés); Bouza P (Hospital Xeral de Lugo); Buimil D (Hospital Da Barbanza); Carrió J (Hospital Creu Roja); Cereceda A (Hospital Militar de Sevilla); Cruz S (Juan Ramón Jiménez); Devesa R (Hospital la Fe); Díaz-Corte C (Hospital Central de Asturias); Fernández F (Hospital Princesa de España); Fernández-Giradles E (Hospital Arnau de Vilanova); Fernández-Herrero G (Clínica Sta. Isabel); Fernández-Lucas M (Hospital Ramón y Cajal); Foft J (Hospital Valle de Hebrón); Gago E (Hospital Central de Asturias); Galán-González J (Hospital Infanta Cristina); Galán-Serrano A (Hospital Francesc de Borja);

García-Jiménez F (Hospital de Guadalajara); González-Martínez J (Juan Ramón Jiménez); Guerediaga J (Hospital San Agustín); Herrero JA (Hospital Clínico San Carlos); Jarillo D (Hospital de Guadalajara); Lamas JM (Hospital Meixoeiro); López M (Policlínica Sta. Teresa); López-Pedret J (Hospital Clínico, Barcelona); Lozano ML (Virgen 176 de la Luz); Mallafré JM (Hospital Creu Roja, Barcelona); Manrique J (Clínica Universitaria de Navarra); Martí V (Clínica Sta. Isabel); Moll R (Hospital General de Valencia); Navas A (Hospital Clínico San Cecilio); Orero E (Hospital de Sagunto); Pérez del Barrio P (Hospital Capitán Cortés); Pérez-Mijares R (Hospital del SAS de Jerez); Piera L (Hospital Valle de Hebrón); Pons R (Hospital General de Valencia); Purroy A (Clínica Universitaria de Navarra); Quiñones L (Hospital San Agustín); Ranero R (Hospital Xeral de Lugo); Roma E (Hospital La Fe); Sánchez-Pérez P (Hospital Francisc de Borja); Sánchez-Guisande D (Hospital Da Barbanza); Selgas R (Hospital La Princesa); Sobrado J (Hospital Xeral de Vigo); Teruel JL (Hospital Ramón y Cajal); Traver JA (Hospital La Princesa); Usón J (Virgen de la Luz); Vázquez I (Hospital Gregorio Marañón); Villacorta F (Hospital Militar de Sevilla); Villaverde MT (Hospital Gregorio Marañón). BIBLIOGRAFÍA 1. Koch U, Muthny FA: Quality of life in patients with endstage renal disease in relation to the method of treatment. *Psychother Psychosom* 54: 161-171, 1990. 2. Muthny FA, Koch U: Quality of life of patients with endstage renal failure: a comparison of hemodialysis, CAPD, and transplantation. *Contrib Nephrol* 89: 265-273, 1991. 3. Gudex CM: Health-related quality of life in end stage renal failure. *Qual Life Res* 4: 359-366, 1995. 4. Mingardi G, Cornalba L, Cortinovia E, Ruggiata R, Mosconi P, Apolone G: Health-related Quality of life in dialysis patients. A

report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. *Nephrol Dial Transplant* 14: 1503-1510, 1999. 5. Moreno R, López Gómez JM, Sanz-Guajardo D, Jofre R, Valderrábano F on behalf of the Spanish Cooperative Renal patients quality of life study group: Quality of life in dialysis patients. A Spanish multicentre study. *Nephrol Dial Transplant* 11: 125-129, 1996. 6. Rebollo P, Ortega F, Baltar J, Díaz Corte C, Navascués RA, Naves M, Urena A, Badía X, Álvarez-Ude F, Álvarez-Grande J: Health-related quality of life (HRQOL) in end stage renal diseased (ESRD) patients over 65 years. *Geriatr Nephrol Urol* 8 (2): 85-94, 1998. 7. Sehgal AR: Outcomes of renal replacement therapy among blacks and women. *Am J Kidney Dis* 35 (4 Supl. 1): S148S152, 2000. 8. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L: Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin* 111: 410-416, 1998. 9. Eckerman L, Deakin U: Gendering indicators of health and well-being: is quality of life gender neutral? *Soc Indic Res* 52: 29-54, 2000. 10. Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, Boeschosten EW, Stevens P, Krediet RT: Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. *Am J Kidney Dis* 29: 584-592, 1997. 11. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP, Hart LG, Blagg CR, Gutman RA, Hull AR, Lowrie EG: The Quality of life of pa-
