

Estado de la publicación: No informado por el autor que envía

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica terminal

Yoander Nápoles-Zaldivar, Ivonne María Nodarse Palacios

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.7881>

Enviado en: 2024-01-11

Postado en: 2024-01-16 (versión 1)

(AAAA-MM-DD)

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica terminal

Health-related quality of life in patients with terminal chronic kidney disease

Autores: Dr. Yoander Nápoles-Zaldivar^{1*}, Dra. Ivonne María Nodarse-Palacios²

1. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín, Cuba. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9827-6747> E-mail: yoandernap@gmail.com

2. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín, Cuba. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4436-2041> E-mail: imnodarse@gmail.com

Autor para correspondencia: Dr. Yoander Nápoles-Zaldivar

Fuente de Financiamiento: Autofinanciado

Conflictos de Intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

RESUMEN

Introducción: El incremento en la incidencia de la Enfermedad renal crónica, junto a las modificaciones que provoca en los estilos de vida de los pacientes el someterse a tratamientos sustitutivos de la función renal para prolongar la vida, ha impulsado a cuantificar los efectos de la enfermedad y del tratamiento sobre la calidad de vida.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica terminal atendidos en el Servicio de Nefrología del Hospital Clínico-Quirúrgico Docente Dr. “Carlos Font Pupo” en febrero de 2019.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en 20 pacientes con enfermedad renal crónica terminal. La información se obtuvo a partir de entrevistas semiestructuradas y de las respuestas del cuestionario Kidney Disease Quality of Life Short Form versión 1.3. Para dar cumplimiento al objetivo se utilizaron estadísticas descriptivas a forma de Frecuencias Absolutas, media, desviación estándar y la prueba de U de Mann-Whitney.

Resultados: Las dimensiones genéricas más comprometidas fueron Rol físico ($18,75 \pm 17,91$), Energía/fatiga ($48 \pm 21,79$) y Percepción general de la salud ($50,5 \pm 22,41$). En las dimensiones específicas se obtuvieron las puntuaciones más bajas en Estatus laboral ($9 \pm$

18,89), Función sexual ($44,38 \pm 46,68$) y Carga de la enfermedad renal ($52,5 \pm 21,88$). El 50% de los pacientes presentaron una calidad de vida media.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones no difieren significativamente de estudios internacionales consultados que aplicaron este instrumento.

Palabras clave: calidad de vida, enfermedad renal crónica, hemodiálisis

ABSTRACT

Introduction: The incidence increased of chronic kidney disease, together with the changes caused in patients' lifestyles by undergoing renal replacement therapy to prolong life, has prompted the quantification of the effects of disease and treatment about quality of life.

Objective: To evaluate the health-related quality of life in patients with end-stage chronic kidney disease treated at the Nephrology Service of the "Carlos Font Pupo" Teaching Clinical-Surgical Hospital at February, 2019.

Material and Methods: A descriptive cross-sectional observational study was performed in 20 patients with chronic terminal kidney disease. The information was obtained from semi-structured interviews and the responses of the Kidney Disease Quality of Life Short Form version 1.3 questionnaire. To fulfill the objective, descriptive statistics were used in the form of Absolute Frequencies, mean, standard deviation and the Mann-Whitney U test.

Results: The most committed generic dimensions were Physical role (18.75 ± 17.91), Energy / fatigue (48 ± 21.79) and General health perception (50.5 ± 22.41). In the specific dimensions, the lowest scores were obtained in employment status (9 ± 18.89), sexual function (44.38 ± 46.68) and burden of kidney disease (52.5 ± 21.88). 50% of the patients presented a quality of average life.

Conclusions: The results obtained in the different dimensions do not differ significantly from those of consulted international studies that applied this instrument.

Keywords: quality of life, chronic kidney disease, hemodialysis

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se presenta como "anomalías estructurales o funcionales del riñón, por más de 3 meses, con implicaciones para la salud"⁽¹⁾ como expresión del deterioro lento, progresivo e irreversible de la estructura, la función renal o ambas. En su

definición es imprescindible la presencia por más de 3 meses de lesiones renales o un filtrado glomerular $< 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$.⁽²⁾

En su desarrollo intervienen la susceptibilidad genética de la persona, a la que se le añaden los factores sociales y biológicos, que inducen la aparición de daño molecular en las células renales y conduce al desarrollo de una insuficiencia multiorgánica crónica con expresión clínica multisistémica que se acentúa en los estadios finales de la enfermedad.⁽³⁾

Las estadísticas a nivel mundial han revelado que cerca de 500 millones de adultos padecen ERC.⁽⁴⁾ A su vez, la cantidad de pacientes diagnosticados aumenta cada día, teniendo en cuenta que en muchas ocasiones estos asisten a consulta por otras causas (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Glomerulopatías, etc.) y son precisamente los resultados de los complementarios los que hacen sospechar la presencia de lesión renal o un filtrado glomerular disminuido.

Al menos 6% de la población de adultos estadounidenses tiene nefropatía crónica en las etapas 1 y 2. (5) En el caso de Cuba, la prevalencia de la ERC se estima en 225 pacientes por millón de habitantes.⁽⁶⁾ *Silveira Díaz* reportó en Camagüey que 5,9 pacientes por cada 100 000, se encuentran en estadio V de ERC⁽⁷⁾ y en Banes se acotó al cierre de 2018 una prevalencia de 2,9 por cada 10 000 habitantes en semejante estadio.

En el estadio terminal de la enfermedad (Filtrado Glomerular $<15 \text{ mL/min/1,73 m}^2$) es imprescindible realizar un trasplante de riñón o iniciar el tratamiento sustitutivo de la función renal (TSFR) para evitar la complicación más grave: la muerte. Siendo ambas estrategias muy costosas y hasta cierto punto no carentes de dificultad.

En los últimos años ha cobrado interés el estudio de la calidad de vida (CV), conceptualizada como “la percepción de la propia posición en la vida dentro del contexto cultural y de valores, en relación con las metas, las expectativas, los estándares y los intereses”.⁽⁸⁾ La multidimensionalidad que provee la CV se extiende hasta hacer viable las interpretaciones de cómo lograr una vida plena, estimando la influencia del bienestar físico, material, social y emocional.⁽⁹⁾ En el caso de los pacientes con ERC sería muy acertado referirse a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), dirigida a cuantificar los efectos de la enfermedad y del tratamiento sobre la calidad de vida del paciente.⁽¹⁰⁾

El *Kidney Disease Quality of Life-Short Form* versión 1.3 - empleado en la presente investigación - es uno de los cuestionarios específicos más traducidos y utilizados

internacionalmente para valorar la CVRS en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica bajo tratamiento sustitutivo de la función renal a forma de hemodiálisis o diálisis peritoneal. Combina un test genérico, el SF-36 y uno específico que se determina por la evaluación de diversos ítems. El test genérico consta de ocho dimensiones: Función física (10 ítems), Rol físico (4 ítems), Dolor corporal (2 ítems), Percepción general de la salud (5 ítems), Salud mental (5 ítems), Rol emocional (3 ítems), Función social (2 ítems) y Energía / fatiga (4 ítems). El test específico abarca 11 dimensiones: Síntomas / problemas (12 ítems), Efectos de la enfermedad renal (8 ítems), Carga de la enfermedad renal (4 ítems), Estatus laboral (2 ítems), Función cognitiva (3 ítems), Interacciones sociales (3 ítems), Función sexual (2 ítems), Sueño (4 ítems), Apoyo social (2 ítems), Apoyo del personal de diálisis (2 ítems) y Satisfacción del paciente con los cuidados recibidos (1 ítem).

Para evaluar el cuestionario, se califica la opción elegida por el paciente en cada ítem, según el Manual de Interpretación. Luego se agrupan los ítems específicos según las dimensiones y se promedian sus valores. La respuesta obtenida para cada dimensión se encuentra en una escala del 0 (peor estado) al 100 (mejor estado). Mientras más baja es la puntuación obtenida por los pacientes, mayor compromiso o grado de limitación existe en esa dimensión. Lo contrario sucede con los valores más cercanos a 100 puntos.

Lo anteriormente planteado, unido a la importancia del estudio de los factores que modifican la percepción de la CVRS en los pacientes con ERC en régimen de hemodiálisis y la no existencia en Banes de un estudio similar previo, ha motivado la realización de la presente investigación, planteándose como **Problema Científico**: ¿Cuál es la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica terminal atendidos en el Servicio de Nefrología del Hospital Clínico-Quirúrgico Docente Dr. “Carlos Font Pupo” de Banes en febrero de 2019?

La presente investigación ayuda a dilucidar las dimensiones que más afectadas resultan en estos pacientes, datos valiosos que contribuyen a establecer una terapéutica más adecuada.

OBJETIVO

Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica terminal atendidos en el Servicio de Nefrología del Hospital Clínico-Quirúrgico Docente Dr. “Carlos Font Pupo” de Banes en febrero de 2019.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en pacientes con enfermedad renal crónica terminal.

Universo de estudio

Se consideró un universo de 23 pacientes que, en el periodo de estudio, recibían tratamiento sustitutivo de la función renal a forma de hemodiálisis. Se aplicaron los criterios siguientes para considerar válida la participación en el estudio:

Criterios de Inclusión:

- Pacientes de ambos sexos, aptos mentalmente, que dieran su consentimiento a participar en el estudio.

- Paciente sometidos a hemodiálisis periódica por un periodo superior a 3 meses.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que entregaran formularios con respuestas incompletas o ilegibles. Este criterio no se aplicó a las preguntas concernientes a la Función sexual.

- Pacientes con historias clínicas incompletas.

Luego de ser aplicados los criterios antes mencionados, se incluyeron en el estudio a 20 pacientes.

Variables

Las variables utilizadas fueron:

Variables sociodemográficas:

Edad (según años cumplidos), Sexo (Masculino – Femenino), Color de piel (Blanca, Negra, Mestiza), Nivel de escolaridad (Primaria sin terminar, Primaria, Secundaria, Preuniversitario, Universitario), Estado civil (Soltero, Casado, Acompañado, Viudo)

Variables médico-clínicas:

Etiología de la ERC (Nefropatía vascular, Nefropatía diabética, Glomerulonefritis crónica, Válvula de uretra posterior, Nefropatía por reflujo, No filiadas), Duración del tratamiento sustitutivo (< 3 años, 3 – 5 años, > 5 años), Calidad de vida (Alta si > 80 puntos, Media si 60 – 80 puntos, Baja si < 60 puntos)

Procedimientos, recolección y manejo de datos:

Se procedió a realizar entrevistas semiestructuradas a cada paciente con el objetivo de llenar un formulario creado a su efecto, y se esclarecieron todas las dudas que surgieron por parte de los pacientes antes y durante la aplicación del cuestionario Kidney Disease Quality of Life Short Form versión 1.3 (KDQOL-SF™ 36). Seguidamente las respuestas de los cuestionarios fueron interpretadas según el Manual de Evaluación.⁽¹¹⁾ A continuación, los datos recopilados fueron introducidos en una base de datos en el software SPSS v.23 (IBM Corp. Armonk, EE. UU.) para su análisis estadístico.

Para dar cumplimiento al objetivo se utilizaron estadísticas descriptivas a forma de Frecuencias Absolutas y porcentajes para el análisis de las variables sociodemográficas y médico-clínicas. Las puntuaciones obtenidas en las dimensiones genéricas y específicas del KDQOL se expresaron como media \pm desviación estándar según el sexo y como puntuaciones generales. Se utilizó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney para analizar la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones de las dimensiones genéricas y específicas según el sexo de los pacientes considerando un nivel de confianza del 95% y un nivel de significación (p) $<0,05$. A continuación, se procedió a promediar las puntuaciones de las dimensiones genéricas y las específicas, luego se dividieron a la mitad y se sumaron para establecer si la Calidad de vida fue Baja (< 60 puntos), Media (60 – 80 puntos) o Alta (> 80 puntos) en cada paciente.

Para facilitar la interpretación de los resultados se confeccionaron los correspondientes gráficos de líneas con las puntuaciones generales medias según sexo.

Parámetros éticos:

Se informó con antelación a los directivos del Hospital Clínico-Quirúrgico Docente Dr. “Carlos Font Pupo” y se obtuvieron un Aval de Aprobación del Comité de Ética Médica de la institución para iniciar la investigación, así como un permiso firmado por los pacientes autorizando a los investigadores a recopilar sus datos. A su vez se respetaron de manera férrea y fiel los principios de la Bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. La información recopilada se utilizó para fines puramente científicos, y bajo los principios expuestos en la Declaración de Helsinki.⁽¹²⁾

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes

Variable	Valores	FA	%
Edad	48,55 ± 15,3	20	100
Sexo	Masculino	12	60
	Femenino	8	40
Color de piel	Blanca	9	45
	Mestiza	7	35
	Negra	4	20
Nivel de escolaridad	Primaria sin terminar	1	5
	Primaria	3	15
	Secundaria	6	30
	Preuniversitario	7	35
	Universitario	3	15
Estado civil	Casado	8	40
	Soltero	6	30
	Acompañado	5	25
	Viudez	1	5

Fuente: Datos obtenidos en la entrevista

En la **Tabla 1** se consignaron los datos concernientes a las variables sociodemográficas, se encontró una media de edad de 48,55 ± 15,3 años, predominio del sexo masculino con 12 (60%), y color de piel blanca (9 para un 45%). Con respecto al nivel de escolaridad se constató que 7 pacientes culminaron sus estudios preuniversitarios (35% con alto nivel educacional) y 8 individuos se encontraban casados (40%).

Tabla 2. Características médico-clínicas de los pacientes.

Variable	Valores	FA	%
Etiología de la ERC	Nefropatía vascular.	9	45
	Nefropatía diabética	8	40
	Glomerulonefritis crónica.	1	5
	Válvula de uretra posterior.	1	5
	Nefropatía por reflujo.	1	5
	< 3 años	10	50

Duración del tratamiento sustitutivo	3 – 5 años	6	30
	> 5 años	4	20

Fuente: Datos obtenidos en la entrevista

Las variables médico-clínicas en la **Tabla 2** evidenciaron que la causa más frecuente de la ERC fue la Nefropatía vascular (Hipertensión Arterial) en 9 pacientes (45%), seguida muy de cerca por la Nefropatía diabética (Diabetes Mellitus) en 8 pacientes (40%). Se encontraron 2 casos en los que la ERC fue el resultado final de una malformación congénita (válvula de uretra posterior) y de un accidente automovilístico que condujo a una nefropatía por reflujo, respectivamente. El 50% de los pacientes lleva menos de 3 años sometidos a tratamiento sustitutivo de la función renal. En los registros médicos de 2 pacientes se informaba que habían recibido un trasplante de riñón y en ambos casos, se perdió la función del injerto, teniendo que retornar al programa de hemodiálisis.

Tabla 3. Puntuaciones obtenidas en las Dimensiones Genéricas del KDQoL.

DIMENSIONES GENÉRICAS	SEXO		PUNTUACIONES GENERALES	p*
	MASCULINO	FEMENINO		
	M ± DE	M ± DE	M ± DE	
Rol físico	18,75 ± 15,53	18,75 ± 22,16	18,75 ± 17,91	0,867
Energía / fatiga	48,33 ± 22,69	47,5 ± 21,87	48 ± 21,79	1
Percepción general de la salud	51,25 ± 19,9	49,37 ± 27,18	50,5 ± 22,41	0,756
Rol emocional	49,99 ± 36,23	54,16 ± 39,59	51,6 ± 36,64	0,715
Función física	64,16 ± 35,08	39,37 ± 34,89	54,25 ± 36,28	0,102
Salud mental	66 ± 17,43	59 ± 17,59	63,2 ± 17,39	0,413
Dolor corporal	77,5 ± 19,56	49,06 ± 21,87	66,13 ± 24,54	0,012
Función Social	68,75 ± 25,28	65,62 ± 23,85	67,5 ± 24,13	0,724

p* obtenido en la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney.

Comentario: Se ordenaron las filas según los valores de la Columna Puntuaciones Generales.

Fuente: Respuestas del cuestionario KDQoL versión 1.3

En la **Tabla 3** se ilustraron los datos concernientes a las dimensiones genéricas, en las que el Rol físico fue el más comprometido con una puntuación media de $18,75 \pm 17,91$, seguido por la dimensión Energía/fatiga y Percepción general de la salud. La Función Social fue la dimensión que más alta puntuación alcanzó, con un promedio de $67,5 \pm 24,13$. Al aplicar la prueba de U

de Mann-Whitney se pudo constatar con un 95% de confianza que existe una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones medias de hombres y mujeres en la dimensión Dolor Físico ($77,5 \pm 19,56$ vs. $49,06 \pm 21,87$), en la se aprecia una tendencia a exhibir mejores puntuaciones los hombres que las mujeres.

Tabla 4. Puntuaciones obtenidas en las Dimensiones Específicas del KDQoL.

DIMENSIONES ESPECÍFICAS	SEXO		PUNTUACIONES GENERALES M ± DE	p*
	MASCULINO M ± DE	FEMENINO M ± DE		
Estatus laboral	12,5 ± 22,61	3,75 ± 10,6	9 ± 18,89	0,406
Función sexual	45,83 ± 48,06	42,18 ± 47,68	44,38 ± 46,68	1
Carga de la enfermedad renal	51,56 ± 23,55	53,9 ± 20,57	52,5 ± 21,88	0,845
Efectos de la enfermedad renal	59,37 ± 19,3	44,92 ± 21,58	53,59 ± 20,98	0,074
Sueño	67,39 ± 19,45	47,5 ± 15,41	59,44 ± 20,17	0,033
Síntomas / problemas	71,28 ± 16,04	54,94 ± 13,81	64,75 ± 16,94	0,04
Apoyo social	77,77 ± 34,32	89,58 ± 15,27	82,5 ± 28,35	0,581
Función cognitiva	83,32 ± 17,86	84,16 ± 11,23	83,66 ± 15,21	0,937
Satisfacción del paciente	79,16 ± 23,7	91,65 ± 8,92	84,16 ± 19,85	0,404
Interacciones sociales	90,55 ± 12,54	86,66 ± 11,81	88,99 ± 12,1	0,455
Apoyo del personal de diálisis	89,58 ± 11,71	98,43 ± 4,41	93,13 ± 10,32	0,068

p* obtenido en la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney.

Comentario: Se ordenaron las filas según los valores de la Columna Puntuaciones Generales.

Fuente: Respuestas del cuestionario KDQoL versión 1.3

En las dimensiones específicas (**Tabla 4**) se obtuvo que el Estatus laboral fue el más comprometido con una puntuación media de $9 \pm 18,89$, seguido por la dimensión Función sexual y Carga de la enfermedad renal. La puntuación más alta le correspondió a la dimensión Apoyo del personal de diálisis con $93,13 \pm 10,32$.

Luego de aplicarse la prueba de U de Mann-Whitney se pudo constatar con un 95% de confianza que existe una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones medias de hombres y mujeres en las dimensiones Sueño ($67,39 \pm 19,45$ vs. $47,5 \pm 15,41$) y Síntomas/problemas ($71,28 \pm 16,04$ vs. $54,94 \pm 13,81$).

DISCUSIÓN

La ERC es una enfermedad que modifica progresivamente el estilo de vida de forma irreversible, debido a la repercusión en la salud psicológica, física, económica y social. Esto lleva a los pacientes a depender en la etapa terminal de TSFR, ya sea con diálisis o hemodiálisis.⁽¹³⁾ Las estadísticas confirman que la ERC es un problema emergente a nivel mundial, valorándose que los estadios iniciales suelen ser asintomáticos, lo que hace muy difícil el diagnóstico precoz y a su vez, determinar la cifra de pacientes con ERC oculta es un reto extremo.⁽¹⁴⁾ A su vez, la utilización del TSFR se está incrementando considerablemente, entre un 5 y un 10% anual, en los países desarrollados.⁽¹⁵⁾

En el estudio se encontró un predominio de pacientes con una media de edad de 48,55 años, resultado algo inferior al obtenido por autores como *Sánchez*⁽¹³⁾ que encontró un promedio de edad de 55,72 años, y *García-Trabanino, et al*⁽¹⁶⁾ en su estudio sobre incidencia, mortalidad y prevalencia de la ERC en la región del Bajo Lempa, El Salvador, la sitúa en 55,6 años.

Con respecto al predominio del sexo masculino, se asume la existencia de una tendencia en los hombres a desatender su salud, abandonar los tratamientos de enfermedades crónicas o que impliquen la polifarmacia, solicitar asistencia médica más tarde, someterse a ambientes más estresantes y a la presencia de factores de riesgo como los hábitos enólicos y nicotínicos. Lo que ha supuesto en parte, que sean precisamente los hombres en los que predomina la ERC.^(4,10) Sin embargo hay que destacar que autores como *Guzmán-Guillén*⁽¹⁷⁾ reportaron una prevalencia de ERC del 10,6% en ambos sexos, posiblemente porque los factores de riesgo de aparición de ERC estaban presentes de manera similar en los pacientes de ambos sexos de la muestra de su estudio.

En nuestro estudio existió un predominio de los pacientes de piel blanca, resultado que difiere del encontrado en la bibliografía internacional, donde los individuos con piel negra muestran mayor prevalencia. Esto puede ser debido a las características propias del proceso de transculturación ocurrido en Cuba y al alto grado de mestizaje existente. El análisis pormenorizado de la mayoría de pacientes con nivel educacional de preuniversitario representa un factor que no debe ser subestimado, y facilita la comprensión e interiorización por el paciente de las recomendaciones médicas realizadas en base a su estado de salud. Por otra parte, contar con una pareja (40% de los pacientes estaban casados) implica un mayor apoyo físico, social y

afectivo, en extremo vital cuando la ERC progresa a etapas terminales o se presenta la posibilidad de un trasplante renal.

El comportamiento de las causas etiológicas más frecuentes coincide con lo reportado por autores nacionales e internacionales. La Hipertensión Arterial (HTA) fue considerada por el XXXVI Congreso Argentino de Cardiología, FAC-2007, como una “pandemia sin control”⁽¹⁸⁾, y el inadecuado control de los niveles de tensión arterial está asociado al deterioro de la función renal porque incrementan la excreción urinaria de proteínas. Como contrapartida la ERC es causa de HTA (secundaria). Esta relación frecuente HTA-ERC determina en la práctica clínica una elevada prevalencia de HTA entre quienes tienen ERC conocida. Incluso la aparición de HTA se incluye entre los factores predictores de progresión del daño renal.^(2,17,19)

Con respecto a la segunda causa etiológica encontrada en nuestro estudio (Diabetes Mellitus), se presenta un comportamiento variable. Se ha constatado en estudios internacionales que por lo menos en el 50% de los diabéticos con microalbuminuria positiva, aproximadamente un tercio va a desarrollar una enfermedad suficientemente severa como para llegar a la etapa terminal, y requerir, por lo tanto, tratamiento dialítico y/o trasplante renal.⁽²⁰⁾ A lo anterior se debe agregar que la progresión de la ERC en diabéticos con microalbuminuria es mayor en los hipertensos, lo que resalta el papel de la hipertensión en la génesis de la ERC. La DM y la ERC son afecciones crónicas que coexisten frecuentemente en personas mayores de 65 años.^(21,22) Sin embargo, autores como *González*⁽²³⁾ encontraron que la segunda etiología más frecuente de la ERC fue la Enfermedad Renal Poliquística Autosómica Dominante (ERPAD).

De los pacientes de nuestro estudio, 10 llevan recibiendo TSFR menos de 3 años (< 36 meses), seguidos por 6 pacientes con periodos de 3 – 5 años (36 – 60 meses), lo cual indica que la morbi-mortalidad de los pacientes con ERC terminal continúa siendo alta y se debe tener presente que el riesgo de muerte súbita aumenta de forma proporcional a la reducción de la función renal.^(24,25) Este resultado difiere del reportado por autores como *Leyva*⁽¹⁰⁾ y *Rodríguez*⁽²¹⁾ que la sitúan en un periodo de alrededor de 3 a 5 años.

Es necesario tener presente, que los pacientes con ERC desde las etapas predialíticas muestran un descenso de la CV.⁽¹⁾ Sin embargo, el grado de afectación de la CV no siempre se relaciona con la gravedad de la enfermedad, sino que otros factores influyen en ella dado su carácter dual subjetivo-objetivo.⁽²⁷⁾ En el presente estudio el Rol Físico obtuvo la más baja

puntuación de todas las dimensiones genéricas, explicable si se tiene en cuenta que al progresar la ERC surgen y se intensifican las limitaciones en cuanto tipo de trabajo y/o actividades diarias, así como el tiempo que puede dedicarse a estas. Resultados similares fueron obtenidos por *Leyva*⁽¹⁰⁾ y *Morales-Jaimes*.⁽²³⁾ Sin embargo, el compromiso de la dimensión Energía/fatiga y Percepción General de la Salud muestra valores medios, que las sitúan como la segunda y tercera dimensiones generales más afectadas.

Este comportamiento puede deberse a que el deterioro del Rol Físico genera un marcado agotamiento, manifestándose por profundas insatisfacciones al incrementarse la diferencia entre lo que se quiere hacer y lo que se puede hacer. Incluso comprometiendo el validismo de los pacientes y reduciendo significativamente la evaluación que estos realizan de su salud general.

Los resultados obtenidos difieren de los encontrados por *Josh*⁽²⁹⁾ y *Lleixà*⁽³⁰⁾, pues sitúan a la Percepción General de la Salud y a la Función Física como las dimensiones más afectadas, luego del Rol físico. Esta diferencia puede deberse a que la mayoría de los pacientes del presente estudio llevan menos de 36 meses en el programa de hemodiálisis, traduciéndose como un menor tiempo de estadía en el periodo final de la ERC, por lo que la capacidad para realizar las actividades diarias está relativamente más conservada.

La obtención por las mujeres en la dimensión Función Física de una puntuación media más baja que la de los hombres, sugiere que existe mayor limitación en la realización de actividades tales como levantar objetos pesados, mover una mesa, cargar las compras del mercado o subir varios pisos por la escalera y se considera que no se puede intentar emitir un criterio sobre esta dimensión sin antes considerar su asociación indiscutible con el comportamiento del Dolor Físico, el cual es extremadamente común en el paciente con ERC terminal.⁽³¹⁾

Si bien es cierto que las mujeres que participaron en la presente investigación se mostraron con una tendencia a detallar más sus respuestas que los hombres en los ítems de la dimensión, autores como Caravaca y colaboradores especulan sobre una mayor sensibilidad al dolor en el sexo femenino por mecanismos que pueden estar relacionados con los sistemas de percepción tanto periféricos como centrales, los estados inflamatorios crónicos y la acción de las toxinas urémicas sobre inhibidores endógenos del dolor (endorfinas, endocannaboides, GABA).⁽³²⁾

En el apartado de las dimensiones específicas, el Estatus laboral resultó muy comprometido, resultado que se explica porque cuando un paciente es diagnosticado con ERC terminal se

procede a su jubilación. La Función Sexual es comprometida en todos los pacientes.⁽³³⁾ En la presente investigación 8 pacientes no respondieron la pregunta referente a si habían mantenido relaciones sexuales en las últimas 4 semanas. El resto respondió con posiciones medias entre una actividad sexual sin dificultad y 5 negaron haber mantenido actividades sexuales. Por tratarse de una cuestión privada, se considera que este resultado debe tomarse con reserva.

En la dimensión específica Carga de la Enfermedad Renal se evalúa la percepción del paciente con respecto a si la ERC le ocupa mucho tiempo, si esta interviene con su vida, etc. Obviamente la realización de al menos 3 sesiones de hemodiálisis cada semana, durante aproximadamente 4 horas reduce el tiempo que los pacientes emplean para sus actividades diarias. Debe agregársele el tiempo que transcurre en el trayecto hogar-hospital y viceversa, así como las hospitalizaciones frecuentes. Todo ello conlleva a que la carga de la enfermedad sea significativa. Los resultados obtenidos concuerdan con autores como *Leyva*.⁽¹⁰⁾

La dimensión específica Sueño alcanzó una puntuación media más baja en las mujeres que en los hombres. Posiblemente asociado a los Síntomas/problemas que incidieron más desfavorablemente precisamente en las mujeres. Autores como *Capote Leyva*⁽³⁴⁾ y *Peña-Martínez*⁽³⁵⁾ encontraron que la prevalencia de mala calidad de sueño fue de 79,3% y existió una significativa relación con la sintomatología depresiva. Si a esto se suma la aparición de náuseas, vómitos, calambres musculares, prurito, dispepsia o sequedad de la piel incluso si los pacientes son adecuadamente dializados, con buenos niveles de hematocrito y un buen control bioquímico, puede explicarse la disminución del bienestar.

La investigación presenta como limitaciones el haberse realizado sobre un universo pequeño, lo que restringe un poco el arribo a resultados más concluyentes y el empleo de un análisis estadístico más profundo. Quedará para futuras investigaciones acceder a un universo mayor.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones no difieren significativamente de estudios internacionales consultados que aplicaron este instrumento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almaguer López M. Epidemiología de los programas de diálisis. En: Hemodiálisis y Enfermedad Renal Crónica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016. p. 17-8.

2. Sánchez González A. Enfermedad Renal Crónica. En: Medicina Interna Diagnóstico y tratamiento. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016. p. 221.
3. Herrera Valdés R. Enfermedad Renal Crónica: Enfoque sistémico epidemiológico-clínico e intersectorial. En: Nefrología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; p. 102-5.
4. Gorostidi M, Sánchez-Martínez M, Ruilope LM, Graciani A, de la Cruz JJ, Santamaría R, et al. Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. Nefrología [Internet]. noviembre de 2018 [citado 27 de febrero de 2019];38(6):606-15. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211699518300754>
5. Bargman J, Skorecki K. Nefropatía crónica. En: Harrison Principios de Medicina Interna. 19.^a ed. México: McGraw-Hill Education; 2016. p. 1813.
6. Noya Chaveco M, Moya González N. Enfermedad Renal Crónica. En: Roca Goderich Temas de Medicina Interna. 5.^a ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2017. p. 100.
7. Silveira Díaz F, Stewart Lemes G, Fernández Torres S, Quesada Leyva L, León Ramentol C, Ruiz Hunt Z. Prevalencia de la insuficiencia renal crónica en la provincia de Camagüey. Arch Méd Camagüey [Internet]. [citado 27 de febrero de 2019];20(4). Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4430>
8. Lima-Serrano M, Martínez-Montilla JM, Guerra-Martín MD, Vargas-Martínez AM, Lima-Rodríguez JS. Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia. Gas Sanit. 2018;32(1):68-71.
9. Muñoz-Cantero JM, Losada-Puente L. Calidad de vida en adolescentes: Evaluación de necesidades basada en factores personales. Rev Estud E Investig En Psicol Educ [Internet]. 2017;11. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/321895093>
10. Leyva EC, Selier RA, González SRM, Pereira LC, Rupalé L, Hernández YM. Evaluación de la calidad de vida relacionada con salud en pacientes en hemodiálisis periódica utilizando el KDQOL-SFTM. MediSur. 2015;13(4):9.
11. Hays R, Kallich J, Mapes D, Coons S, Amin N, Carter W. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SFTM version 1.3: A Manual for Use and Scoring. Santa Monica CA; 1997.
12. Organización Mundial de la Salud., World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. Washington: OMS; 2001 [citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: [http://www.who.int/bulletin/archives/79\(4\)373.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/79(4)373.pdf)
13. Sánchez Hernández C del R, Rivadeneyra-Espinoza L, Aristil Chery PM. Calidad de vida en pacientes bajo hemodiálisis en un hospital público de Puebla, México. Rev Arch Méd Camagüey [Internet]. 2016 [citado 27 de febrero de 2019];20:262-70. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300006&nrm=iso

14. Casamor DNN, Cabrera GC, Eduardo E, Lescaille JC, Cabrera CR. Incidencia de enfermedad renal crónica en pacientes diabéticos en el Policlínico Vedado en el año 2016. *Rev Méd Electrón [Internet]*. junio de 2018 [citado 27 de febrero de 2019];40(3):12. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2627/3878>
15. de Alarcón Jiménez RM, Roca Meroño S, Alvarez Fernandez G, Navarro Parreño MJ, Perez Silva F, Garcia Hernández MÁ, et al. Tratamiento sustitutivo renal en el anciano. *Diálisis Transpl [Internet]*. 2015 [citado 27 de febrero de 2019];36(2):87-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.02.009>
16. García-Trabanino R, Hernández C, Rosa A, Domínguez Alonso J. Incidencia, mortalidad y prevalencia de enfermedad renal crónica terminal en la región del Bajo Lempa, El Salvador: 10 años de registro comunitario. *Nefrología [Internet]*. 2016 [citado 27 de febrero de 2019];36(5):517–522. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.03.018>
17. Guzmán-Guillén K., Fernández de Córdova-Aguirre JC, Mora-Bravo F, Vintimilla-Maldonado J. Prevalencia y factores asociados a enfermedad renal crónica. *Rev Médica Hosp Gen México [Internet]*. 2014 [citado 27 de febrero de 2019];77(3):108-13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hgmx.2014.06.001>
18. Caselles Fajardo H, Silva Bermúdez E, Nápoles Zaldívar Y. Hipertensión Arterial e Insuficiencia Cardíaca. Apuntes de interés. *Rev Cuba Cardiol Cir Cardiovasc*. 22(3).
19. Araújo L, Betancourt B, Dos Santos G, González V, Vasques L, Vignolo W, et al. La Hipertensión Arterial es factor de riesgo para el desarrollo y progresión de la Enfermedad Renal Crónica. *Rev Urug Med Interna*. diciembre de 2016;(3):4-13.
20. Carrillo Algarra A, Moreno Rubio F, Milena Buitrago S. Enfermedad Renal Crónica y trasplante renal: experiencias y superación de una estudiante de medicina. *Index Enferm [Internet]*. diciembre de 2015 [citado 27 de febrero de 2019];24(4):250-254. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300013&lng=es
21. Calvo-Vázquez I, Sánchez-Luna O, Yáñez-Sosa AL. Prevalencia de enfermedad renal crónica no diagnosticada en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria a la salud. *Med Interna México*. 2015;31(1):41-9.
22. Martínez Candela J, Sangrós González J, García Soidán FJ, Millaruelo Trillo JM, Díez Espino J, Bordonaba Bosque D, et al. Enfermedad renal crónica en España: prevalencia y factores relacionados en personas con diabetes mellitus mayores de 64 años. *Nefrología [Internet]*. 2018 [citado 27 de febrero de 2019];38(4):401–413. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.025>
23. González E, Ayala M, Ramírez M. Soporte nutricional a pacientes con enfermedad renal crónica dependientes de hemodiálisis. *MEDISAN [Internet]*. [citado 27 de febrero de 2019];14(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000300007&script=sci_arttext

24. Pérez Escobar MM, Herrera Cruz N, Pérez Escobar E, Cabrejas Hernández Z. Factores sociales que contribuyen a la morbi-mortalidad en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a hemodiálisis. Un estudio necesario. *Humanidades Médicas* [Internet]. 2008 [citado 27 de febrero de 2019];8:0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202008000100007&nrm=iso
25. Caravaca F, Chávez E, Alvarado R, García-Pino G, Luna E. Muerte súbita en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. *Nefrología* [Internet]. 2016 [citado 27 de febrero de 2019];36(4):404–409. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.05.001>
26. Rodríguez M, Castro R, Oliveira I, Prata C, Morgado T. Calidad de vida en la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2011;31(1):91-6.
27. López CA, Escribano AF, Cantanero GG, Luque A, García EI. Calidad de vida percibida por niños con enfermedad renal crónica y por sus padres. *Nefrología*. 2010;30(1):103-9.
28. Morales-Jaimes R, Salazar-Martínez E, Flores-Villegas FJ, Bochicchio-Riccardelli T. Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión. 2008;144(2):8.
29. 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* [Internet]. diciembre de 2010 [citado 27 de febrero de 2019];11(1). Disponible en: <http://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2369-11-36>
30. Lleixà MA, Marin LC, Solé JA, Miravete ES, Martínez E, Usach TS. 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]. diciembre de 2016 [citado 27 de febrero de 2019];19(4):331-40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842016000400004>
31. Narváez Tamayo M, Castañeda de la Lanza C, O Shea Cueva G, Lozano Herrera J, Castañeda Martínez C. Paciente con enfermedad renal: manejo del dolor. *Gac Mex Oncol* [Internet]. 2015 [citado 27 de febrero de 2019];14(6):335-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2015.12.006>
32. Caravaca F, Gonzales B, Bayo MÁ, Luna E. Dolor músculo-esquelético en pacientes con enfermedad renal crónica. *Nefrología* [Internet]. 2016 [citado 27 de febrero de 2019];36(4):433–440. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.03.024>
33. Contreras F. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicol Salud* [Internet]. 2008 [citado 27 de febrero de 2019];18(2):165-79. Disponible en: <http://www.ssrn.com/abstract=1307863Electronic>
34. Capote Leyva E, Casamayor Laime Z, Castañer Moreno J. Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Rev Cuba Med Mil* [Internet].

2012 [citado 27 de febrero de 2019];41:237-47. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000300003&nrm=iso

35. Peña-Martínez B, Navarro V, Oshiro H, Bernabe-Ortiz A. Factores asociados a mala calidad de sueño en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Diálisis Transpl [Internet]*. 2015 [citado 27 de febrero de 2019];36(1):20-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.02.002>

Contribución de autoría:

Conceptualización: Yoander Nápoles-Zaldivar,

Curación de datos: Yoander Nápoles-Zaldivar, Ivonne María Nodarse-Palacios

Análisis formal: Yoander Nápoles-Zaldivar, Ivonne María Nodarse-Palacios

Investigación: Yoander Nápoles-Zaldivar, Ivonne María Nodarse-Palacios

Metodología: Yoander Nápoles-Zaldivar

Visualización: Ivonne María Nodarse-Palacios

Redacción – borrador original: Yoander Nápoles-Zaldivar

Redacción – revisión y edición: Ivonne María Nodarse-Palacios

Este preprint fue presentado bajo las siguientes condiciones:

- Los autores declaran que son conscientes de que son los únicos responsables del contenido del preprint y que el depósito en SciELO Preprints no significa ningún compromiso por parte de SciELO, excepto su preservación y difusión.
- Los autores declaran que se obtuvieron los términos necesarios del consentimiento libre e informado de los participantes o pacientes en la investigación y se describen en el manuscrito, cuando corresponde.
- Los autores declaran que la preparación del manuscrito siguió las normas éticas de comunicación científica.
- Los autores declaran que los datos, las aplicaciones y otros contenidos subyacentes al manuscrito están referenciados.
- El manuscrito depositado está en formato PDF.
- Los autores declaran que la investigación que dio origen al manuscrito siguió buenas prácticas éticas y que las aprobaciones necesarias de los comités de ética de investigación, cuando corresponda, se describen en el manuscrito.
- Los autores declaran que una vez que un manuscrito es postado en el servidor SciELO Preprints, sólo puede ser retirado mediante solicitud a la Secretaría Editorial deSciELO Preprints, que publicará un aviso de retracción en su lugar.
- Los autores aceptan que el manuscrito aprobado esté disponible bajo licencia [Creative Commons CC-BY](#).
- El autor que presenta el manuscrito declara que las contribuciones de todos los autores y la declaración de conflicto de intereses se incluyen explícitamente y en secciones específicas del manuscrito.
- Los autores declaran que el manuscrito no fue depositado y/o previamente puesto a disposición en otro servidor de preprints o publicado en una revista.
- Si el manuscrito está siendo evaluado o siendo preparando para su publicación pero aún no ha sido publicado por una revista, los autores declaran que han recibido autorización de la revista para hacer este depósito.
- El autor que envía el manuscrito declara que todos los autores del mismo están de acuerdo con el envío a SciELO Preprints.