

Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario *Kidney Disease Quality of Life – Short Form* (KDQOL-SF)

F. Martín ^a, A. Reig ^b, F. Sarró ^a, R. Ferrer ^b, D. Arenas ^a,
F. González ^a, T. Gil ^a

QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN A HAEMODIALYSIS UNIT USING THE 'KIDNEY DISEASE QUALITY OF LIFE – SHORT FORM' (KDQOL-SF) QUESTIONNAIRE

Summary. *The objective of the present work was to assess and to quantify the health-related quality of life (HRQOL) in a representative group of patients from our haemodialysis unit, and to identify the main aspects of the renal disease and its treatment influencing the HRQOL. The HRQOL was quantified using a modular instrument, KDQOL-SF, in its Spanish adaptation. In the generic part our patients expressed a decrease in vitality, overall health and physical fitness in relation to the general population, reaching better punctuations in the social and mental functions. In the specific part, the labor function was the dimension in which the lowest punctuations were obtained, because only 26.3% of our patients in productive age carried out a paid-job. The age, the comorbidity and the time on hemodialysis were the main determinants of the HRQOL, although they only justified a small percentage of the variance (from 11.5% in the labor function to 29.2% in the physical fitness). The stress conditioned by the renal disease was the only aspect related with the renal disease and its treatment playing a role on the global perception of health. The women, the diabetics and those with a history of a previous renal transplant, presented lower indicators of quality of life. There were no differences in relation to the etiology of the end-stage renal disease, the education level or the labor status. Our results suggest a good psychological adaptation of the patients to the hemodialysis treatment, despite the limitations in physical function conditioned by the renal disease and its treatment. [DYT 2004; 25: 79-92]*

Key words. *End-stage renal disease. Health-related quality of life (HRQOL). Hemodialysis. KDQOL-SF.*

^a Servicio de Nefrología. Sanatorio Perpetuo Socorro. ^b Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante. Alicante, España.

Correspondencia:

Dr. F. Martín. Servicio de Nefrología. Fundación Hospital Calahorra. Ctra. Logroño, s/n. E-26500 Calahorra (La Rioja). E-mail: fmartin@fhcalahorra.com

© 2004, SEDYT

Introducción

Cuando hace unos años se descubrió la posibilidad de prolongar la vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) terminal mediante una máquina, el problema se centraba en cómo facilitar

este tipo de tratamiento a todas las personas que lo necesitaban (por carencia de medios técnicos) y cómo evitar las complicaciones que de él se derivaban [1]. Resueltos al menos parcialmente estos problemas, surge el interés por la calidad de vida de las personas que precisaban

terapia sustitutiva renal (diálisis, trasplante) para seguir viviendo [2], en otras palabras, cómo repercute la IRC y su tratamiento en la faceta sociopersonal del paciente. Estos aspectos se recogen dentro del concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), en el que se incluyen cuestiones físicas, mentales y sociales [3].

Los primeros trabajos que consideraron la calidad de vida del paciente con IRC se remontan a la década de 1970 [4-8]. En ellos se valoraba la calidad de vida a través del proceso de adaptación física y psicológica al tratamiento sustitutivo. Sus resultados indican la existencia de una elevada tasa de estrés en los pacientes renales y un detrimento en su calidad de vida (valorada mediante la estimación de la función física, la condición psicológica, la rehabilitación laboral, la función sexual...). Sin embargo, varias circunstancias hacen que sus resultados no puedan considerarse demasiado válidos en la actualidad, como el hecho de haber considerado un escaso número de pacientes, no haber considerado dimensiones relevantes de la CVRS como la función social, el diferente perfil del paciente renal (con criterios de inclusión más rigurosos que en la actualidad, por lo que aquellos demasiado débiles o enfermos se excluían), y el avance médico y tecnológico que se ha experimentado en las últimas décadas, que ha modificado sustancialmente el tratamiento de los pacientes en diálisis (que ha permitido acortar el tiempo y mejorar la tolerancia a la diálisis) y trasplante (descubrimiento de fármacos inmunosupresores más selectivos y con menores efectos secundarios).

Desde entonces se han realizado una gran cantidad de trabajos para determinar la CVRS en el paciente con IRC. Sin embargo, sus resultados no son uniformes, por lo que no es posible establecer conclusiones sólidas. Para algunos autores los pacientes renales, sobre todo los que reciben tratamiento con diálisis, presentan un detrimento significativo en su CVRS respecto a la población general [9-12], mientras que otros sólo han encontrado pequeñas variaciones [13-16]. El diferente concepto de CVRS, la utilización de distintos instrumentos de medida [17], la heterogeneidad de las muestras y las diferencias culturales entre pacientes son los principales factores que justifican la variabilidad de los resultados.

Lo que sí parece claro es que no se puede analizar de forma conjunta a todos los pacientes renales, sino en función de la modalidad del tratamiento. Aunque todas las formas de terapia renal disponibles en la actualidad suponen estrés para el paciente, es posible que el trasplante sea la menos limitante al conllevar menores restricciones que la diálisis, menor dependencia (de la máquina, del personal sanitario y de la familia) y mayor sensación de bienestar [6].

El inicio de la HD supone para el paciente su exposición a toda una serie de posibles fuentes de estrés [2]: dependencia de una máquina, dependencia del equipo médico, restricciones dietéticas, tratamiento plurifarmacológico, complicaciones derivadas del acceso vascular y dificultades para replantear y planificar su futuro. La respuesta del individuo frente a ese estrés suele conllevar depresión, ansiedad e irritabilidad [18,19].

El objetivo del presente estudio es evaluar la CVRS de los pacientes que reciben HD en nuestra unidad, mediante un instrumento de medida que permita su comparación con la población general y otros grupos poblacionales, así como la identificación de aquellos factores relacionados con la enfermedad renal que más repercuten sobre ella. Se estudia también la influencia que tienen determinadas variables sociodemográficas y medicoclínicas sobre la CVRS.

Pacientes y métodos

Se estudiaron 60 pacientes en programa de HD, que se eligieron al azar entre la totalidad de los que recibían tratamiento en nuestra unidad ($n = 104$). Todos los pacientes se consideraron potencialmente, elegibles con excepción de aquellos que presentaban un problema importante para la correcta comprensión de los cuestionarios. Se excluyeron cuatro pacientes demasiado débiles para participar en una entrevista, seis pacientes con deterioro cognitivo grave y uno con sordera total. Antes de iniciar la recogida de datos se informó verbalmente a cada paciente de la naturaleza del estudio y de sus objetivos, y se les invitó a participar. Ninguno de los pacientes que se seleccionaron rechazó esta invitación.

Además de las variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, nivel de estudios realizados y ocupación laboral), en todos y cada uno de los pacientes se recogieron aspectos medicoclínicos y relativos a la CVRS. Los datos sociodemográficos y medicoclínicos

se obtuvieron a partir de la historia clínica y de los archivos generales correspondientes a cada paciente. Para evaluar la CVRS se empleó un cuestionario de tipo modular: el *Kidney Disease Quality of Life – Short Form* (KDQOL-SF) en su adaptación española [20].

Datos medicoclínicos

Se incluyeron estas variables: diagnóstico primario de la enfermedad renal, tiempo de permanencia en HD, comorbilidad, historia previa de un trasplante renal fallido y parámetros analíticos.

La elaboración del índice de comorbilidad representa una considerable dificultad, al carecer de un modelo reconocido con los dominios que deben tenerse en cuenta. Un registro de comorbilidad debe recoger el mayor número de categorías patológicas, si bien cuando éste es muy grande, resulta muy complejo y difícilmente aplicable. Nosotros utilizamos el modelo propuesto por Evans et al [13], al que se añadieron varios dominios que, por su frecuencia y relevancia en el paciente que recibe tratamiento sustitutivo con HD, merecen una consideración especial, como hipertensión arterial, diabetes mellitus y la existencia de una neoplasia previa (Tabla I). El índice de comorbilidad viene definido por la suma de categorías patológicas presentes en cada paciente. Entre los parámetros analíticos se incluyó el nivel de proteínas totales, albúmina, hematocrito, hemoglobina y el índice de diálisis adecuada (Kt/V), según la fórmula de Daugirdas de segunda generación (en

pacientes con diuresis residual se consideró el KT total).

Cuestionario KDQOL-SF

Entre todos los cuestionarios disponibles, elegimos para este estudio el KDQOL-SF, recientemente adaptado al español [20]. El motivo de su elección fue el de poseer un formato modular integrado por una parte genérica y otra específica para pacientes en diálisis [9]. La parte genérica está constituida por el cuestionario SF-36, reconocido y utilizado internacionalmente para realizar estudios multicéntricos y que también se ha adaptado al español [21].

Las dimensiones que comprende el cuestionario son:

- *Parte genérica (SF-36)*. Función física, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Estas ocho dimensiones pueden agruparse en el índice sumario físico (refleja la morbilidad física que produce la enfermedad y la adaptación del paciente a ella) y el índice sumario mental (refleja la morbilidad psicológica o mental y su adaptación). Estos índices se transforman y normalizan para alcanzar, en la población general, una puntuación media de 50 y una DE de 1.022.
- *Parte específica*. Sintomatología, repercusión en la vida diaria, estrés que produce la enfermedad renal, función cognitiva, condición laboral, función sexual, calidad de la interacción social, sueño, apoyo social, apoyo personal sanitario y satisfacción del paciente.

Tabla I. Índice de comorbilidad. Categorías nosológicas consideradas (modificado de Evans et al) y prevalencia en nuestro grupo de estudio.

	Prevalencia (%)
Cardiopatía isquémica	17,5
Hipertensión arterial	77,2
Otros problemas cardiovasculares	21,1
Enfermedad respiratoria	24,6
Enfermedad neurológica	12,3
Problemas gastrointestinales	38,6
Trastornos musculoesqueléticos que incluyen enfermedad ósea	64,9
Diabetes	7,0
Infección	7,0
Hepatopatía	19,3
Artropatía	17,5
Problemas hematológicos distintos de la anemia	10,5
Neoplasia	8,8

La puntuación para cada dimensión oscila de 0 a 100, de manera que puntuaciones más altas representan mejor calidad de vida.

Además, incluye una cuestión acerca de la salud del paciente utilizando una escala visual numérica de 1 a 10 (donde 1 sería 'la peor salud posible' y 10 'la mejor salud posible'), y que representa la valoración subjetiva global del paciente acerca de su salud. El cuestionario cuenta con otros aspectos en los que el paciente se expresa libremente acerca de las preocupaciones que motiva la enfermedad renal y los aspectos positivos que se descubren al convivir con ella.

Tabla II. Características sociodemográficas y medicoclínicas de los pacientes del estudio.

Características sociodemográficas		Variables medicoclínicas	
Edad (media \pm desviación estándar)	57,2 \pm 14,3	Etiología de la IRC	
Nivel máximo de estudios realizados		Glomerulonefritis	9
Estudios básicos y primarios	42	Nefropatía vascular	16
Estudios secundarios	8	Nefropatía diabética	3
Estudios universitarios	7	Nefropatía intersticial	5
Ocupación laboral		Nefropatías hereditarias	13
Trabajador no cualificado	10	Otras causas	3
Trabajador cualificado	5	Desconocida	8
Estudiante	1	Tiempo en HD (meses)	41,7 \pm 56,2
Ama de casa	11	Índice de comorbilidad	3,14 \pm 1,51
Jubilado/Pensionista	30	Pacientes con Tx renal fallido	10
Estado civil		Hematocrito (%)	35,3 \pm 4,4
Casados	48	Hemoglobina (g/dL)	11,4 \pm 1,5
Solteros	5	Administración de EPO (%)	92
Viudos	4	Unidades EPO/semana	7152 \pm 3680
Tipo de convivencia		Proteínas totales (g/dL)	7 \pm 0,6
Solo	2	Albumina (g/dL)	3,8 \pm 0,5
Con su pareja	48	Kt/V	1,29 \pm 0,21
Con otros familiares	6		
Con otras personas no familiares	1		

Los cuestionarios se cumplimentaron fuera de la sesión de diálisis, mediante una entrevista personal.

En el apéndice se recogen los dominios que forman la parte del cuestionario KDQOL-SF junto a la interpretación de las puntuaciones

Análisis estadístico

En el procesamiento estadístico de los datos se ha empleado el paquete informático SPSS[®] 9.0 software para Windows[®] (Chicago, IL). Para las diversas variables se realiza su determinación

descriptiva. Para el análisis relacional se utiliza la correlación de Spearman y para las pruebas de diferencias entre dos o más grupos, la *U* de Mann-Whitney y la *H* de Kruskal-Wallis. Se realizó un análisis de regresión lineal para establecer aquellos factores determinantes de la CVRS. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Los resultados se expresan en media \pm DE.

Resultados

De los 60 pacientes del estudio, 57 cumplieron el cuestionario y tres que ingresaron el mes previo a la entrevista se excluyeron. No hubo diferencias significativas entre los pacientes incluidos y el resto de la unidad en cuanto a edad, sexo, comorbilidad y tiempo de permanencia en HD.

En la tabla II se recogen las principales características de los pacientes del estudio. De los 57, 33 eran varones y 24 mujeres con una edad media de $57,2 \pm 14,3$ años. El tiempo de permanencia en HD fue de $41,7 \pm 56,7$ meses. Un elevado porcentaje sólo había realizado estudios básicos (73,7%). La situación laboral más frecuente era la de jubilado y pensionista (52,6%). Entre los activos, la mayoría realizaba trabajos que no precisaban cualificación laboral.

Los pacientes respondieron a todas las cuestiones que se plantearon en el cuestionario, excepto en siete casos, que prefirieron omitir aquellas en que se planteaban aspectos relativos a la función sexual, argumentando razones personales. En la tabla III se recogen las

Tabla III. Resultados de las diferentes dimensiones que se recogen en el cuestionario KDQOL-SF, en nuestros pacientes.

Parte específica para pacientes renales		Parte genérica: SF-36	
Sintomatología	82,9 \pm 10,7	Función física	74,6 \pm 19,7
Repercusión en la vida diaria	70,7 \pm 16,6	Rol físico	69,7 \pm 37,1
Estrés por la enfermedad renal	56,0 \pm 26,1	Rol emocional	80,1 \pm 33,8
Condición laboral	26,3 \pm 42,4	Dolor corporal	77,5 \pm 28,0
Función cognitiva	86,8 \pm 15,5	Función social	90,3 \pm 19,8
Interacciones sociales	86,9 \pm 14,5	Salud mental	74,7 \pm 20,2
Función sexual	62,7 \pm 31,8	Vitalidad	61,3 \pm 18,8
Sueño	70,3 \pm 19,1	Salud general	59,1 \pm 21,1
Apoyo social	82,4 \pm 19,3		
Apoyo del personal sanitario	79,2 \pm 23,4	ISF	45,9 \pm 7,6
Satisfacción del paciente	77,8 \pm 17,9	ISM	50,3 \pm 11,0

ISF: índice sumario físico; ISM: índice sumario mental.

puntuaciones medias de las diferentes dimensiones del cuestionario KDQOL-SF. En la parte genérica (SF-36) casi todas las puntuaciones fueron superiores a 70, excepto en los dominios salud general, vitalidad y rol físico. En la parte específica sólo se alcanzaron puntuaciones inferiores a 70 en los dominios de estrés que produce la enfermedad renal, condición laboral y función sexual.

Aunque el índice sumario físico fue inferior al normalizado para la población española de referencia, no se encontraron diferencias en el índice sumario mental (Tabla III).

En la figura se muestran las puntua-

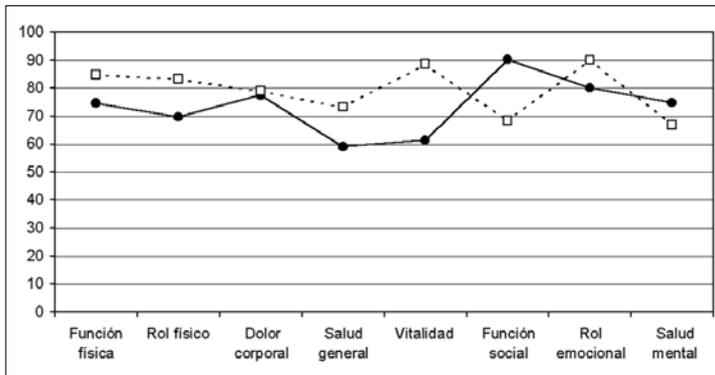


Figura. Valores medios de las diferentes dimensiones recogidas en el cuestionario SF-36 en los pacientes en diálisis (línea continua) y en la población general española (línea de puntos). Parámetros poblacionales tomados de Alonso et al (Med Clin 1998; 111: 410-6).

ciones para las diferentes dimensiones del SF-36 en nuestros pacientes y en la población española de referencia (tomado de Alonso et al [23]). Podemos apreciar como el perfil de nuestros enfermos no difiere notablemente de la población general en las diferentes dimensiones del SF-36. Hay que señalar las puntuaciones más bajas en función física, vitalidad y salud general, así como la mejor función social y salud mental que percibieron y refirieron los pacientes respecto a la población general.

Se realizó un análisis estadístico para estudiar el comportamiento relacional entre las variables medicoclínicas, sociodemográficas y las diferentes dimensiones de la parte genérica y específica del cuestionario KDQOL-SF (Tabla IV). Entre las diferentes dimensiones de la parte genérica (SF-36), se encontró la existencia de una correlación estadísticamente significativa de la 'función física' con las variables edad ($r = -0,32$; $p < 0,05$) e índice de comorbilidad ($r = -0,31$; $p < 0,05$), y de 'dolor' con tiempo de permanencia en diálisis ($r = -0,32$; $p < 0,05$).

De las diferentes dimensiones de la parte específica del cuestionario encontramos la presencia de una correlación significativa de la 'condición laboral' con la edad ($r = -0,34$; $p < 0,01$) y el tiempo de permanencia en diálisis ($r = -0,34$; $p < 0,01$), de la 'función sexual' con la edad ($r = -0,34$; $p < 0,01$) y el Kt/V ($r = 0,31$; $p < 0,05$), y del 'estrés que produce la enfermedad renal' con la albúmina ($r = -0,28$; $p < 0,01$).

Mediante un análisis de regresión lineal se analizó la influencia de diversas variables demográficas (edad, sexo), clínicas (tiempo de permanencia en diálisis, comorbilidad, hematocrito, estado nutricional) y relativas a la técnica de diálisis (dosis de diálisis) sobre las diferentes dimensiones de la CVRS. Así, encontramos que la comorbilidad ($\beta = -0,366$), el sexo ($\beta = -0,363$) y la edad ($\beta = -0,309$) justificaban el 29,2% de la variancia de la 'función física' ($R = 0,577$); el tiempo en diálisis ($\beta = -0,377$) y la comorbilidad ($\beta = -0,249$) suponían el 19,6% de la variancia del 'dolor' ($R = 0,476$); y la edad ($\beta = -0,293$) y el tiempo en diálisis ($\beta = -0,269$) el 11,5% de la variancia de la 'condición laboral' ($R = 0,385$).

En la tabla V se recogen las puntuaciones de las diferentes dimensiones en función del género, la historia previa de trasplante renal y la presencia de diabetes mellitus como patología asociada. En general, mujeres, diabéticos y pacientes con trasplante renal fallido fueron los que presentaron puntuaciones más bajas.

Para valorar aquellos aspectos relacionados con la enfermedad renal que más influían sobre la CVRS, se realizó un análisis de regresión lineal en el que

Tabla IV. Correlación entre las diferentes dimensiones contenidas en el cuestionario KDQOL-SF con variables sociodemográficas y medicoclínicas.

	Edad	Tiempo en HD	Índice co-morbilidad	Hemato-crito	Albúmina	Kt/V
Función física	-0,32 ^b	-0,05	-0,31 ^b	0,26	0,08	-0,07
Rol físico	0,05	-0,14	-0,05	0,12	0,10	-0,23
Dolor	0,003	-0,32 ^b	-0,21	-0,15	0,07	-0,12
Función social	0,19	-0,12	0,10	0,08	0,007	0,04
Salud mental	0,04	0,10	-0,05	0,11	0,10	0,04
Rol emocional	-0,02	0,10	-0,03	-0,13	0,05	-0,02
Vitalidad	-0,03	-0,03	-0,13	0,17	0,11	-0,17
Salud general	0,14	0,02	-0,13	-0,14	-0,02	-0,02
Sintomatología	-0,004	-0,13	-0,27	-0,005	-0,08	-0,16
Repercusión en la vida diaria	0,04	-0,04	-0,15	-0,20	-0,11	-0,10
Estrés por la enfermedad renal	0,10	0,03	-0,07	-0,02	-0,28 ^b	-0,10
Función laboral	-0,34 ^a	-0,34 ^a	-0,08	0,07	0,12	-0,06
Función cognitiva	0,09	-0,18	0,14	-0,16	-0,04	-0,15
Calidad de la interacción social	0,10	-0,07	0,06	0,002	-0,15	-0,03
Función sexual	-0,28 ^b	-0,15	-0,22	-0,09	0,08	0,30 ^b
Sueño	0,05	0,05	0,10	-0,04	-0,04	-0,04
Apoyo social	0,05	-0,02	0,17	-0,13	-0,04	0,03
Apoyo personal de diálisis	-0,14	0,05	-0,08	0,15	0,02	-0,22
Satisfacción	0,00	-0,05	-0,01	0,13	-0,06	-0,27

^a Correlación significativa al nivel 0,01. ^b Correlación significativa al nivel 0,05.

se incluyó como variable dependiente la valoración subjetiva global de la salud, que se recogió en el cuestionario independientemente de la parte genérica y específica, y como variables independientes, todos y cada uno de los dominios que se incluyeron en la parte específica del cuestionario. La única variable

explicativa fue el estrés que produjo la enfermedad renal; el resto de los dominios se excluyeron.

No se encontraron diferencias significativas de los indicadores de calidad de vida, en función de la etiología de la IRC, el nivel de estudios y la ocupación laboral.

Tabla V. Puntuaciones de las diferentes dimensiones del test en función del sexo, existencia de un trasplante renal previo o presencia de diabetes.

	Sexo			Tx renal			Diabetes mellitus		
	Varón	Mujer	<i>p</i>	Sí	No	<i>p</i>	Sí	No	<i>p</i>
Función física	78,6 ± 15,9	69,2 ± 23,2	ns	82 ± 14,2	73,1 ± 20,4	ns	53,7 ± 18,9	76,2 ± 19	< 0,05
Rol físico	79,5 ± 30,9	56,2 ± 41,2	< 0,05	70 ± 38,7	69,7 ± 37,2	ns	56,2 ± 31,5	70,7 ± 37,6	ns
Dolor	79,1 ± 26,1	77,4 ± 29,5	ns	76,7 ± 21,4	78,7 ± 28,6	ns	72,5 ± 37,7	78,8 ± 26,8	ns
Función social	92,4 ± 18,7	87,5 ± 21,2	ns	91,2 ± 18,7	90,2 ± 20,2	ns	84,4 ± 31,2	90,8 ± 19	ns
Salud mental	76,6 ± 17,9	72 ± 23	ns	69,2 ± 19,4	75,8 ± 20,3	ns	78 ± 19,2	74,4 ± 20,4	ns
Rol emocional	80,8 ± 32,3	79,2 ± 36,5	ns	80 ± 35,8	80,1 ± 33,8	ns	75 ± 50	80,5 ± 33	ns
Vitalidad	65,1 ± 13,9	56 ± 23,2	ns	61,5 ± 10,8	61,3 ± 20,1	ns	55 ± 14,7	61,8 ± 19,1	ns
Salud general	58,6 ± 20,9	57,1 ± 20,6	ns	52,5 ± 23,8	59,1 ± 20	ns	62,5 ± 11,9	57,6 ± 21,2	ns
Sintomatología	84,8 ± 9,7	80,3 ± 11,5	ns	81,5 ± 6,3	83,2 ± 11,4	ns	79,2 ± 10,6	83,2 ± 10,7	ns
Repercusión en la vida diaria	71,4 ± 16,5	69,7 ± 17,1	ns	67,2 ± 17,8	71,4 ± 16,5	ns	75 ± 9,9	70,4 ± 17,1	ns
Estrés por enfermedad renal	56,4 ± 28,8	55,5 ± 22,4	ns	57,5 ± 26,6	55,7 ± 26,2	ns	1,2 ± 18,4	57,9 ± 25,7	< 0,05
Función laboral	30,3 ± 45	20,8 ± 38,8	ns	25 ± 42,5	26,6 ± 42,8	ns	25 ± 50	26,4 ± 42,3	ns
Función cognitiva	88,5 ± 15,6	84,4 ± 15,3	ns	83,3 ± 13	87,5 ± 16	ns	81,7 ± 14,8	87,2 ± 15,7	ns
Calidad de interacción social	84,4 ± 16,5	90,3 ± 10,6	ns	81,3 ± 18	88,1 ± 13,5	ns	88,3 ± 15,7	86,8 ± 14,5	ns
Función sexual	55,6 ± 29	74,3 ± 33,5	< 0,05	67,5 ± 35,9	61,6 ± 31,1	ns	62,5 ± 37,5	62,8 ± 31,9	ns
Sueño	71,4 ± 20,5	68,8 ± 17,5	ns	67,2 ± 18,8	71 ± 19,4	ns	70 ± 18,8	70,3 ± 19,3	ns
Apoyo social	82,3 ± 18,6	82,6 ± 20,6	ns	81,7 ± 25,4	82,6 ± 18	ns	83,3 ± 13,6	82,4 ± 19,7	ns
Apoyo personal de diálisis	80,3 ± 21	77,6 ± 26,8	ns	93,7 ± 8,8	76,1 ± 24,4	< 0,05	75 ± 20,4	79,5 ± 23,8	ns
Satisfacción	78,3 ± 18,9	77,1 ± 16,9	ns	76,7 ± 11,6	78 ± 19,1	ns	79,2 ± 16	77,7 ± 18,2	ns

U de Mann-Whitney.

Discusión

En la actualidad, la CVRS se considera uno de los principales objetivos terapéuti-

cos en las enfermedades de tipo crónico como la IRC. En ellas el paciente ha de aprender a convivir con las limitaciones que ocasiona la propia enfermedad y la

aplicación de las distintas formas de tratamiento, que modifican su estilo de vida en mayor o menor medida [24].

Nuestros resultados ponen de manifiesto la buena adaptación psicológica de los pacientes renales al tratamiento sustitutivo y, a pesar de las limitaciones en la función física y vitalidad, cómo presentan una función social y emocional muy similares a las de la población general (Fig. 1).

Sin embargo, trabajos previos que han utilizado el mismo instrumento de medida han evidenciado un deterioro en todas y cada una de las dimensiones de la CVRS de los pacientes en el programa de HD respecto a la población general [9-12], aunque coinciden con nuestro grupo en que la función física es la más afectada, y que la faceta mental y social son las que mejor se conservan. Quizá la diferencia transcultural, el mayor tiempo en HD de nuestros pacientes que facilita su adaptación al tratamiento [25] y el método de realizar el cuestionario [26] (entrevista personal en comparación a que uno mismo lo cumplimente) podrían justificar, en nuestra opinión, estas diferencias.

Los aspectos que más preocupaban a nuestros pacientes en relación con la enfermedad renal fueron: trasplante renal (24,2%), dependencia de la máquina (22,6%), estado de salud y síntomas físicos (16,1%), esperanza de vida y dependencia de otras personas (11,3%), aspectos relativos al acceso vascular (4,8%), restricciones dietéticas (4,8%), otros aspectos (4,8%), nada (11,3%). Coincidiendo con estos datos, el estrés que condicionó la enfermedad renal (tiempo

que requirió el tratamiento, su interferencia sobre la vida diaria y carga familiar) fue el único dominio de la parte específica del cuestionario que mostró influencia sobre la percepción global de salud, que justificó el 13,4% de la variancia ($R = 0,389$).

Entre todas las variables medicoclínicas y sociodemográficas que se analizaron, la edad, la comorbilidad y el tiempo en diálisis fueron las que tuvieron más influencia sobre la CVRS de nuestros pacientes. Sin embargo, en conjunto, no explican más que un pequeño porcentaje de la variancia (entre el 11,5% de la función laboral y el 29,2% de la función física), de lo que se puede deducir que las variables clínicas y las de CVRS son relativamente independientes. Los parámetros analíticos mostraron una escasa influencia sobre la CVRS; quizá los avances que se han experimentado en los últimos años en el tratamiento sustitutivo renal, que han permitido alcanzar unos parámetros analíticos 'óptimos' en la gran mayoría de los pacientes (ver desviaciones estándar en la tabla II), podrían justificar su escasa influencia.

Solamente un 26,3% de nuestros pacientes en edad productiva realizaba algún trabajo remunerado, un porcentaje más bajo que en la población general. Los pacientes más jóvenes y que llevaban menos tiempo en HD fueron los más activos laboralmente. Es posible que la cobertura social que existe en nuestro país, que proporciona una pensión a los pacientes que precisan este tipo de tratamiento, pueda favorecer esta situación. En aquellos países en los que existe una

Apéndice. KDQOL-SF: dominios de la parte genérica (SF-36), específica e interpretación de las puntuaciones.

Dominios	Significado de la peor puntuación posible (0)	Significado de la mejor puntuación posible (100)
Función física	Limitación en la realización de todas las actividades físicas, entre ellas vestirse y asearse	Realización de todo tipo de actividades, entre ellas las más vigorosas, sin limitaciones debidas a la salud
Rol físico	Limitaciones en el trabajo u otras actividades cotidianas debidas a problemas físicos	Ausencia de limitaciones en el trabajo u otras actividades cotidianas como consecuencia de problemas físicos
Dolor	Muy grave y extremadamente limitante	Sin dolor ni limitaciones debidas al mismo
Salud general	Creer que la salud personal es mala y que probablemente empeorará	Creer que la salud personal es excelente
Vitalidad	Sensación de cansancio y agotamiento todo el tiempo	Sensación de vigor y energía todo el tiempo
Función social	Limitación de la actividad social normal por problemas físicos o emocionales	Actividad social normal, independientemente de la existencia de problemas físicos o emocionales
Rol emocional	Limitaciones en el trabajo u otras actividades diarias debidas a problemas emocionales	Ausencia de limitaciones en el trabajo u otras actividades cotidianas como consecuencia de problemas emocionales
Salud mental	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de tranquilidad y felicidad todo el tiempo
Sintomatología	Extremadamente molesto por síntomas relacionados con la diálisis (prurito...)	Ninguna molestia
Repercusión en la vida diaria	Extremadamente molesto por restricciones de la dieta, de la ingesta de líquidos, de la capacidad para viajar y por la continua dependencia del personal sanitario	Ninguna molestia
Estrés por la enfermedad renal	Extremadamente molesto por el tiempo que se consume en diálisis y por la sensación de ser una carga para la familia	Ninguna molestia
Función cognitiva	Incapacidad para concentrarse, confuso, con poca capacidad de reacción	Ninguna molestia
Condición laboral	Desempleado debido a problemas de salud	Laboralmente activo
Función sexual	Graves problemas en la estimulación y disfrute de la actividad sexual	Ningún problema
Calidad de la interacción social	Irritación constante en el trato con otras personas, aislamiento	Ningún problema, socialmente interactivo
Sueño	Muy malo, con somnolencia durante el día	Ningún problema
Apoyo social	Muy insatisfecho	Muy satisfecho con el nivel de apoyo social
Apoyo personal sanitario	Mensajes de ánimo y estímulo para hacer frente a la enfermedad renal y llevar una vida independiente	Ausencia de apoyo
Satisfacción del paciente	Muy baja	La mejor

cobertura social parecida a la nuestra, como EE.UU., el porcentaje de ocupación laboral es similar [13,27,28]. Por ello, los nuevos programas dirigidos a mejorar la calidad de vida en estos pacientes deberían incidir en su rehabilitación laboral, y favorecer las condiciones que permitan realizar trabajos para media jornada o la mejora de su cualificación o diversidad profesional, para que puedan acceder a trabajos físicamente menos exigentes.

Coincidiendo con la mayor parte de los artículos publicados, las mujeres [29], los pacientes diabéticos [7] y aquellos con historia previa de un trasplante renal fallido [14,15] presentaban puntuaciones inferiores en casi todas las dimensiones. La escasa presencia en nuestro grupo de pacientes diabéticos ($n = 4$) o con trasplante renal previo ($n = 10$) podría justificar que las diferencias que se obtuvieron no alcanzaran una significación estadística.

Un 39% de los pacientes encontró algún aspecto positivo en su convivencia con la enfermedad renal. El 23,7% expresó su satisfacción en el trato personal y humano, el 8,5% encontró positiva su implicación en aspectos relativos a la salud y cuidados personales, y el 6,8% manifestó valorar más positivamente otros aspectos de la vida desde el comienzo de la enfermedad.

Para comparar los resultados con la población general no se realizó el ajuste

en función de la edad y el sexo, ya que dado el pequeño tamaño muestral, el número de pacientes de cada subgrupo sería muy pequeño. Esta limitación no permite sacar conclusiones definitivas, pero sí nos posibilita establecer un análisis comparativo con la población general y obtener puntuaciones muy similares en el área social y mental, mientras que la función física resultó claramente disminuida.

Uno de los aspectos más controvertidos en la medición de la calidad de vida es la elección del instrumento de medida. El SF-36, núcleo central del cuestionario KDQOL-SF, presenta dificultades para la correcta comprensión en alguno de sus aspectos, sobre todo entre personas de edad avanzada [30], que en la actualidad constituyen la gran mayoría de la población en diálisis. En nuestro estudio hemos podido comprobar la misma limitación. Por ello, se podría plantear la utilización de otros instrumentos que, bien por su brevedad o por su presentación, facilitan más la comprensión de las cuestiones que se plantean y su utilidad clínica.

Los resultados de este estudio sugieren que aunque la competencia física de los pacientes en HD está disminuida, la competencia psicológica se mantiene y permanece estable. De esta afirmación parece deducirse que el proceso de adaptación psicológica a los problemas que se derivan de la diálisis es satisfactorio.

Bibliografía

1. Awal N. Historical perspective on the development of artificial kidney. *Artif Organs* 1986; 10: 86-99.
2. Quality of life in renal failure. *Br Med J* 1980; 281: 97-8.
3. Edgell ET, Coons SJ, Carter WB, Kallich JD, Mapes D, Damush TM, et al. A review of health-related quality-of-life measures used in end-stage renal disease. *Clin Ther* 1996; 18: 887-938.
4. Landsman M. The patient with chronic renal failure: A marginal man. *Ann Intern Med* 1975; 82: 268-70.
5. Levy NB, Wymbrandt GD. The quality of life on maintenance haemodialysis. *Lancet* 1975; 2: 1328-30.
6. De-Nour AK, Shannon J. Quality of life of dialysis and transplanted patients. *Nephron* 1980; 25: 117-20.
7. Gutman RA, Stead WW, Robinson RR. Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis. *N Engl J Med* 1981; 304: 309-13.
8. Bonney S, Finkelstein FO, Lytton B, Schiff M, Steele TE. Treatment of end-stage renal failure in a defined geographic area. *Arch Intern Med* 1978; 138: 1510-3.
9. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) instrument. *Qual Life Res* 1994; 3: 329-38.
10. Meyer KB, Espindle DM, DeGiacomo JM, Jenuleson CS, Kurtin PS, Davies AR. Monitoring dialysis patients' health status. *Am J Kidney Dis* 1994; 24: 267-79.
11. Kanh IH, Garratt AM, Kumar A, Cody DJ, Catto GR, Edward N, et al. Patients' perception on renal replacement therapy: evaluation using a new instrument. *Nephrol Dial Transplant* 1995; 10: 684-9.
12. Carmichael P, Popoola J, John I, Stevens PE, Carmichael AR. Assessment of quality of life in a single centre dialysis population using the KDQOL-SF questionnaire. *Qual Life Res* 2000; 9: 195-205.
13. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP, Hart LG, Blagg CR, Gutman RA, et al. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med* 1985; 312: 553-9.
14. Johnson JP, McCauley CR, Copley JB. The quality of life of haemodialysis and transplant patients. *Kidney Int* 1982; 22: 286-91.
15. Bremer BA, McCauley CR, Wrona RM, Johnson JP. The quality of life in end-stage renal disease: a re-examination. *Am J Kidney Dis* 1989; 13: 200-9.
16. Auer J, Gokal R, Stout JP, Hillier VF, Kincey J, Simon LG, et al. The Oxford-Manchester study of dialysis patients. Age, risk factors and treatment method in relation to quality of life. *Scand J Urol Nephrol (Suppl)* 1990; 131: 31-7.
17. Deniston OL, Carpentier-Alting P, Kneisley J, Hawthorne VM, Port FK. Assessment of quality of life in end renal disease. *Health Serv Res* 1989; 24: 555-78.
18. Abram HS. The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure, and the prolongation of life: II. *Amer J Psychiatry* 1969; 126: 157-67.
19. De Nour AK. Psychotherapy with patients on chronic haemodialysis. *Br J Psychiatry* 1970; 116: 207-15.
20. García F, López K, De Álvaro F, Álvarez-U de F, Alonso J, en representación del grupo CALVIDIA. Salud percibida en pacientes que comienzan tratamiento renal sustitutivo: validación preliminar de la versión española del KDQOL-SF. *Nefrología* 1998; 18 (Suppl 3): 66.
21. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin* 1995; 104: 771-6.
22. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual. 4 ed. Boston: Health Institute; 1994.
23. 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* 1998; 111: 410-6.
24. Jofre R, López-Gómez JM, Valderrábano F. Quality of life for patient groups. *Kidney Int* 2000; 57 (Suppl 74): 121-30.
25. Chu NF, Fernig SH, Sheid SD. Quality of life assessment in end-stage renal disease patients with maintenance haemodialysis therapy. *Chung Hua I Hsueh Tsa Chih* 1992; 50: 103-7.
26. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring Health-related Quality of Life. *Ann Intern Med* 1993; 118: 622-9.
27. Tews HP, Schreiber WK, Huber W, Zelt J, Ritz E. Vocational rehabilitation in dialyzed patients: a cross-sectional study. *Nephron* 1980; 26: 130-6.
28. Holley JL, Nespor S. An analysis of factors affecting employment of chronic dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 1994; 23: 681-5.
29. Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Maesaka JK,

Fishbane S. Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16: 1387-94.

30. Brazier JE, Walters SJ, Nicholl JP, Kohler B. Using the SF-36 and Euroqol on an elderly population. *Qual Life Res* 1996; 5: 195-204.

*EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
DE UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS CON EL CUESTIONARIO
KIDNEY DISEASE QUALITY OF LIFE – SHORT FORM (KDQOL-SF)*

Resumen. *El objetivo del presente trabajo fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en un grupo de pacientes representativo de nuestra unidad de hemodiálisis, e identificar aquellos aspectos relacionados con la enfermedad renal y su tratamiento que más repercuten sobre ella. Para cuantificar la CVRS se empleó un cuestionario de formato modular, el Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF) en su adaptación española. En la parte genérica del cuestionario, los pacientes refirieron deterioro en vitalidad, salud general y función física respecto a la población general; alcanzaron mejores puntuaciones en la función social y mental. En la parte específica, la condición laboral fue la dimensión en la que se obtuvieron las puntuaciones más bajas, pues sólo un 26,3% de nuestros pacientes en edad productiva realizaban algún trabajo remunerado. La edad, la comorbilidad y el tiempo en hemodiálisis fueron las variables que más influyeron sobre la CVRS, aunque sólo justificaron un pequeño porcentaje de la variancia (del 11,5% de la función laboral al 29,2% de la función física). El estrés condicionado por la enfermedad renal fue el único aspecto relacionado con la enfermedad renal y su tratamiento que influyó en la percepción global de salud. Las mujeres, los diabéticos y aquellos con historia previa de trasplante renal presentaban unos indicadores de calidad de vida más bajos. No hubo diferencias en función de la etiología de la insuficiencia renal crónica, el nivel de estudios o la ocupación laboral. Nuestros resultados sugieren una buena adaptación psicológica de los pacientes a la HD a pesar de las limitaciones en el funcionamiento físico que conlleva la enfermedad renal y su tratamiento. [DyT 2004; 25: 79-92]*

Palabras clave. *Calidad de vida relacionada con la salud. Hemodiálisis. Insuficiencia renal crónica. KDQOL-SF.*