



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/222.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **Cambios en la calidad de vida relacionada con la salud, función y satisfacción sexual en el comienzo de la hemodiálisis**

*Autores* Marta Luisa *Bandera López*, María José *Carreño Cuadra*

*Centro/institución* Hospital Regional

*Ciudad/país* Málaga, España

*Dirección e-mail* martaluisa@outlook.com

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

Según estudios publicados en 2007 [1] sobre la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), alcanzaba los 927 pacientes/pmp; siendo Murcia, Cataluña y la Comunidad Valenciana las que mostraron cifras más elevadas. La incidencia acumulada en el 2004 de tratamientos sustitutivos renales era de 127 pacientes/pmp, con riesgo mayor en varones.

La National Kidney Foundation (NFK) definió en 2002 [2] la Enfermedad Renal Crónica como una Aclaración de Creatinina inferior a 60 ml/min/ 1,73 m<sup>2</sup>. La enfermedad renal es el resultado del deterioro progresivo e irreversible de la función renal, aunque el paciente puede sufrirla durante años sin presentar síntomas [3, 4].

Algunas de las causas más diagnosticadas en la IRCT son la Diabetes Mellitus (20,9 %), seguida de las de origen Vascolar (17,2%). Ambas causas, con un control y prevención

adecuadas reducirán en gran medida el impacto de la enfermedad renal en la actualidad [1,2].

En España, las causas que presentan mayor incidencia son la Glomerulonefritis, Pielonefritis y los problemas vasculares, situándose la Diabetes Mellitus en una zona intermedia. Así, la Glomerulonefritis es más frecuente en pacientes con edades comprendidas entre los 15-44 años, la Diabetes la causa mayor entre las edades de 45-74 años y los problemas vasculares en los pacientes mayores de 75 años [1].

Una vez diagnosticada la IRC, la consulta específica de enfermedad renal avanzada (consulta de prediálisis) favorece la atención médica del paciente renal [5], pues permite informar de los métodos de sustitución renal tanto al paciente como a su familia, conseguir un acceso vascular o catéter adecuado, así como comenzar con la vacunación de Hepatitis B [4, 5, 6].

La decisión de cuándo iniciar el tratamiento renal sustitutivo (TRS o Diálisis) no es sencilla, ya que no hay normas o alteraciones en los análisis que sean fijas para todos los pacientes y que implique comenzar en un mismo momento para todos los casos. El médico valorará simultáneamente la situación clínica y ciertos valores en los análisis de sangre y orina que orientarán sobre el grado de deterioro de la función renal. Los nefrólogos en general consideran iniciar TRS cuando la función renal está por debajo del 10-15 %, aunque el paciente se encuentra aparentemente bien y sin lugar a dudas cuando la función sea inferior al 8% (equivalencia aproximada a una aclaración de creatinina inferior a 7-8 ml/min) [4].

En general, es recomendable ser vistos en la consulta de prediálisis cuando el aclaramiento de creatinina (CCr) sea menor de 25 ml/min, e iniciar la diálisis cuando dichos valores se encuentren entre 8-15 ml/min, según la situación clínica de cada paciente [4, 7]. En términos generales, la monitorización periódica de la creatinina plasmática suele ser suficiente para conocer si la función renal cambia o se mantiene estable [4].

Es en las consultas de prediálisis, donde se debe iniciar la ayuda y apoyo psicológico lo antes posible, informando al paciente sobre su enfermedad, de cómo va a afectar a su vida logrando así que el comienzo sea lo menos traumático posible [4, 8], no obstante,

en ocasiones el paciente considera que no está lo suficientemente enfermo, siendo diferente la respuesta psicológica de cada uno, dependiendo en mayor medida de su personalidad, del apoyo familiar, social, sanitario así como el curso de su enfermedad [4, 9, 10].

Con respecto a la vida del enfermo renal crónico se debe resaltar su anormalidad; su vida al comenzar la enfermedad sufrirá diferentes cambios, comenzará a depender de un centro de diálisis y del personal sanitario durante años o décadas en la mayoría de los casos. Así todo esto, sumado a que deben llevar un control de alimentos, líquidos y medicación suponen fuentes de estrés comunes en estos pacientes [9, 10], siendo el 10% de los casos los que presentan problemas psiquiátricos. [10].

Así mismo, otras consecuencias de la enfermedad que se presentan en muchos pacientes son la disminución del apetito, problemas del sueño, síntomas de depresión y de ansiedad así como problemas sexuales [10]. Cuando se refiere a depresión, [11, 12] problema de salud más frecuente en el enfermo renal crónico en diálisis, su diagnóstico puede ser confuso debido a los claros síntomas de uremia que padecen estos pacientes.

Con todo ello, los problemas psicológicos pueden llevarles a tener ideas suicidas. Así, alrededor de 1 de 500 pacientes en tratamiento con diálisis se suicidan [10, 11]. No obstante, aunque posean la enfermedad renal es posible que sean tratados muchos de ellos, bajo prescripción médica, con algún tratamiento antidepresivo o ansiolítico, en cuyo caso se debe conocer si el fármaco se metaboliza por vía hepática o renal (o ambas), el método de sustitución renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) y la tasa de función glomerular (TFG) [10], extremando las precauciones en las dosis para unos valores inferiores a 10 ml/min. [12].

Además, la depresión puede afectar al cumplimiento propio de las prescripciones médicas afectando a un 80% de los pacientes que están en hemodiálisis [11], y sumada a la ansiedad son respuestas muy frecuentes en estos pacientes y dicha incidencia está asociada con la calidad de vida y su capacidad funcional [13]. El término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) nació con el objetivo de conseguir una vida más satisfactoria para el enfermo crónico y una mayor funcionalidad, debido a su importancia no sólo en el área de investigación sino también en la asistencia clínica[14].

Es por ello, que se ha diseñado un cuestionario para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (KDQoL-SF), específico para pacientes renales que están en diálisis, desarrollado a partir de una versión más larga del cuestionario KDQoL, y validado por Fernando Garcia y colaboradores en representación del grupo CALDIVIA en 1998[15].

De acuerdo con diferentes estudios realizados en pacientes en hemodiálisis, es posible afirmar que existe un empeoramiento en varios aspectos (físicos, emocionales y de vitalidad); éste es el caso de un estudio realizado en Brasil [16]; en otros estudios afirman que son las mujeres las que presentan una peor CVRS en relación a los hombres en hemodiálisis, aunque dichas diferencias también se presentan en el estudio dentro de la población en general, en relación con los parámetros de función física, función social y salud emocional [17].

Existen varias áreas definidas para la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) relacionadas con la capacidad física, situación psicológica (depresión y afecto) y la capacidad para continuar desempeñando su rol familiar, actividades de ocio y en cualquier red social, habilidades para razonar y cómo percibe él mismo el estado de su salud [14].

Es por ello, que la personalidad del paciente sufre cambios tras el impacto de la enfermedad [16], con una significativa disminución de los propios recursos e inestabilidad afectiva, pudiendo no controlar en muchos casos sus impulsos y manifestar comportamientos agresivos. La pareja y la familia son los primeros que perciben estos comportamientos y pueden expresarlo ante el personal sanitario. No obstante, el cuadro clínico de un sujeto puede depender de la patología que padezca, así pues, la afectación psicológica de un paciente con IRCT no será igual que otro paciente que padezca lesión de glóbulos rojos frontales, por ejemplo [13].

Así mismo, el comienzo o instauración de la enfermedad amenaza su propia autoestima, llegando a provocar la propia disminución de ésta, debido a los diversos cambios en el propio organismo y cambios de su propio aspecto [9, 18], consecuencia en algunas ocasiones de técnicas necesarias para el tratamiento de la enfermedad (fístulas arteriovenosas, catéteres, heridas quirúrgicas). Así, en la mujer estos cambios pueden afectar a su excitación sexual [18] debido a claros síntomas depresivos o de

ansiedad que pueden disminuir la capacidad de iniciar y mantener relaciones cercanas interpersonales. Es por ello que la depresión, en ambos sexos, suele estar asociada a una pérdida de interés, a un descenso de la energía vital, baja autoestima y a una incapacidad para expresar placer [19].

Podemos resumir pues, que la enfermedad renal afecta a la calidad de vida, existiendo en muchos casos síntomas depresivos y de ansiedad, afectando a la propia visión que tiene de sí mismo, disminuyendo su autoestima, y mermando la capacidad de relacionarse con su entorno habitual que tenía antes de iniciar la enfermedad [9, 17, 18].

Según la literatura el enfermo crónico, presenta trastornos sexuales debidos a su enfermedad [18]. No obstante, para poder diagnosticar dichos trastornos, se debe conocer si la aparición de, en este caso, IRC y disfunción sexual, han sucedido en periodos de tiempo similares. Así mismo, debiéndose diferenciar si la causa también puede ser debida al uso de medicamentos o sustancias [20, 21, 22, 23] que pueden favorecer su aparición entre los que se encuentran: sustancias tóxicas (alcohol, opiáceos), antihipertensivos (diuréticos, betabloqueantes, etc), antipsicóticos (risperidona, tioridazina, etc), antidepresivos (ticíclicos, inhibidores de la recaptación de la serotonina, etc).

Según las fases del ciclo de respuesta sexual, establecidas por Masters, Johnson y Kaplan y a las cuales se hace referencia en diversos libros y artículos sobre sexualidad [18, 19, 20, 24, 25] existen varias fases:

1. Fase de deseo: Se genera en el cerebro e incluye fenómenos afectivos y cognitivos, influenciado por hormonas, en particular andrógenos así como neurotransmisores.
2. Fase de excitación: Aumento considerable del aporte sanguíneo en la pelvis y región genital, debido a la vasodilatación que contienen. En el varón erección del pene y aumento de secreciones del tracto vaginal y prostática; en la mujer erección del clítoris y vasocongestión del suelo de la pelvis, dilatación vulva y lubricación vaginal.
3. Fase de orgasmo: Contracciones intermitentes tanto de la musculatura lisa de los órganos genitales como de la esquelética.

Es en la alteración de al menos una de estas fases cuando aparece disfunción sexual [18, 19, 20, 25].

Según Angel Luis Montejo, en su libro Sexualidad y Salud Mental 2003, el término disfunción sexual (DS), puede definirse como “una alteración del proceso psicológico y fisiológico normal involucrado en el funcionamiento sexual, se trata de un concepto complejo que incluye dimensiones tales como: deseo sexual/ inhibido o disminuido, disminución de la excitación sexual, inhibición del orgasmo en mujeres, eyaculación retardada, precoz o ausente en varones y las relaciones dolorosas. Encontrándose entre las posibles causas de disfunción sexual, factores físicos y psicológicos”. [19]

Alrededor del 70% de los pacientes en diálisis presentan DS relacionada con problemas depresivos [8], en ambos sexos disminución de libido y alteraciones en el eje hipotálamo- hipófisis-gonadal [4, 10, 12, 26].

En la mujer además aparecen problemas para lograr el orgasmo, el 50% presentan amenorrea por consiguiente, atrofia vaginal y sufren dolores en sus relaciones [4, 10, 20].

Una de las mayores causas de disfunción sexual es el uso de antidepresivos o psicoactivos, debido a que pueden incluso favorecer la impotencia en ambos sexos así como disminuir el deseo sexual [20, 27].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) [28], en el año 2002 definió salud sexual como “el bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad”.

Es en 1976, cuando es diseñado el Inventario de función sexual (DSFI), con el objetivo de medir esta función actual en diferentes tipos de pacientes. En 1979 Derogatis y Melisanatos publicaron sus propiedades psicométricas en términos de fiabilidad, tanto en test-retest como consistencia interna [29].

Son varios los autores que se han interesado en este problema del paciente en tratamiento de hemodiálisis, que aunque puede ser frecuente, según un estudio [30] realizado en 103 varones en HD, un 40% de los pacientes no presentaban problemas en la función sexual, y en el resto de pacientes se daba disfunción (leve 34,5%, moderada

16,4 % y grave 9,1 %) siendo la mayoría pacientes de edad avanzada y con peor actividad física. Resultados diferentes concluyen en el estudio en 148 varones también en HD, el 70% presentaron dificultad en la erección, asimismo, afirman que un óptimo tratamiento de ésta así como de la anemia puede mejorar la CVRS [31]. Así otro estudio resuelve que el 65% de pacientes de HD presentaban disminución o ausencia de libido afirmando que puede deberse a los altos niveles de prolactina y estradiol [32].

Sobre los tratamientos usados para la disfunción, mejoró tras estudiar la eficacia de inhibidores de la fosfodiesterasa, como el sildenafil, vardenafil y tadalafil. Los tres medicamentos presentaron en los pacientes efectos secundarios tales como, cefaleas más intensas en los pacientes tratados con sildenafil, así como estreñimiento o dispepsia, sin embargo, los efectos 2º en los otros dos fueron de intensidad menor, apareciendo otros efectos como dolor de espalda baja (tadalafil) [33]. En otro estudio se comparan los resultados de los efectos sobre la disfunción eréctil en 40 pacientes tratados con sildenafil y con apomorphine, los pacientes en tratamiento con sildenafil presentaron mayor mejoría en la función sexual [34]. Por último, para lograr una mejor CVRS se debe incluir el diagnóstico y tratamiento de la DS dentro del asesoramiento por parte del nefrólogo [35].

Con relación a la disfunción en la mujer, se ha realizado un estudio en pacientes femeninas tratadas en hemodiálisis y diálisis peritoneal [36], comparando ambos resultados con mujeres sanas. Los resultados del estudio concluyeron que en las pacientes renales existía mayor disfunción sexual que en los sujetos sanos, así mismo se afirma la gran importancia de solucionar este problema para mejorar la calidad de vida.

### **Justificación**

Partimos de la evidencia, de que el inicio de la enfermedad renal crónica afecta a la CVRS, siendo diferente la calidad de vida según el género del paciente y provocando alteraciones en su función y satisfacción sexual, sin embargo, existe una laguna alrededor de los cambios en estas variables, entre los intervalos de tiempo que se encuentra el paciente entre las consultas de prediálisis y cuando comienza el tratamiento renal sustitutivo.

Durante los últimos años, el interés en la mejora en la calidad de vida y en la función sexual ha aumentado, debido a que los problemas sexuales han dejado de ser un tema tabú y la necesidad de mejorar, no sólo la propia evolución de la enfermedad sino la satisfacción general del enfermo crónico.

Teniendo en cuenta esta información, se plantea realizar un abordaje en general del problema que ayude a identificar cambios en la CVRS, función y satisfacción sexual en los pacientes con IRC tratados en la consulta de prediálisis del hospital Carlos Haya de Málaga, y cómo se encuentran dichas variables al pasar un año con el tratamiento de hemodiálisis en los centros de diálisis de la provincia de Málaga. Al mismo tiempo, se introduce una necesaria diferenciación de género para analizar cómo afecta la diálisis en hombres y mujeres por separado.

Hasta la fecha de hoy, no hemos encontrado ningún trabajo que haya estudiado simultáneamente el estado del enfermo antes de comenzar con la hemodiálisis, analizando su CVRS [14, 16, 17] función y satisfacción sexual [30-36], aunque estas cuestiones son tratadas por separado por diferentes autores en ambos sexos, así como la evaluación de los posibles cambios que se producen al mantener el tratamiento durante un año.

## **Hipótesis**

La CVRS, la función y satisfacción sexual de los pacientes con IRCT se ve afectada por las terapias de reemplazo renal. Esta afectación tiene manifestaciones distintas en función del género.

## **Objetivos**

- *Generales*

Evaluar el cambio producido en la calidad de vida relacionada con la salud, función y satisfacción sexual en pacientes con IRCT que vayan a comenzar con el tratamiento de hemodiálisis y cuando lleven un año con el tratamiento, y la posible diferente manifestación de éstas en cada sexo.



- *Específicos*

1. Analizar el cambio en CVRS tras un periodo de un año de empezar la diálisis en todas sus dimensiones:

- síntomas/problemas
- efectos de la enfermedad renal en la vida diaria
- carga de la enfermedad
- situación laboral
- carga cognitiva
- relaciones sexuales
- función sexual
- sueño
- apoyo social
- actitud del personal de diálisis
- satisfacción del paciente.
- función física
- limitaciones de rol por problemas de salud físicos
- limitaciones de rol por problemas de salud emocionales
- función social
- bienestar psicológico
- dolor, vitalidad/ cansancio
- percepción global de la salud

2. Explorar la función y satisfacción sexual a través de las 10 subescalas del cuestionario de Derogatis sobre función sexual:

- información
- experiencias
- motivación
- actitudes
- síntomas psicológicos
- emociones
- definición del rol sexual
- fantasía
- imagen corporal
- satisfacción sexual

3. Evaluar las diferencias entre las variables calidad de vida, función y satisfacción sexual según el género y variaciones tras comenzar con el TRS.
4. Estudiar la asociación entre las dimensiones estudiadas y las características sociodemográficas de los individuos.

## **Material y método**

### *a) Población y muestra*

Hombres y mujeres de edades comprendidas entre 20- 55 años que padecen IRC que se encuentren en la consulta de prediálisis del hospital Carlos Haya de Málaga, que elijan la HD como tratamiento renal sustitutivo en el periodo 2009-2012. Los pacientes que inicien el tratamiento de hemodiálisis y tomen dicha decisión en las consultas de prediálisis durante el periodo 2009-2012 y cuyo estudio tendrá la duración máxima de un año en cada uno de ellos en los centros de diálisis, en los cuales hayan iniciado tratamiento.

### *b) Criterios de Inclusión*

- Los pacientes con IRCT en consulta de prediálisis del Hospital Carlos Haya y elijan la HD como tratamiento renal sustitutivo (TRS).

### *c) Criterios de Exclusión*

- Pacientes que comiencen la HD de urgencia y continúen con esta modalidad de tratamiento.
- Pacientes con alteración psicológica en su historia médica.
- Pacientes con discapacidad mental.
- Pacientes que presenten disfunción sexual antes de comenzar con la hemodiálisis.
- Pacientes que hayan comenzado con DP y cambien a HD.
- Pacientes que vayan a comenzar HD en centros de diálisis no pertenecientes a la provincia de Málaga.
- Pacientes con alteración cognitiva, valorada por el investigador en primera toma de contacto y en la recogida de datos personales.
- Sin pareja o sin relaciones sexuales.
- Extranjeros sin conocimiento del español (hablado-leído-escrito).

d) *Variables de estudio e Instrumentos de medida*

Tendremos en cuenta en el análisis (multivariante) el efecto que pudiesen tener otras variables:

Variables de control

- Edad
- Sexo
- Estado civil (con o sin pareja)
- Etiología de la enfermedad renal, principalmente: glomerulonefritis, pielonefritis y nefropatía diabética, aunque tendremos en cuenta otras que se pudiesen presentar como nefropatías de origen desconocido.
- Tensión arterial del paciente, y en caso de hipertensión conocer si está en tratamiento, ya que, según libros sobre nefrología y artículos publicados afirman que el tratamiento con hipotensores pueden favorecer la disfunción sexual.
- Aclaración de creatinina indicada en el inicio de HD, ya que cada paciente comenzará el tratamiento con unos valores diferentes, aunque existan unos valores generales para la indicación de HD.

Variables dependientes

- Las 19 variables que miden cada una de las diferentes dimensiones del test de Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante el cuestionario KDQol-SF.
- Las 10 variables del Inventario de Derogatis para la función sexual (DSFI).

e) *Descripción del estudio*

Se trata de un estudio longitudinal prospectivo analítico en pacientes con IRCT que acaban de elegir como tratamiento crónico la hemodiálisis en las consultas de prediálisis, los cuales van a tener un seguimiento durante un año y que son usuarios de los centros de diálisis de la provincia de Málaga.

**Procedimiento**

El estudio se dividirá en dos partes:

1º Solicitud de permiso al comité ético del Hospital Carlos Haya de Málaga, información a los pacientes y recogida de firmas del consentimiento informado. Esta primera parte del estudio se realizará en las consultas de prediálisis del hospital. Previamente, se informará al personal de enfermería participante el estado actual del tema, objetivos planteados, así como los instrumentos de medida que se van a usar. Los cuestionarios serán repartidos a los pacientes por el personal enfermero, dichos cuestionarios han sido diseñados para ser autoadministrados y evaluar antes de comenzar con el tratamiento, la calidad de vida relacionada con la salud, función y satisfacción sexual en el momento en que optan, en las consultas de prediálisis, por la hemodiálisis como tratamiento renal sustitutivo. Así mismo, se anotarán los valores de aclaramiento de creatinina que han sido establecidos en cada paciente para indicar el inicio de HD, y que pertenecen a su historia clínica, así como los datos personales y médicos que se tendrán en cuenta en el estudio, también pertenecientes a su historia y antecedentes tales como: edad, sexo, estado civil, hipertensión arterial, diabetes mellitus y etiología de la enfermedad renal.

En este periodo, en el cuestionario KDQol- SF los pacientes responderán refiriéndose al personal enfermero de la consulta de prediálisis, en el último apartado “Satisfacción de los cuidados recibidos”.

Y por último, se solicitará permiso a los centros de diálisis correspondientes, en los cuales vayan a comenzar HD los pacientes, para así continuar con la segunda parte del estudio.

2º Al transcurrir un año con el tratamiento de hemodiálisis se repartirán nuevamente los cuestionarios relacionados con la CVRS y función sexual en los centros de diálisis, identificando así pues, los cambios en dichas variables tras el inicio de la hemodiálisis.

En este 2º periodo del estudio, el último apartado del cuestionario KDQol-SF, se responderá en relación al personal de hemodiálisis.

### **Instrumentos de investigación**

*Cuestionario de Calidad de Vida en Enfermedades Renales (KDQol-SF):*

Cuestionario específico para pacientes con la enfermedad renal que están en diálisis. Se desarrolló a partir de una versión más larga del cuestionario (KDQol). Incluye 43 Ítems

específicos para la enfermedad renal distribuidos de la siguiente forma entre 11 dimensiones específicas para la enfermedad:

- síntomas/problemas
- efectos de la enfermedad renal en la vida diaria
- carga de la enfermedad
- situación laboral
- carga cognitiva
- relaciones sexuales
- función sexual
- sueño
- apoyo social
- actitud del personal de diálisis
- satisfacción del paciente.

También incluye un ítem sobre salud en general. El instrumento se centra sobre los problemas y preocupaciones de las personas con enfermedad renal que están en diálisis. Varios ítems incorporados en el cuestionario KDQol-SF se obtuvieron de otras escalas previamente validadas como la escala MOS del sueño. Así mismo incorpora los 36 ítems del SF-36 que se distribuyen en 8 dimensiones de salud física y mental:

- función física
- limitaciones de rol por problemas de salud físicos
- limitaciones de rol por problemas de salud emocionales
- función social
- bienestar psicológico
- dolor
- vitalidad/ cansancio
- percepción global de la salud

La duración del cuestionario es de 15-20 minutos para completar los 80 ítems.

Los datos referentes a este cuestionario han sido obtenidos de la base de datos BiblioPro, y del artículo publicado en 1998 sobre la validación del cuestionario.

*Inventario de Derogatis para la Función Sexual (DSFI).*

Diseñado para medir el nivel de funcionamiento sexual actual. Consta de 253 ítems que miden la calidad de función sexual en las siguientes 10 dimensiones:

- información
- experiencias

- motivación
- actitudes
- síntomas psicológicos
- emociones
- definición del rol sexual
- fantasía
- imagen corporal
- satisfacción sexual

De estas dimensiones, dos están formadas por tests psicológicos independientes que son Brief Symptom Inventory (BSI) y la Derogatis Affects Balance Scale (DABS). Las puntuaciones directas obtenidas en cada una de las 10 escalas deben transformarse en puntuaciones T. Puede obtenerse un índice total de funcionamiento sexual sumando las puntuaciones obtenidas en cada escala y transformadas a puntuaciones T, debiéndose transformar a su vez este índice total en puntuación T. Se han señalado como punto de corte las puntuaciones estandarizadas menores de 40.

Se ha demostrado que posee adecuadas propiedades psicométricas en términos de fiabilidad, tanto en consistencia interna como test-retest.

Los datos sobre este inventario han sido obtenidos a través de la base de datos BiblioPro y del artículo publicado en 1979.

### **Análisis estadístico**

Se realizará una descripción de las variables socio-demográficas y de control más destacadas que permiten visualizar el perfil de población sometida a IRC en tratamiento de hemodiálisis.

Usaremos pruebas T Student de datos apareados para contrastar si se han producido cambios pre y post diálisis en las 19 dimensiones en la encuesta KDcol-SF para la CVRS en enfermos renales y las 10 dimensiones establecidas en el Inventario de función sexual de Derogatis, medidas en los cuestionarios, cuando se pueda asumir cierta normalidad en las diferencias; en otro caso usaremos la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Para contrastar las diferencias entre hombres y mujeres realizaremos el test T Student para observaciones independientes, no obstante, si no se presentan las condiciones necesarias para dicha prueba, usaremos la prueba no paramétrica de Mann-Whitney.

Utilizaremos análisis de regresión lineal múltiple para controlar el efecto de otras variables que puedan influir en las comparaciones anteriores.

### **Consideraciones éticas y legales**

Este estudio se llevará a cabo con los permisos pertinentes de los comités éticos del Hospital Carlos Haya de Málaga y centros de diálisis de la misma provincia.

- Los datos obtenidos tendrán un tratamiento estrictamente confidencial según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter personal.
- Cada paciente será informado de los objetivos, metodología, los beneficios y riesgos que pueden provocarles así como de que son los únicos que deben tomar la decisión y en cualquier momento de la investigación pueden abandonar el estudio.
- Entrega del consentimiento informado según establece la Ley 41/2002, del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En la cual debe quedar reflejado el acto voluntario y consciente de un paciente, manifestado en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. El consentimiento será firmado por el paciente redactado por escrito por duplicado, de las cuales una será para el investigador y otra para el paciente.
- Se creará un fichero informático donde se recogerá la información aportada por los entrevistados, siguiendo las indicaciones del RD 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.

## **Discusión de posibles problemas o errores**

### *Selección de sujetos*

1. Algunos debido a su estado clínico comenzarán la hemodiálisis (HD) en primera instancia pero existe la posibilidad de que cambien a diálisis peritoneal (DP), por lo que finalizará su participación en el estudio al concluir con la HD, evaluando en dicho tiempo la CVRS, función y satisfacción sexual así como estudiaremos qué factores han influenciado el cambio de su tratamiento.
2. Otros pacientes pueden cambiar de DP a HD por diferentes motivos (miedo a sufrir peritonitis, dificultad de la técnica, falta de apoyo y ayuda para los cuidados, entre otros), aunque comiencen con la hemodiálisis no serán incluidos en el estudio debido a que provienen de otra técnica y ya han comenzado con la diálisis.
3. En aquellos que han tenido la suerte de encontrar donante adecuado y vayan a ser trasplantados se le entregarán los cuestionarios antes del trasplante y así evaluar los cambios que se han producido durante el tiempo que hayan estado en HD.

### *Puntuación de las encuestas*

1. Se ha solicitado a los autores que llevaron a cabo la validación de las encuestas los puntos de corte de ambos cuestionarios, calidad de vida relacionada con la salud KDQol-SF e inventario para la función sexual DSFI, aunque a fecha de hoy está pendiente su contestación. No obstante, en el futuro se revisarían dichos instrumentos y en el caso de no obtener respuesta serían sustituidos, si fuera necesario, por otros instrumentos igualmente validados.
2. La puntuación de los resultados se resolverá mediante el envío de las encuestas a The Clinical Psychometrics Research en relación al Inventario sobre la función sexual, debido a que ya poseemos la puntuación sobre el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud.

## **Recursos y presupuestos**

### *Recursos Materiales:*

- Material de oficina (ordenadores, impresoras y tinta, papel, bolígrafos, libretas).



- Bibliografía (acceso a revistas y libros especializados).
- \$35 de acceso a la publicación donde está descrita la valoración del test Derogatis DSFI.

*Recursos Humanos:*

- Personal de enfermería que se encargará de entregar los cuestionarios y la recogida de los mismos en la consulta de prediálisis así como en el servicio de hemodiálisis.

*Otros recursos:*

- Transporte, que no es fácil de cuantificar hasta que no conozcamos los centros que participarán.

## **Organización y calendario de actividades**

*1º Etapa:*

- a) Tema de investigación y búsqueda bibliográfica entre los meses (enero- mayo 2008): guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, base de datos, publicaciones con información basada en la evidencia, literatura enfermera y médica (biblioteca de la universidad, facultad de medicina y escuela de enfermería de Málaga).
- b) Planificación del proyecto: síntesis del estado actual del problema, objetivos del estudio, población que será incluida y herramientas validadas para llevarlo a cabo.

*2º Etapa:*

- a) Solicitud del permiso al Hospital Carlos Haya para llevar a cabo el estudio.
- b) Formación del personal durante una semana, sobre el tema, objetivos y herramientas que se van a utilizar. Actualización sobre el tema de estudio.
- c) División del trabajo.
- d) Solicitud del permiso a los centros de diálisis correspondientes.

*3º Etapa:*

- a) Exclusión de pacientes según criterios establecidos.
- b) Repartir encuestas y resolver posibles dudas en las preguntas de los cuestionarios.

#### *4º Etapa:*

- a) Recogida de datos en 1º y 2º etapa del estudio (antes de comenzar la HD y tras pasar un año con dicho tratamiento).
- b) Análisis estadísticos de los datos con las técnicas mencionadas con anterioridad.

#### *5º Etapa:*

Se redactará el informe final con los resultados del estudio, conclusiones y resumen para su posible publicación.

### **Referencias**

1. Arrieta J, Castro P, Gutiérrez G, Moreno I, Sierra T, Estébanez C, et al. Informe de situación de diálisis y trasplante en España, 2004. *Nefrología*.2007; 27 (3): 279-99.
2. Zhang Q, Rothenbacher D. Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: systematic review. *BMC Public Health*. 2008; 8(117): 33. [Acceso 22 de abril de 2008]; Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/117>.
3. Lozano C, Touchard A, Prats D, Coronel F, Naranjo P, Rentero R. Pregrado. Colección de lecciones de patología médica. 3ª ed. Madrid; 1985. Páginas: 7-20
4. Lorenzo V, Torres A, Hernández D, Ayus JC. Manual de nefrología clínica y trasplante renal. 2º ed. Harcourt Brace; 1998. Páginas: 183, 194-5, 211-2, 568-9.
5. Álvarez R, Velasco S. La consulta de prediálisis de enfermería: logros y oportunidades de mejora. *Rev Soc Enferm Nefrol* 2007; 10 (3): 166-71.
6. Del Valle M, Sesmero C, Portolés JM. Estudio sobre el cambio de elección de tratamiento renal sustitutivo en pacientes que han optado por diálisis peritoneal. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2006; 9 (1): 7-11.
7. Hricik E, Sedor J, Ganz M. Secretos de nefrología. McGraw-Hill; 2000. Página 24
8. Castellano I, Gallego S, Labrador PJ, Covarsí A. Inicio de diálisis en una provincia española. *Nefrología* 2006; 26 (3): 379-81.
9. López JP, Gómez G, González E. Sobre las necesidades psicológicas de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis. *Psiquis* 2000; 21 (6): 288-92.
10. Kimmel PL, Levy N. Psicología y rehabilitación. Daugirdas JT. Manual de diálisis. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2003. 431-37.
11. Wyszynski A, Wyszynski B. Manual de psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas. 1º ed. Barcelona: Masson; 2006. Páginas: 82-3.

12. Rabindranath KS, Butler JA, Macleod AM, Roderick P, Wallace SA, Daly C. Physical measures for treating depression in dialysis patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; (2): CD004541.
13. Moreno E, Arenas MD, Porta E, Escalant L, Cantó MJ, Castell G, et al. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2004; 7 (4) 225-33.
14. Viniegras C, Rodríguez G. Calidad de vida en enfermos crónicos. <http://www.ucmh.sld.cu/>. La Habana. [acceso 21 de abril de 2008]. Disponible en: [http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm\\_vol\\_6num\\_4/rhcm02407.htm](http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_6num_4/rhcm02407.htm).
15. García F, López K, De Álvaro F, Álvarez-U de F, Alonso J, representación del grupo CALDIVIA. Salud percibida en pacientes que comienzan tratamiento renal sustitutivo: validación preliminar de la versión española del KDQol-SF. *Nefrología* 1998; 18 (3): 66
16. Ismael MR, Bernardi C. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crónica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13 (5): 670-6.
17. Vázquez I, Valderrábano F, Fort J, Jofré R, López JM, Moreno F, et al. Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *Nefrología* 2004; 24 (2): 167- 78.
18. López JJ. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2002. Páginas: 211-12; 602; 630
19. Montejo AL. Sexualidad y Salud Mental. 2º ed. Editorial Glosa; 2003. Páginas: 61-2.
20. Hales RE, Yudovsky S. Tratado de psiquiatría clínica. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2004. Página 750.
21. Keene LC, Davies PH. Drug-related erectile dysfunction. *Adverse drug react toxicol rev* 1999 Mar; 18 (1): 5-24.
22. Wein AJ, Van Arsdalen KN. Drug-induced male sexual dysfunction. *Urol Clin North Am*. 1988 Feb; 15(1): 23-31.
23. Adversa A, Rocchietti-March M, Botta D, Caprio M, Pezzela P, Fabrinni E, Fabri A, Bonifacio V. Pharmacology of male sexual dysfunction *minerva endocrinologica* 1998 Marzo; 23(1):17-25
24. Masters W, Jonhson V. Respuesta sexual humana. Intermédica; 1978. Páginas: 3-7.
25. Rowland D, Tai W. A review of plant-derived and herbal approaches to the tratament of sexual dysfunctions. *Journal of sex and marital therapy* 2003; 29 (3):185-205.

26. Andreu L, Force E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2001. Página 351.
27. Barlow DH, Durand V. Psicología anormal. Un enfoque integral. Madrid: Thomson International; 2001. Páginas: 363-4.
28. World Health Organization [Sede Web]. Sexual Health [1]. <http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html#3>.
29. Derogatis LR, Melisaratos N. The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. *Journal sex Marital Therapy* 1979 Fall; 5(3): 244-81.
30. Martín F, Reig A, Ferrer R. Función sexual y calidad de vida en pacientes varones de hemodiálisis. *Nefrología* 2006; 26 (4): 452-60.
31. Türk S, Guney I, Altintepe L, Tonbul Z, Yildiz A, Yeksan M. Quality of life in male hemodialysis patients. Role of erectile dysfunction. *Nephron Clin Pract* 2004; 96 (1): 21-7.
32. Rodriguez R, Burgos R, Gómez D, Galbis S, Navarro A, Allona A, Orofino A. Alteraciones endocrinas y disfunción sexual en trasplantes renal y hemodiálisis: estudio comparativo. *Actas Urol Esp.* 1996; 20 (8): 697-701.
33. Méndez A. Tratamiento de la disfunción eréctil con inhibidores de fosfodiesterasa en pacientes con hemodiálisis. *Rev Fac Med (Mex)* 2006; 49 (3): 129-30.
34. Dachille G, Pagliarulo V, Ludovico GM, Ralph D, Pagliarulo A. Sexual dysfunction in patients under dialytic treatment. *Minerva Urol Nefrol.* 2006; 58 (5): 195-200.
35. Rosas SE, Joffe M, Franklin E, Strom B L, Kotzker W, Brensinger C, et al. Association of decreases quality of life and erectile dysfunction in hemodialysis patients. *Kidney International*, 2003; 64: 232-38.
36. Kettas E, Cayan F, Akbay E, Kiykim A, Cayan S. Sexual dysfunction and associated risk factors in women with end-stage renal disease. *J Sex Med.* 2008 Apr; 5 (4): 872-7.