



Original breve

Calidad de vida y de la atención percibida del paciente en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada: estudio descriptivo transversal

Quality of life and perceived care of patients in advanced chronic kidney disease consultations: Across-sectional descriptive study

Verónica Gimeno-Hernán^{a,b,c,*}, María Isabel Duran-Muñoz^c, María Rosario del Pino-Jurado^c, Araceli Farlado-Cabana^{a,b,d}, Marta Oliva-Hernando^e y Ismael Ortuño-Soriano^{a,b}

^a Department of Nursing, Faculty of Nursing, Physiotherapy and Podology, Universidad Complutense, Madrid, España

^b Health care research group, Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España

^c Departament Haemodialysis, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^d Departament Oncology, Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

^e Intensive Care Unit, Hospital de la Princesa, Madrid, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras clave:

Calidad de vida
Enfermería
Cuidado y enfermedad renal

R E S U M E N

Objetivo: Evaluar la calidad de vida y la percepción de la atención recibida en los pacientes en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA).

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal con 43 pacientes con ERCA. La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario KDQOL-36, mientras que la calidad percibida de la atención se midió con el cuestionario IECPAX. Se recopilaron datos sociodemográficos y clínicos de los registros de los pacientes. Los participantes completaron los cuestionarios durante visitas rutinarias, y las puntuaciones fueron analizadas para identificar asociaciones entre las variables.

Resultados: El estudio incluyó un 60% de varones ($n = 28$) y un 32% de mujeres ($n = 15$), con una edad media de 78 años (± 16). Entre los participantes, el 45% eran diabéticos, el 79% hipertensos y el 58% tomaban más de 5 medicamentos al día. Las puntuaciones promedio fueron de 78,76 ($\pm 12,15$) para el KDQOL-36 y de 5,54 ($\pm 2,64$) para el IECPAX. Se encontraron diferencias significativas en el dominio del rol físico entre varones y mujeres ($p = 0,01$) y en individuos mayores de 65 años ($p = 0,04$). Las puntuaciones más altas de IECPAX se asociaron con tomar más de 5 medicamentos ($p = 0,05$). Sin embargo, no se encontró relación significativa entre las puntuaciones de KDQOL-36 e IECPAX.

Conclusiones: Los hallazgos sugieren que la calidad de vida y la calidad percibida de la atención son independientes en los pacientes con ERCA avanzada. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar ambos aspectos por separado para mejorar los resultados.

A B S T R A C T

Objective: In the care of renal patients, prioritising their quality of life and nursing care is essential. Research links patients' perceptions of care quality to improved outcomes such as safety, clinical efficacy, treatment adherence, and preventive practices. This study aimed to evaluate the quality of life and care perception in these patients and explore potential associations between these dimensions.

Material and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted with 43 patients attending an advanced CKD clinic. Quality of life was assessed using the KDQOL-36 questionnaire, while the IECPAX questionnaire measured perceived care quality. Sociodemographic and clinical data were collected from patient records. Participants completed the questionnaires during routine visits, with scores analysed to identify associations between variables.

Keywords:

Quality of life
Care
Nursing and kidney disease

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: verogime@ucm.es (V. Gimeno-Hernán).

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2025.502418>

Recibido el 9 de enero de 2025; Aceptado el 3 de noviembre de 2025

Disponible en Internet el 11 de diciembre de 2025

1130-8621/© 2025 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Results: The study included 60% men ($n = 28$) and 32% women ($n = 15$), with a mean age of 78 years (± 16). Among participants, 45% were diabetic, 79% hypertensive, and 58% took more than five medications daily. Mean scores were 78.76 (± 12.15) for KDQOL-36 and 5.54 (± 2.64) for IECPAX. Significant differences were found in the physical role domain between men and women ($P = .01$) and for individuals over 65 years ($P = .04$). Higher IECPAX scores were associated with taking more than five medications ($P = .05$). However, no correlation was observed between KDQOL-36 and IECPAX scores.

Conclusions: The findings suggest that quality of life and perceived care quality are independent in advanced CKD patients. While this study provides insights, larger multicentre studies are needed to validate these results. These findings highlight the importance of addressing both aspects separately to improve outcomes in this population.

Qué se conoce

- La enfermedad renal crónica (ERC) avanzada impacta significativamente en la calidad de vida debido a comorbilidades, edad y polifarmacia. La percepción del cuidado afecta la adherencia, la calidad y la seguridad, pero pocos estudios relacionan estas dimensiones.

Qué aporta

- Este estudio muestra que la calidad de vida y la percepción del cuidado son independientes. Encuentra que los adultos mayores y las mujeres obtienen puntuaciones más bajas en los dominios físicos, mientras que la polifarmacia mejora la percepción del cuidado.

Introducción

La calidad de vida y la atención centrada en la persona son conceptos definidos por la Organización Mundial de la Salud. La calidad de vida se entiende como la percepción subjetiva del individuo sobre su situación vital, en un contexto cultural, y en relación con sus expectativas y valores personales. Por su parte, la atención centrada en la persona considera a la persona en su globalidad, atendiendo a sus necesidades individuales derivadas de los determinantes de salud¹.

Los avances médicos han incrementado la longevidad, lo que ha llevado a un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas. En este contexto, la calidad de vida y la atención integrada han adquirido relevancia como componentes fundamentales en la evaluación de los resultados en salud, más allá de los criterios clínicos convencionales².

La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) representa el estadio final de la enfermedad renal, caracterizada por un filtrado glomerular inferior a 15 ml/min, consecuencia de un daño estructural o funcional del riñón³. Estos pacientes se encuentran en la fase previa a la necesidad de una terapia renal sustitutiva (TRS) en los que se ve más afectada su calidad de vida³.

La ERC, además de ser más prevalente con la edad, suele coexistir con otras enfermedades y complicaciones que afectan negativamente a la vida social, familiar y laboral del paciente, impactando significativamente en su calidad de vida³.

Se ha evidenciado que un adecuado abordaje de la calidad de vida, junto con una atención integral por parte de equipos multidisciplinares, puede mejorar la capacidad del paciente para afrontar la enfermedad en esta etapa⁴.

Asimismo, la experiencia del paciente se ha vinculado positivamente con aspectos como la seguridad, la efectividad clínica, la adherencia al tratamiento y la participación en cuidados preventivos, siendo elementos esenciales también en el manejo de los pacientes renales⁴.

Dada esta evidencia, se justifica la realización de un estudio que evalúe la calidad de vida y la percepción de la atención recibida en

los pacientes atendidos en la consulta de ERCA, con el fin de identificar los factores que influyen en ambas dimensiones.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal entre enero y julio de 2023, en un hospital de tercer nivel, con el objetivo de obtener una imagen precisa del estado de los pacientes con ERCA durante ese periodo. Se realizó un muestreo de conveniencia y se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ERCA en estadio V (TFG < 15 ml/min, antesala de la TRS), en seguimiento en consultas específicas y aún sin iniciar TRS. Todos firmaron consentimiento informado. Se excluyeron aquellos en estadios previos o que iniciaron tratamiento renal sustitutivo durante el estudio. Se utilizaron 2 cuestionarios autoadministrados:

1. KDQOL-36⁵: versión en español con 36 ítems para valorar calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (puntuaciones de 0 a 100).
2. IECPAX⁶: desarrollado en España, evalúa la experiencia del paciente crónico en su interacción con el sistema sanitario. Se permitió el apoyo de la enfermera para los pacientes con dificultades de lectura o comprensión.

Durante las visitas habituales a consulta, los pacientes completaron los cuestionarios tras recibir información del estudio y firmar el consentimiento. Además, se recogieron datos clínicos y sociodemográficos de los historiales médicos, incluyendo comorbilidades como hipertensión y diabetes.

Los datos fueron analizados con SPSS[®] v.26.0. Las variables cuantitativas se describieron con medidas de tendencia central y dispersión; las cualitativas, en porcentajes. Se aplicaron pruebas como la t de Student, Chi-cuadrado, ANOVA o Mann-Whitney, según la distribución de los datos, considerando significativas las asociaciones con $p < 0,05$.

El estudio fue aprobado por el comité ético (CI: 23/038-E) correspondiente y se ajustó a la Declaración de Helsinki y a las normas de Buena Práctica Clínica. Se garantizó confidencialidad y anonimato, y la participación fue voluntaria.

Resultados

Se incluyeron un total de 43 pacientes que cumplieron de forma adecuada los cuestionarios. un 60% ($n = 28$) eran varones y un 32% ($n = 15$) mujeres, con una edad media de 78 años (± 16), un 45% ($n = 21$) eran diabéticos y un 79% ($n = 37$) hipertensos. Un total del 58% ($n = 25$) referían tomar más de 5 fármacos al día. Las puntuaciones medias obtenidas en ambos formularios fueron 78,76 ($\pm 12,15$) en KDQOL-36⁵ y 5,54 ($\pm 2,64$) en IECPAX⁶.

En este estudio participaron 43 pacientes con ERCA, y se analizaron sus puntuaciones en los cuestionarios CVRS (KDQOL-36)⁵ y experiencia del paciente (IECPAX)⁶, considerando variables como sexo, edad y comorbilidades.

La hipertensión arterial fue el único factor clínico que mostró una diferencia significativa en la calidad de vida: los pacientes sin hipertensión reportaron mejor calidad de vida. Otros factores como sexo, edad,

Tabla 1

Influencia de la edad y el sexo de los pacientes atendidos en la consulta de enfermedad crónica avanzada en la puntuación obtenida en las diferentes dimensiones del cuestionario de calidad de vida (KDQOL-36)

	Ítems cuestionario KDQOL-36					
	Sexo		p-valor	Edad		p-valor
	Varón n = 28	Mujer n = 15		> 65 años	< 65 años	
	Media, desviación típica		Media, desviación típica			
Dimensión física (10 ítems)	20,7 (5,3)	21,1 (2,9)	0,79	20,6 (5)	22 (1,2)	0,46
Rol físico (4 ítems)	13,3 (4,6)	12,8 (1,7)	0,71	13,3 (4,1)	12,1 (1,2)	0,45
Dolor corporal (2 ítems)	6,5 (2,8)	5,3 (2,2)	0,16	6,3 (2,8)	5,1 (2)	0,30
Salud general (5 ítems)	9,6 (4,1)	11,3 (4)	0,19	9,8 (3,9)	12,1 (5,1)	0,18
Vitalidad (4 ítems)	8,4 (3,2)	9,9 (3,9)	0,18	8,4 (3)	11,3 (4,8)	0,04
Función social (2 ítems)	1,46 (1,0)	1,7 (1,1)	0,55	1,4 (0,9)	2,1 (1,6)	0,09
Rol emocional (3 ítems)	5,4 (2,7)	7,4 (2,9)	0,03	5,8 (2,7)	7,4 (3,8)	0,18
Salud mental (5 ítems)	9,54 (4,7)	11,2 (4,7)	0,26	9,9 (4,4)	11,6 (6,3)	0,51

Tabla 2

Influencia del sexo y la edad de los pacientes en la puntuación obtenida en las diferentes dimensiones del cuestionario de atención percibida en la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada (IEXPAC)

	Ítems cuestionario IEXPAC					
	Sexo		p-valor	Edad		p-valor
	Varón n = 28	Mujer n = 15		> 65 años	< 65 años	
	Media, desviación típica		Media, desviación típica			
Interacciones productivas (1, 2, 5 y 9)	7,6 (3,7)	8,1 (2,9)	0,68	7,8 (3,1)	7,1 (4,9)	0,61
Nuevo modelo relacional (3, 7 y 11)	5,6 (3,4)	3,3 (2,8)	0,03	4,8 (3,3)	5,0 (3,8)	0,86
Autogestión del paciente (4, 6, 8 y 10)	7,2 (3,6)	7,4 (2,7)	0,83	7,4 (3,1)	6,7 (4,6)	0,59

diabetes, enfermedad cardiovascular y número de medicamentos no mostraron asociaciones relevantes.

En el cuestionario KDQOL-36⁵, no se hallaron diferencias significativas entre varones y mujeres, salvo en la dimensión de «Rol emocional», donde las mujeres mostraron mejores puntuaciones que los varones ($p = 0,03$), sugiriendo una mayor resiliencia emocional femenina en esta población. Respecto a la edad, se observó una diferencia significativa únicamente en la dimensión de vitalidad, con mayores niveles en los menores de 65 años (tabla 1).

En el cuestionario IEXPAC⁶, se encontraron diferencias por sexo, siendo los varones quienes reportaron mejor percepción de la atención, especialmente en la dimensión del «nuevo modelo relacional». En contraste, no se detectaron diferencias significativas según edad, hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular ni número de medicamentos (tabla 2).

Por último, no se halló correlación significativa entre las puntuaciones globales del KDQOL-36⁵ e IEXPAC⁶ ($p = 0,46$).

Discusión

Los estudios sobre CVRS en los pacientes con ERCA han centrado históricamente su atención en los efectos de la TRS. La mayoría de investigaciones señalan un mayor deterioro de la CVRS en los pacientes en hemodiálisis o diálisis peritoneal en comparación con los que se encuentran en fases prediálisis. Asimismo, existe una sólida asociación entre síntomas de ansiedad y depresión, y una peor percepción de calidad de vida en esta población².

En nuestra muestra, la hipertensión arterial —presente en el 79% de los pacientes— fue la única comorbilidad asociada de forma significativa a una peor calidad de vida, lo que la sitúa como un factor

modificable prioritario. Esta observación coincide con las guías clínicas más recientes, incluida la actualización de KDIGO, que subrayan la importancia del control riguroso de la presión arterial para preservar la función renal y reducir la carga sintomática⁴. Por tanto, reforzar el manejo integral de la hipertensión podría resultar esencial para mejorar la percepción de salud.

Las mayores puntuaciones femeninas en la dimensión «Rol emocional» ($p = 0,03$), así como los mayores niveles de vitalidad en sujetos menores de 65 años, reflejan patrones recogidos en revisiones recientes sobre ERCA, que señalan mayor resiliencia emocional en mujeres y mejor estado funcional en personas más jóvenes⁷. Esto refuerza la idea de incorporar estrategias psicoemocionales individualizadas, como programas de apoyo emocional según género y edad, para mejorar aspectos relacionales.

En cuanto a la percepción asistencial evaluada con el IEXPAC⁶, los varones puntuaron mejor en el «nuevo modelo relacional», coincidiendo con lo descrito por Hughes et al., quienes atribuyen estas diferencias a factores comunicacionales y expectativas diferenciadas entre géneros⁸.

Las puntuaciones medias del IEXPAC⁶ fueron inferiores a las reportadas en los pacientes con ERCA por Fernández-Díaz et al. (6,68), aunque similares a las de otras enfermedades crónicas, lo que podría deberse a factores sociodemográficos como la edad avanzada. En contraste, los ítems sobre autogestión fueron bien valorados, posiblemente gracias al seguimiento continuado por parte de la misma enfermera, favoreciendo el vínculo terapéutico y el empoderamiento del paciente⁹.

La ausencia de correlación entre KDQOL-36⁵ e IEXPAC⁶ en nuestra muestra ($p = 0,46$) enfatiza que la calidad de vida y la experiencia asistencial no se superponen clínicamente. Por tanto, se recomienda integrar ambas herramientas en la práctica clínica habitual como instrumentos complementarios, permitiendo un seguimiento más completo del

impacto de la enfermedad y de la atención recibida. Esta evaluación dual resulta especialmente relevante en contextos de alta complejidad, como el de la ERCA, donde el abordaje biopsicosocial requiere una visión holística y personalizada.

Finalmente, en su estudio Zhang Y et al. aportan datos de que una mejor CVRS se asocia con menor mortalidad y hospitalizaciones en los pacientes en diálisis¹⁰. Aunque nuestra cohorte es prediálisis, este dato subraya que elevar la desde fases tempranas podría traducirse en mejores resultados clínicos a medio plazo. Esta evidencia justifica integrar en consulta evaluaciones estandarizadas (KDQOL-36, IEXPAC) como indicadores clínicos relevantes, no solo para el bienestar del paciente, sino para anticipar eventos adversos.

Limitaciones

La principal limitación metodológica del estudio fue el tamaño muestral, condicionado por la disponibilidad de pacientes durante el periodo de inclusión. Aunque se intentó abarcar la totalidad de la población atendida en la consulta de ERCA, con ERC estadio V, los resultados deben interpretarse con cautela. Sería necesario un estudio multicéntrico o de mayor duración para aumentar la potencia estadística y mejorar la validez externa de los hallazgos.

Conclusiones

Este estudio permite valorar de manera integral la calidad de vida y la percepción de la atención recibida en los pacientes con ERCA en fase prediálisis. Los resultados evidencian que la calidad de vida está influida significativamente por factores clínicos como la hipertensión arterial, mientras que la experiencia asistencial percibida presenta diferencias según el sexo, especialmente en dimensiones relacionales y de comunicación.

La falta de correlación entre ambas dimensiones confirma que calidad de vida y experiencia de atención son constructos independientes,

lo que refuerza la necesidad de su evaluación sistemática en la práctica clínica. Además, la alta puntuación en los ítems de autogestión destaca el valor del seguimiento continuado por parte de profesionales de enfermería como elemento clave para promover el autocuidado y el empoderamiento del paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. *Servicios de salud integrados y centrados en las personas: una descripción general de la evidencia: informe provisional*. Genova. 2015.
2. Lo WK, Wong J, Tong GM, Chan CK, Ho SK, Woo YC. Quality of life of chronic kidney disease patients in a predialysis renal clinic. *Hong Kong Med J*. 2016;22:531–538.
3. Brown MA, Collet GK, Josland EA, Foote C, Li Q, Brennan FP. CKD in Elderly Patients Managed without Dialysis: Survival, Symptoms and Quality of life. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2015;12:260–268.
4. Doyle C, Lennox L, Bell D. A Systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3:e001570.
5. García F, López K, DeÁlvoro F, Álvarez F, Alonso J. Salud percibida en pacientes que comienzan tratamiento renal sustitutivo: validación preliminar de la versión española del KDQOL-SF. *Nefrología*. 1998;18(Suppl 3):66.
6. Indep Consultores SL. IEMAC IEXPAC. Iemac.es. [consultado 27 Dic 2022] Disponible en: <http://www.iemac.es/iexpac/>.
7. Parra E, Salgueira M, Portolés J, et al. Standardizing health outcomes for chronic kidney disease: Adaptation of the international consortium for health outcomes measurement standard set to the Spanish setting. *Nefrología (Engl Ed)*. 2023;43:587–595. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2022.05.012>.
8. Hughes JT, Freeman N, Beaton B, et al. My experiences with kidney care: A qualitative study of adults in the Northern Territory of Australia living with chronic kidney disease, dialysis and transplantation. *PLoS One*. 2019;14:e0225722.
9. Fernández-Díaz Reyes, Cifuentes-Rivera Begoña, López-Sierra Emilia Margarita, Pablos-de Pablos Montserrat. Evaluación de la experiencia asistencial en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada. *Enferm Nefrol*. 2023;26:260–267.
10. Zhang Y, Wu X, Li X, Hu Y, Wang S. Better HRQoL is associated with prolonged survival and lower hospitalisation risk in dialysis patients: A prospective cohort study. *BMC Nephrol*. 2024;25:835.