Descargado el: 7-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación de la calidad de vida relacionada con salud en pacientes en hemodiálisis periódica utilizando el KDQOL-SFTM

Evaluation of Health-related Quality of Life in Regular Hemodialysis Patients Using the KDQOL-SFTM Questionnaire

Eliseo Capote Leyva[1] Raydel Argudín Selier[1] Salvador Roberto Mora González[1] Lázaro Capote Pereira[1] Idrissa Leonard Rupalé[2] Yosvany Moret Hernández[1]

[1] Hospital Militar Dr. Carlos J Finlay, La Habana, La Habana, Cuba, CP: 11500
[2] Centro de Inmunología Molecular, La Habana, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Capote-Leyva E, Argudín-Selier R, Mora-González S, Capote-Pereira L, Leonard-Rupalé I, Moret-Hernández Y. Evaluación de la calidad de vida relacionada con salud en pacientes en hemodiálisis periódica utilizando el KDQOL-SFTM. **Medisur** [revista en Internet]. 2015 [citado 2026 Nov 7]; 13(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2789

Resumen

Fundamento: en la insuficiencia renal crónica terminal, tratamientos como la hemodiálisis inducen cambios sustanciales en el estilo de vida. Los tratamientos se dirigen a lograr la mejoría funcional mediante la reducción de síntomas y/o el enlentecimiento de la progresión de la enfermedad.
Objetivo: evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en hemodiálisis periódica intermitente.
Métodos: se realizó un estudio descriptivo, transversal, en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis periódica en el servicio de hemodiálisis y diálisis peritoneal del Hospital Militar Dr. Carlos J. Finlay durante el periodo de enero a febrero del año 2013. Para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, se utilizó el instrumento Kidney Disease Quality of Life Short Form versión 1.3.
Resultados: las dimensiones genéricas de menores puntuaciones fueron el rol físico, la percepción general de salud y el rol emocional. Las dimensiones específicas con menores puntuaciones fueron la carga de la enfermedad renal, el estatus laboral y la función sexual y las dimensiones con mayores puntuaciones fueron las específicas: relación con el personal de diálisis (85,62 puntos), función cognitiva (84,33 puntos) y calidad de la relación social (82,88 puntos).
Conclusión: al igual que en otros países, en Cuba el KDQOL-SF permite evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en el paciente en hemodiálisis periódica intermitente, pues permite identificar de manera efectiva las dimensiones y esferas más afectadas en estos.

Palabras clave: calidad de vida, salud, pacientes, diálisis renal

Abstract

Background: in end-stage chronic renal failure, treatments like hemodialysis induce substantial changes in lifestyle. Such therapies aim to achieve functional improvement by reducing symptoms and/or slowing disease progression.
Objective: to evaluate the health-related quality of life in patients undergoing regular hemodialysis.
Methods: a cross-sectional study was conducted in chronic renal failure patients undergoing regular hemodialysis in the hemodialysis and peritoneal dialysis service of the Dr. Carlos J. Finlay Military Hospital from January through February 2013. The Kidney Disease Quality of Life Short Form version 1.3 was used to evaluate the health-related quality of life.
Results: generic dimensions with lower scores were the physical role, general health perception and emotional role. The specific dimensions with lower scores were the burden of kidney disease, employment status and sexual function while dimensions with higher scores were specific: relationship with the dialysis staff (85.62 points), cognitive function (84.33 points) and quality of social relationship (82.88 points).
Conclusion: As in other countries, the KDQOL-SF enables the evaluation of health-related quality of life in regular hemodialysis patients in Cuba, since it allows effectively identifying the dimensions and areas most affected.

Key words: quality of life, health, patients, renal dialysis

Aprobado: 2015-07-07 08:24:11

Correspondencia: Eliseo Capote Leyva. Hospital Militar Dr. Carlos J Finlay eliseocapote@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica influye de manera determinante en la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Los tratamientos sustitutivos, como la hemodiálisis, inducen a cambios sustanciales en el estilo de vida. La importancia de incluir indicadores de calidad de vida en el seguimiento de los enfermos, viene dada no solo porque es una parte básica del concepto de salud, sino por su estrecha relación con morbilidad y la mortalidad.[1]

El concepto de calidad de vida (CV) irrumpe en la medicina paralelamente al cambio en las características de muchas enfermedades crónicas no susceptibles a la curación, dirigiéndose el tratamiento a lograr la mejoría funcional de los pacientes mediante la reducción de síntomas y/o el enlentecimiento de la progresión de la enfermedad, atenuándose su impacto en la vida.[1]

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto de aparición más o menos reciente y se identifica como el conjunto de factores relacionados con el estado de salud que forman parte del concepto multidimensional de CV, tal y como lo definió la OMS (la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses). La CVRS evalúa los efectos que la enfermedad y su tratamiento produce en la CV y aunque el significado de los dos términos no es el mismo, en gran parte de la literatura médica se identifican ambos conceptos como sinónimos.[2,3]

La CVRS se refiere a los dominios físicos, psicológicos y sociales de la salud, considerados como áreas distintas que están influidos por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones.[4] Mediante su evaluación se intenta cuantificar, en términos científicamente analizables, la consecuencia neta de la enfermedad y su tratamiento en la consecución de la satisfacción personal del paciente.[1]

Teniendo en cuenta que la calidad de vida expresada en función de la salud contribuye al perfeccionamiento del proceder terapéutico, así como al establecimiento y la evaluación de diversos programas de salud y siendo conscientes de la importancia de conocer el modo en que perciben los pacientes con una enfermedad crónica bajo un tratamiento sustitutivo su CVRS, sobre todo para valorar el trabajo del personal médico y paramédico en función del paciente, este trabajo tiene el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en hemodiálisis periódica intermitente, atendidos en el del servicio de nefrología del Hospital Militar Dr. Carlos J. Finlay.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis periódica en el servicio de hemodiálisis y diálisis peritoneal del Hospital Militar Dr. Carlos J. Finlay durante el periodo de enero a febrero del año 2013.

Del total de pacientes (84) que recibían tratamiento de hemodiálisis periódica intermitente en el servicio de hemodiálisis de este Hospital, se trabajó con los 60 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios: pacientes de 20 o más años de edad; pacientes con tres o más meses de iniciado el tratamiento depurador; y que dieron su consentimiento para participar en el estudio.

Se excluyeron aquellos pacientes con antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica invalidante en el momento del estudio y/o deterioro cognitivo severo.

Se aplicó a todos los pacientes el instrumento específico KDQOL-SF™ (*Kidney Disease Quality of Life Short Form**[a]***) versión 1.3 para valorar CVRS. Al cuestionario entregado a cada paciente, se adjuntó un documento de carácter explicativo, aunque cualquier tipo de duda se aclaró mediante la explicación verbal. Para una caracterización más completa de los pacientes, se recogieron en una planilla anexa variables como: edad, sexo, escolaridad, color de piel, estado civil, causas de insuficiencia renal crónica, tiempo de tratamiento sustitutivo de la función renal (TSFR) y acceso vascular.

Los datos que los pacientes no pudieron aportar, se obtuvieron de sus familiares y/o de las historias clínicas ambulatorias del servicio de hemodiálisis.

El KDQOL-SF™ se aplicó durante los meses de enero y febrero del año 2013 y a mitad del periodo interdialítico de los pacientes para garantizar que los niveles de depuración fueran

los más adecuados y que los síntomas urémicos no tuvieran influencia negativa en las opciones de respuesta de los pacientes.

El KDQOL-SF™ versión 1.3, es uno de los instrumentos específicos más utilizados para valorar la CVRS en los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) terminal y con tratamiento sustitutivo de la función renal, específicamente la diálisis peritoneal y la hemodiálisis, traducido además a múltiples idiomas desde su original en inglés. Combina un *test* genérico, el SF-36 y uno específico. El test genérico consta de 36 ítems agrupados en ocho dimensiones o escalas: función física (diez ítems), limitaciones del rol por problemas físicos (cuatro ítems), limitaciones del rol por problemas emocionales (tres ítems), función social (dos ítems), salud mental (cinco ítems), dolor (dos ítems), energía/fatiga o vitalidad (cuatro ítems), percepción general de salud (cinco ítems). Para cada dimensión los ítems son codificados, agregados y trasformados en una escala que tiene un recorrido desde cero (el peor estado de salud) hasta 100 (el mejor estado de salud). El test específico del KDQOL-SF incluye 43 ítems dirigidos a la enfermedad y distribuidos en 11 escalas o dimensiones: síntomas/problemas (12 ítems), efectos de la enfermedad sobre la vida diaria (ocho ítems), carga de la enfermedad renal (cuatro ítems), estatus laboral (dos ítems), función cognitiva (tres ítems), interacción social (tres ítems), función sexual (dos ítems), sueño (cuatro ítems); y tres escalas adicionales: soporte social (dos ítems), apoyo del personal de diálisis (dos ítems) y satisfacción del paciente con los cuidados recibidos (un ítems).[1,5]

El estudio cumplió con la II Declaración de Helsinki y con la legislación vigente en Cuba. Se contó con el consentimiento oral y escrito de los pacientes incluidos en el estudio, o en su defecto, con la aprobación de personas responsabilizadas con ellos. Se les informó sobre la entera libertad para participar en el estudio, y sobre el derecho a abandonarlo en cualquier momento y sin consecuencia alguna si así lo decidieran, además, las pruebas empleadas no implicarían riesgos para su calidad de vida. La confidencialidad de los datos recogidos en las entrevistas y la privacidad individual fueron garantizadas por los autores y los resultados de la investigación serían públicos solo para la comunidad científica.

Los datos obtenidos se almacenaron en base de datos *Microsoft Excel* y se procesaron en forma automatizada con el paquete estadístico SPSS versión 19 para Windows. Se determinaron las medidas de resumen de variables cuantitativas en valores medios, números absolutos y desviación estándar, que permitieron describir las variables analizadas, así como las puntuaciones de las dimensiones del KDQOL-SF™ versión 1.3. Para el contraste de hipótesis nula de homogeneidad, se empleó el test de Mann Whitney, Kruskal Wallis o Anova, considerando los diferentes subgrupos y normalidad de las series. Las variables cualitativas se resumieron en razones y proporciones. Los resultados obtenidos se resumieron en tablas para su mejor análisis y comprensión.

RESULTADOS

Se aplicó el KDQOL-SF™ versión 1.3 a 60 pacientes (71,4 % del total de pacientes atendidos en este servicio).

Al analizar la distribución de los pacientes según datos sociodemográficos y clínicos, se observó un predominio de pacientes menores de 60 años de edad (66,7 %), y del sexo masculino (65 %) casi duplicando la cifra de mujeres. En cuanto al color de la piel, no se encontraron diferencias marcadas, pero existió un discreto predominio de los de piel blanca. Un dato importante a señalar es el alto porciento de pacientes con un nivel educacional alto, ya que el 90 % se encontró entre un nivel medio y universitario. Dentro de las principales causas de IRC, estuvieron en orden decreciente la HTA (33,3 %), la enfermedad renal poliquística autosómica dominante (ERPAD) y la causa no filiada, que representaron cada una un 18,3 %. La gran mayoría de los pacientes (90 %) sobrepasó los 12 meses de TSFR. El 41,7 % tenía un tiempo de tratamiento superior a los 48 meses y el tiempo promedio en meses fue de 47,4. El acceso vascular más utilizado fue la fístula arteriovenosa, solo el 5 % (3 pacientes) tenían catéter. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de pacientes según variables sociodemográficas y clínicas

Variables sociodemográficas (N=60)		No.	%	Promedio
Edad	Menores de 60 años	40	66,7	51,2 años
	Mayores o igual a 60 años	20	33,3	
Sexo	Masculino	39	65,0	-
	Femenino	21	35,0	
Color de la piel	Blanca	24	40,0	-
	Negra	20	33,3	
	Mestiza	16	26,7	
Nivel de escolaridad	Primaria	6	10,0	-
	Medio	24	40,0	
	Medio superior	20	33,3	
	Universitario	10	16,7	
Estado civil	Casado	33	55,0	-
	Soltero	23	38,3	
	Viudo	4	6,7	
Variables clínicas (N=60)		**No.**	**%**	**Promedio**
Causa de insuficiencia renal crónica	Hipertensión arterial	20	33,3	-
	ERPAD	11	18,3	
	No filiada	11	18,3	
	Glomerulopatía	9	15,0	
	Diabetes mellitus	4	6,7	
	Nefropatía obstructiva	4	6,7	
	Nefritis tubulointersticial	1	1,7	
Tiempo de tratamiento sustitutivo de la función renal	3.a 12 meses	6	10,0	47,4 meses
	13.a 48 meses	29	48,3	
	Más de 48 meses	25	41,7	
Acceso vascular	Fístula arteriovenosa	57	95,0	-
	Catéter	3	5,0	

Fuente: Planilla de datos

Las escalas o dimensiones genéricas según KDQOL-SF™ versión 1.3 con relación a las puntuaciones brutas promedio, mostraron menores puntuaciones (inferior a 60 puntos) en el rol físico, la percepción general de salud y el rol emocional. Solo se alcanzó la mínima puntuación posible (0 puntos) en el rol físico y el rol emocional y en todas las demás se alcanzó la mayor puntuación posible de 100 puntos, excepto en la percepción general de salud. (Tabla 2).

Tabla 2. Dimensiones genéricas del KDQOL-SF versión 1.3 según puntaciones brutas promedios, desviación estándar y valores mínimos y máximos

Dimensiones genéricas	Puntuación promedio	Desviación estándar	Valor inferior alcanzado	Valor superior alcanzado
Función física	63,8	26,5	5	100
Rol físico	40,4	42,9	0	100
Dolor corporal	64,8	24,5	20	100
Percepción general de salud	40,7	18,0	6,25	93,8
Salud mental	67,5	17,5	32	100
Rol emocional	52,8	38,9	0	100
Función sexual	69,8	20,2	25	100
Energía/fatiga o vitalidad	64,5	20,7	10	100

Fuente: Base de datos y KDQOL-SF versión 1.3

En cuanto al comportamiento de las escalas o dimensiones específicas según KDQOL-SF™ versión 1.3 con relación a las puntuaciones brutas promedio, las de más bajas puntuaciones (menores de 60 puntos) fueron la carga de la enfermedad renal y el estatus laboral. También tuvo baja puntuación la función sexual, teniendo en cuenta que solo respondieron 29 pacientes del total de 60 pacientes. Las dimensiones específicas con mayores puntuaciones fueron: relación con el personal de diálisis (85,62), función cognitiva (84,33) y calidad de la relación social (82,88). La menor puntuación posible (0 puntos) se obtuvo en las dimensiones: carga de la enfermedad renal, estatus laboral y soporte social, mientras que en casi todas se alcanzó la mayor puntuación posible (100 puntos) excepto en síntomas/problemas y efectos de la enfermedad renal. (Tabla 3)

Tabla 3. Dimensiones específicas del KDQOL-SF versión 1.3 según puntaciones brutas promedios, desviación estándar y valores mínimos y máximos alcanzados por los pacientes

Dimensiones específicas	Puntuación promedio	Desviación estándar	Valor inferior alcanzado	Valor superior alcanzado
Síntomas/problemas	77,03	12,3	47,91	95,83
Efectos de la enfermedad renal	68,96	15,6	25	96,87
Carga de la enfermedad renal	43,54	29,7	0	100
Estatus laboral	44,16	41,3	0	
Función cognitiva	84,33	18,2	33,33	100
Calidad de la relación social	82,88	17,3	53,33	100
Función sexual	36,04	30,7	0	100
Sueño	65,02	22,4	13,33	100
Soporte social	79,58	27,6	0	100
Relación con el personal de diálisis	85,62	15,2	50	100
Satisfacción del paciente	69,99	22,3	33,33	100

Fuente: Base de datos y KDQOL-SF versión 1.3

DISCUSIÓN

Las estadísticas revisadas informan que a nivel mundial existe una tendencia al aumento de pacientes de la tercera edad que reciben TSFR,[6-8] contrario a lo que sucedió en este estudio, donde se encontró un predominio de pacientes menores de 60 años de edad (66,7 %). En Cuba se ha observado un incremento de la tasa de incidencia de pacientes en métodos de diálisis (96 % en hemodiálisis), de 71 por millón de población (pmp) en el año 2001 a 96,69 pmp en el 2011. Los pacientes mayores de 60 años representaron en el 2001 el 21,4 %, mientras que en el 2011 representaron el 41,8 %, evidencia de un incremento de los adultos mayores que reciben TSFR en el país.[9]

A pesar del relativo bajo porciento de adultos mayores en esta investigación, la edad promedio fue de 51,2 años, algo superior a la reportada por otros autores cubanos,[10,11] que reportaron en pacientes en hemodiálisis una edad promedio de 46 y 43 años.

El predominio del sexo masculino entre los pacientes en hemodiálisis es un resultado que guarda semejanzas tanto con investigaciones nacionales[10-12] como internacionales.[13-15] Sucede que los hombres son más propensos a mantener hábitos y estilos de vida poco saludables, con más frecuencia sus ambientes laborales son más agresivos y estresantes, tienden a adherirse menos a los tratamientos, son menos constantes en la asistencia a consultas médicas, además de que presentan una ligera mayor prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus.

El USRDS (*United States* Renal Data System[b]), publicó que la tasa de incidencia en diálisis de la población afroamericana es 3,5 veces mayor que en la población caucásica,[8] y otros estudios norteamericanos también muestran ese predominio del color de la piel negra o de afroamericanos.[16] En Cuba, el sincretismo racial, de alguna manera, podría estar relacionado con los resultados encontrados.

El alto nivel educacional como tendencia entre los cubanos, es expresión del esfuerzo y la voluntad política de la Revolución Cubana por brindar una educación gratuita y con un nivel aceptable a todos los ciudadanos. Así mismo se manifestó en los resultados para esta serie; otros estudios cubanos sobre percepción de calidad de vida en pacientes en terapia sustitutiva, han tenido resultados similares,[2,10] en contraste con publicaciones internacionales, cuyas poblaciones tenían un nivel educacional medio o inferior al medio.[13,17]

El predominio de los individuos casados hace suponer un apoyo familiar aceptable, muy necesario en este grupo de pacientes para enfrentar su enfermedad y las limitaciones que esta impone. Otros trabajos describen un predominio de los pacientes casados o al menos acompañados por familiares de primer grado.[13,17]

En la actualidad, la DM y la HTA constituyen las principales causas de IRC, seguidas de glomerulopatías primarias, la ERPAD y las causas urológicas. La DM es la causa más frecuente en más del 40 % de los pacientes que ingresan a diálisis en los Estados Unidos, Tailandia, Nueva Zelandia, Hong Kong, República de Corea, Taiwán y Filipinas.[8] En la región de América Latina alcanza entre el 58 al 60 % en Morelos y Jalisco, en México, en Puerto Rico 65 %, Venezuela 42 %, Colombia 35 % y en Cuba el 28 %.[9] El incremento de la causalidad por HTA y DM, obedece al aumento de estas enfermedades, asociadas a otros factores de riesgo vascular, como la obesidad, dislipidemias, hábito de fumar, estilos de vida no saludables y el envejecimiento.[18] Sin embargo, en la muestra de este estudio, aunque es la HTA la principal causa de IRC, la DM solo representó el 6,7 % (4 pacientes) del total, lo cual difiere de los datos ofrecidos en la publicación *Enfermedad Renal Crónica. Cuba 2012*, realizada por el Grupo Nacional de Nefrología, donde se plantea que la DM representa en ambos sexos la segunda causa de IRC con TSFR.[19] No obstante, otros centros cubanos reportan resultados similares al obtenido en este trabajo: González y colaboradores, en Santiago de Cuba, encontraron como segunda causa de IRC a la ERPAD y la DM solo representó el 10,2 % del total de pacientes;[12] Pérez y colaboradores, en Las Tunas, reportan un total de cinco pacientes diabéticos que llegaron por esta causa a la IRC con TSFR.[11] Todos coinciden en que es la HTA la principal causa de IRC. En este estudio, la ERPAD fue la segunda causa más frecuente de IRC, posiblemente debido al carácter heredo- familiar de esta enfermedad, así como a su alta prevalencia en la población.

Casi la mitad de los pacientes tenía un tiempo de tratamiento superior a los 48 meses, lo cual implica una adecuada sobrevida, sobre todo al tener en cuenta que el tiempo promedio en meses de TSFR calculado en este estudio fue de

47,4. Al revisar la literatura internacional, se encontró un promedio de TSFR de los pacientes entre 44 y 73 meses.[15,16,20]

Cuando el acceso vascular más utilizado es la fístula arteriovenosa, se infiere una mayor calidad del proceder dialítico. Existe consenso mundial en reconocer que cuando se elige la hemodiálisis, la fístula arteriovenosa (FAV) autóloga es el acceso vascular de elección, debido a su baja incidencia en complicaciones y su relación con mayor supervivencia y baja mortalidad.[21,22]

Estudios que utilizaron las dimensiones genéricas del KDQOL-SF para valorar CVRS en los pacientes en hemodiálisis procedentes de lugares tan diversos como Arabia Saudita, Brasil, México, Taiwán, Estados Unidos, Portugal, España y otros países europeos,[23,24] muestran las peores puntuaciones, fundamentalmente en el rol físico y la percepción general de salud, coincidiendo con los resultados de este estudio. También el rol emocional muestra baja puntuación en la mayoría de los artículos revisados,[15,23,25] justificados quizás por el deterioro físico y psicológico que experimentan estos pacientes por síntomas propios de la pérdida de función renal, a los que se suman los causados por el tratamiento dialítico.

Otras dimensiones con baja puntación reportadas son: función física,[15,24] salud mental,[25] y vitalidad.[27]
En este trabajo, dichas dimensiones obtuvieron calificaciones superiores a 60 puntos.

En Cuba se realizó un estudio en 31 pacientes en hemodiálisis, para valoró CVRS utilizando el SF-36 (parte genérica del KDQOL-SF); este reportó bajas puntuaciones en todas las dimensiones, pero las más afectadas fueron: rol físico, rol emocional y percepción general de salud.[11]

Las dimensiones específicas de más bajas puntuaciones (menores de 60 puntos) fueron la carga de la enfermedad renal y el estatus laboral. En el caso de la carga de la enfermedad renal, se refiere fundamentalmente a cuánto interfiere esta en el paciente y al tiempo que este debe dedicarle. Los pacientes en hemodiálisis deben dedicar tres días a la semana a recibir TSFR, en los cuales todo está en función de la transportación, la disposición del centro de hemodiálisis, del personal médico y paramédico, de los insumos necesarios para garantizar el tratamiento y de las condiciones tanto físicas como mentales en las que el paciente termine el proceder. Todo lo anterior, influye sin lugar a dudas en el estatus laboral de los pacientes, ya que en los días de TSFR este tendrá afectada su capacidad y asistencia laboral. Esto repercute en que no sean contratados ni mantengan el vínculo laboral que tenían antes de enfermar. A pesar de lo antes expuesto, pacientes que aceptaron participar en este trabajo demuestran la voluntad y la posibilidad de que el paciente con TSFR tenga una vida social útil, al estar trabajando como chofer, abogado, fisiatra, profesor, carpintero, técnico de televisión, entre otras ocupaciones.

En casi todos los trabajos revisados, son la carga de la enfermedad renal y el estatus laboral, los de más baja puntuación.[15,23,24,26-28] Otras dimensiones específicas reportadas con baja puntuación son la función cognitiva[25] y el sueño.[28]
En este trabajo el sueño tuvo una puntuación media de 65,02 y la función cognitiva fue una de las dimensiones con mayor puntuación (84,33). También tuvo una baja puntuación la función sexual, esfera afectada en los pacientes con IRC en hemodiálisis, independientemente del género. En esta dimensión 31 pacientes dejaron de responder la pregunta relacionada con ese ítem, es decir, más de la mitad del total. La pregunta hace referencia a alguna actividad sexual en las últimas cuatro semanas, y posiblemente no coincidió el tiempo establecido para la recogida del dato con la realización de actividad sexual por parte del paciente. Por tanto, la puntuación promedio que muestra esta dimensión fue aportada solo por aquellos que respondieron afirmativamente al ítem correspondiente (29 pacientes), de los cuales la mayoría obtuvo puntuaciones superiores a 50 puntos y predominaron los problemas en cuanto al disfrute de la actividad sexual sobre los relacionados con la excitación sexual.

La esfera sexual casi siempre genera en los pacientes un poco de resistencia, pues se piden al paciente datos reales sobre una cuestión muy íntima, por lo que incluso las respuestas obtenidas pueden no estar reflejando la realidad. Frimat y colaboradores[28] reportaron también una puntuación promedio baja respecto a la dimensión sexual de los pacientes en hemodiálisis (49,1 puntos).

En este estudio, las dimensiones específicas con mayores puntuaciones fueron: relación con el personal de diálisis (85,62), función cognitiva (84,33) y calidad de la relación social (82,88).

Otros trabajos coinciden con estos resultados.[15,24,27]

Algunas dimensiones reportadas con puntuaciones altas, es decir, cercanas a 80 puntos, fueron: síntomas/problemas[27] y soporte social.[25] En este trabajo, esas dimensiones también tuvieron puntuaciones cercanas a 80 puntos, la primera con 77,03 y la segunda con 79,58 puntos.

El KDQOL-SF versión 1.3 es el instrumento que más se utiliza para evaluar CVRS en el paciente en hemodiálisis periódica intermitente en el mundo. Los resultados de este trabajo, en base a las puntuaciones de las diferentes dimensiones, no difieren de los estudios internacionales revisados, cuyos autores también aplicaron este instrumento específico. El KDQOL-SF versión 1.3 permitió evaluar el modo en que los pacientes perciben su CVRS en nuestro medio, la cual de manera general es aceptable. El hecho de poder identificar aquellas esferas que son percibidas con más dificultades, posibilita poder trabajar de manera directa sobre ellas, como parte de la atención integral que se brinda a estos pacientes.

---

[a]Cuestionario para calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica terminal.

[b] Sistema de Datos Renales de *Estados Unidos.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vazquez I, Jofré R, López JM. Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. In: Jofré R, López JM, Luño J, Perez R, Rodríguez P, editors. Tratado de hemodiálisis. 2da. ed. Barcelona: JIMS Editorial Médica; 2006. p. 797-815.

2. Capote E, Casamayor Z, Castañer J. Variables de laboratorio como indicadores de calidad de vida en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. Rev Cubana Med Milit [revista en Internet]. 2010 [cited 26 Ago 2014] ; 29 (3-4): [aprox. 13p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013865572010000300008&script=sci_arttext.

3. Rebollo P, González PM, Bobes J, Saíz P, Ortega F. Interpretación de los resultados de la CVRS de pacientes de terapia sustitutiva de la insuficiencia renal terminal. Nefrología [revista en Internet]. 2000 [cited 26 Ago 2014] ; 20 (5): [aprox. 19p]. Available from: http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-pdf-interpretacion-los-resultados-calidad-vida-relacionada-con-salud-pacientes-terapia-X021169950001286X.

4. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. New Engl J Med. 1996 ; 334 (13): 835-840.

5. Hays R, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Amin N, Carter WB. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SFTM version 1.3: A Manual for Use and Scoring. Santa Monica CA: RAND; 1997.

6. Apostolou T. Quality of life in the elderly patients on dialysis. Int Urol Nephrol. 2007 ; 39 (2): 679-83.

7. Kurella M, Covinsky KE, Collins AJ, Chertow GM. Octogenarians and nonagenarians starting dialysis in the United States. Ann Intern Med. 2007 ; 146 (3): 177-83.

8. Collins AJ, Foley RN, Chavers B, Gilbertson D, Herzog C, Johansen K, et al. United States Renal Data System 2011 Annual Data Report: Atlas of chronic kidney disease & end-stage renal disease in the United States. Am J Kidney Dis. 2012 ; 53 (1): e1-e420.

9. Pérez Oliva J, Pérez R, Herrera R, Almaguer M, Brisquet E. Terapia renal de reemplazo dialítica durante los últimos 10 años. Rev Haban Cienc Méd [revista en Internet]. 2012 [cited 26 Ago 2014] ; 11 (3): [aprox. 14p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

10. Borroto G, Almeida J, Lorenzo A, Alfonso F, Guerrero C. Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal. Estudio comparativo. Rev Cubana Med [revista en Internet]. 2007 [cited 26 Ago 2014] ; 46 (3): [aprox. 14p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol46_3_07/med04307.html.

11. Pérez LM, Sánchez H. Calidad de vida en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico en el hospital Dr. Ernesto

Guevara de la Serna. Revista electrónica [revista en Internet]. 2009 [cited 30 Sep 2013] ; 34 (4): [aprox. 8p]. Available from: http://www.ltu.sld.cu/revistam/index_files/articles/2009/esp-09/esp09_1.html.

12. González E, Ayala M, Ramírez MC. Soporte nutricional a pacientes con enfermedad renal crónica dependientes de hemodiálisis. MEDISAN [revista en Internet]. 2010 [cited 30 Sep 2013] ; 14 (3): [aprox. 10p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000300007&script=sci_arttext.

13. Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Goodkin DA, Fukuhara S, Mapes DL, Young EW, et al. Factors associated with health related quality of life among hemodialysis patients in the DOOPS. Qual Life Res. 2007 ; 16 (4): 545-57.

14. Aghakhani N, Samadzadeh S, Mafi TM, Rahbar N. The impact of education on nutrition on the quality of life in patients on hemodialysis: A comparative study from teaching hospitals. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2012 ; 23 (1): 26-30.

15. Rodriguez M, Castro R, Oliveira I, Prata C, Morgado T. Calidad de vida en la enfermedad renal crónica. Nefrología. 2011 ; 31 (1): 91-6.

16. Burrowes JD, Russell GB, Unruh M, Rocco MV. Is Nutritional Status Associated with Self-reported Sleep Quality in the HEMO Study Cohort?. J Ren Nutr. 2012 ; 22 (5): 461-71.

17. Korevaar JC, Merkus MP, Jansen MAM, Dekker FW, Boeschoten EW, Krediet RT, et al. Validation of the KDQOL-SF: a dialysis-targeted health measure. Qual Life Res. 2002 ; 11 (5): 437-47.

18. Almaguer M, Herrera R, Pérez-Oliva J. Epidemia global de enfermedades vasculares crónicas. Un nuevo paradigma y desafío. Rev Haban Cienc Méd [revista en Internet]. 2007 [cited 19 Jun 2014] ; 6 (3): [aprox. 11p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000300007.

19. Grupo Nacional de Nefrología. Enfermedad renal crónica. Cuba 2012. La Habana: Instituto de Nefrología Dr. Abelardo Buch López; 2012. p. 23.

20. Boateng EA, East L. The impact of dialysis modality on quality of life: a systematic review. J Ren Care. 2011 ; 37 (4): 190-200.

21. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. Am J Kidney Dis. 2002 ; 39 (2 Suppl 1): SS1-266.

22. Antón Pérez G, Pérez Borges P, Alonso Almán F, Vega Díaz N. Accesos Vasculares en Hemodiálisis: un reto por conseguir. Nefrología. 2012 ; 32 (1): 103-7.

23. AL-Jumaih A, Al-Onazi K, Binsalih S, Hejaili F, Al-Sayyari A. A study of quality of life and its determinants among hemodialysis patients using the KDQOL-SF instrument in one center in Saudi Arabia. Arab J Nephrol Transplant. 2011 ; 4 (3): 125-30.

24. Mendes SF, Viana S, Gómez IC, Acursio FA, Burdel EI, Leal M. Factor associated with health related quality of life in elderly patients on hemedialysis. Rev Saúde Pública [revista en Internet]. 2011 [cited 19 Jun 2014] ; 45 (6): [aprox. 16p]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000600015&script=sci_arttext.

25. Mau LW, Chiu HC, Chang PY, Hwang SC, Hwang SJ. Health-related quality of life in Taiwanese dialysis patients: effects of dialysis modality. Kaohsiung J Med Sci. 2008 Sep ; 24 (9): 453-60.

26. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D. Gender- and agerelated benefit of renal replacement therapy on health-related quality of life. Scand J Caring Sci. 2009 ; 23 (4): 721-9.

27. Molsted S, Prescott L, Heaf J, Eidemak I. Assessment and clinical aspects of health-related quality of life in dialysis patients and patients with chronic kidney disease. Nephron Clin Pract. 2007 ; 106 (1): c24-33.

28. Frimat L, Durand PY, Loos-Ayav C, Villar E, Panescu V, Briançon S, et al. Impact of first dialysis modality on outcome of patients contraindicated for kidney transplant. Perit Dial Int. 2006 ; 26 (2): 231-9.