

A1

Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIOS PARA TRABAJADORES  
DEL ESTADO

CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

ESTUDIO DE SEXUALIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL  
CRONICA

TESIS DE POSGRADO

149.2008

SUBESPECIALIDAD NEFROLOGIA

PRESENTA

DR. FLORES GARNICA JULIO MANUEL

ASESOR DE TESIS

Dr. Rodolfo Zurita Carrillo

Dra. López González Leticia



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AUTORIZACIONES

Dr. Mauricio Di Silvio López

Subdirector de Enseñanza e Investigación

CMN "20 de Noviembre" ISSSTE

Dr. Zurita Carrillo Rodolfo

Jefe de Servicio de Nefrología y Asesor

Dra. Leticia López González

Adscrito de Nefrología

Asesor de Tesis

Dr. Manrique Nájera Armando Manuel

Jefe de servicio de hemodiálisis

Asesor de tesis

Dr. Juvenal Torres Pastrana

Profesor titular de Curso

## AGRADECIMIENTOS

Como en todas las tesis es el rubro que nunca debe faltar ya que para la formación del médico esta la culminación de la residencia y se realiza gracias a muchas personas que interaccionan en la formación de cada médico residente.

Siempre debemos empezar por la familia y uno de los más importantes en mi vida son mis padres (Miguel, Manolo y Carolina) ya que sin ellos no podría estar en la residencia y siempre me están apoyando a pesar de los tropiezos que uno tienen en la vida, sin embargo a estas altura de la vida mi agradecimiento a mi esposa ya que sin ella no podría haber terminado y en esta puedo mencionar como muchas personas a mis dos hijos (Luis Miguel y Ana Karen) que me alientan a seguir adelante. Una persona muy importante con la que comparto muchas alegrías y desilusiones de todo tipo y del cual como todo en la vida no es eterno y es tiempo de separarnos y lo voy a extrañar mucho es mi hermano Manolo.

En la formación de todo residente siempre hay una guía o Maestro en el camino que terminan salvando al residente y gratamente puedo mencionar a Dr. Rodolfo Zurita Carrillo que aparte de ser mi guía me ha tratado toda la vida como un amigo y siempre me ha ayudado a salir adelante.

La Dra. López González Leticia no podía faltar ya que me guiado y es una amiga.

Sin embargo encontré al rotar en hemodiálisis alguien que me enseñó bastante y me ha tratado como un amigo es la Dra. Diana Maldonado.

INTRODUCCION.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
ANTECEDENTES.....	6 - 7
OBJETIVO.....	7
HIPOTESIS.....	8
JUSTIFICACION.....	8
MATERIAL Y METODOS.....	8
RESULTADOS.....	9 - 12
DISCUSION.....	12 - 13
CONCLUSIONES.....	13
APENDICE.....	14 - 39
REFERENCIAS.....	40 - 41

## INTRODUCCION

La disfunción sexual es una de las grandes alteraciones en los pacientes con insuficiencia renal crónica que afecta directamente a los pacientes y debido a que es una esfera poco explorada por vergüenza o incluso por ignorancia debido a que los pacientes consideran que es secundario a la enfermedad de base sin saber que existe tratamiento para estas alteraciones.

A nivel mundial hay estudios de disfunción sexual y estudios con disfunción eréctil sin embargo en México hay pocos estudios que abordan esta área y se ha descrito pacientes con disfunción eréctil y no se ha correlacionado con calidad de vida.

Al aumentar la incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica convirtiéndose en un problema de salud pública y sabiendo que la disfunción sexual repercute directamente con la calidad de vida así como la ansiedad y la depresión surge la hipótesis de realizar un estudio sobre las alteraciones sexuales de los pacientes con insuficiencia renal crónica en los pacientes del CMN "20 De Noviembre" que es una población cautiva y que se preparan para pre trasplante.

Es una de los temas más importantes en México ya que repercute en la calidad de vida como en la vida social de los pacientes sin embargo en nuestra población produce vergüenza y pocos pacientes se acercan a los médicos para poder resolver la disfunción sexual.

## RESUMEN DE TESIS

La disfunción sexual es común en los pacientes con insuficiencia renal crónica con una variabilidad del 9 al 60-70%, demostrando un problema frecuente del cual no se da importancia en los pacientes y también escasamente referidos por ellos, se compone de mecanismos fisiológicos y psicológicos que alteran la función sexual de los pacientes. Métodos Es un estudio descriptivo abierto y transversal se incluyeron 20 pacientes 10 hombres y 8 mujeres del Servicio de Hemodiálisis del CMN 20 Noviembre Cd. México con una edad de 16 a 70 años con una mediana 23 años se recolecto datos de laboratorio del expediente clínico y se realizaron cuestionarios de depresión, Ansiedad de Hamilton, Escala sexual de Massachussets y SF 36. Resultados Se reporto 65 % de hombres y 25% para mujeres con disfunción sexual, el 63% (7 de 11) tienen alteraciones para la erección, Los pacientes con albúmina baja presentan mayor alteración sexual ( $p:0.012$ ). Los pacientes con ansiedad tienen mas disfunción sexual y menor calidad de vida no representando los mismo con depresión. Al aumentar la albúmina mejoro la calidad de vida ( $p: 0.075$ ) Conclusiones: Los pacientes con albúmina baja tenían menos calidad de vida, la ansiedad se correlaciona con mayor disfunción sexual al igual que la depresión (no existe significancia estadística).

### Thesis abstract

Sexual dysfunction is common in patients with chronic renal failure with variability from 9 to 60-70%, demonstrating a common problem which is not important for patients and also barely mentioned by them, consists of psychological and physiological mechanisms which alter sexual function of patients. Methods is an open and cross-sectional study included 20 patients, 10 men and 8 women Service Haemodialysis of CMN on November 20 city Mexico with an age of 16 to 70 years with a median 23 years of laboratory data collected in the dossier were carried out questionnaires and clinical depression, anxiety Hamilton, Massachusetts Scale sexual and SF 36. Resultados was reported 65% of men and 25 % For women with sexual dysfunction, 63% (7 of 11) have alterations to the erection, patients with low albumin present materially alter sex ( $p = 0.012$ ). Patients with anxiety have more sexual dysfunction and lower quality of life not represent the same with depression. By increasing albumin improve the quality of life ( $p = 0.075$ ) Conclusions: Patients with albumin had less low quality of life; anxiety was associated with greater sexual dysfunction as well as depression (there is no statistical significance).

PSEUDONIMO GARDNIER2

Palabras claves disfuncion sexual, -insuficiencia renal crónica

A4

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuáles son las alteraciones sexuales en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis

## ANTECEDENTES

La disfunción sexual es común en pacientes con insuficiencia renal crónica, por ejemplo en USA en el análisis de los datos sobrevivencia social y nacional de salud realizado en 1992 de 1749 mujeres y 1410 hombres de 18 a 59 años de edad indico que hay un rango alto de problemas sexuales en ambos géneros (1).

La prevalencia estimada antes de iniciar diálisis es de un 9 % y durante esta es de 60 al 70 % en pacientes en diálisis. (2, 3). Reciente información del estudio DOOPS indica que hombres y mujeres sufren de disfunción sexual con variabilidad considerable dependiendo de razas.(10)

Se conoce que la disfunción sexual se compone por mecanismos fisiológicos y psicológicos. En estudios previos se ha enfocado en disfunción eréctil que ha mejorado con sildenafil 85 % en pacientes tratados y 9.5 % en pacientes con placebo (4).

Además la disfunción sexual puede ser causada estrés o dificultades personales (5).También se ha relacionado con síntomas depresivos como un factor independiente de disfunción sexual en hombres por lo que la depresión debe ser incluida en la evaluación psicológica. (6)

La mal nutrición, las vitaminas y deficiencias de Zinc se han implicado en el disfuncionamiento sexual, las toxinas urémicas de medio peso molecular no se han implicado como la urea sin embargo la insuficiencia renal crónica sea relacionado con defectos en la regulación hormonal de las células de Leyding y Sertoli donde hay efectos citotóxicos y la espermatogonia se encuentra afectada (3). La insuficiencia renal crónica también se ha asociado con daño testicular y espermatogénesis (7).

Los niveles libres de testosterona se encuentran disminuidas por lesión de la sensibilidad de las células de Leyding a hormona gonadotropina corionica humana que es la primera que se detecta al reducir en forma moderada la filtración glomerular antes de que disminuya los niveles de testosterona, estudios recientes tienen evidencia que un factor urémico es capaz de bloquear los receptores de hormona luteinizante y eso explica la respuesta lenta a HGC (8).

El incremento de la secreción de la prolactina puede estar relacionado con el hiperparatiroidismo secundario, la administración de PTH eleva la secreción de prolactina que esta inhibida por la administración de L dopa (9).

La hipertensión y los antihipertensivos tienen una asociación histórica en problemas sexuales especialmente con la disfunción eréctil (11). La disfunción eréctil es una de las manifestaciones de la enfermedad vascular aterosclerótica pero varios medicamentos empeoran la función sexual en forma directa o sobre el sistema vascular, como son los betabloqueadores los selectivos y no selectivos, los alfa bloqueadores se consideran que presentan un alto riesgo de asociación de disfunción sexual y el cambio a inhibidores ACE, ARBs o CCBs pueden ayudar a aliviar el problema., Las benzodiazepinas se ha asociado a alta incidencia de disfunción sexual (12).

Se sugiere que la RHuepo tiene beneficios directos hormonales y además de corrección de la anemia, eleva la testosterona y la globulina ligada a las hormonas sexuales e incrementa la LH y FSH, no disminuye la hiperprolactinemia o el hiperestrogenismo.(13, 14, 15,16)

## OBJETIVO

- 1.- Determinar la prevalencia de disfunción sexual en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.
- 2.- Determinar el impacto de calidad de vida sobre la disfunción sexual
- 3.- Correlación de la disfunción sexual con factores clínicos y laboratorio (Albumina, PTH, calcio, fosforo, hemoglobina, escala de depresión y ansiedad)

## HIPOTESIS

La prevalencia de alteraciones sexuales en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis es tan elevada como en poblaciones mundiales

## JUSTIFICACION

Es conocido que la insuficiencia renal crónica condiciona disfunciones sexuales, debidas a múltiples factores entre los que destacan problemas hormonales, anemia, desnutrición y de manera importante factores psicológicos que no se comunica al médico en muchas de las ocasiones.

Las preocupaciones y malestares relacionados con la sexualidad, constituyen un trastorno que es variable de acuerdo a raza. Ha sido asociado universalmente al concepto de enfermedad y se ha convertido en una de las más importantes fuentes de sufrimiento humano.

En específico el estudio sobre insuficiencia renal crónica y su repercusión en la calidad de vida, en el disfrute de la sexualidad de los pacientes y parejas cobra importancia ya que es una enfermedad que provoca grandes limitaciones de la vida personal y social de los sujetos, por lo que mejorar su área sexual ayudaría a elevar la calidad de vida y mantener un vinculo y estabilidad emocional adecuado

A7

## MATERIAL Y METODOS

Es un estudio descriptivo, abierto y transversal. La muestra se tomo de los pacientes sometidos a terapia de sustitución renal en el servicio de hemodiálisis con

Criterios de inclusión.

Pacientes en hemodiálisis del H. CMN 20 de Noviembre con Insuficiencia renal crónica, pacientes mayores de 18 años

Criterios de exclusión

Pacientes con tratamiento hemodialítico transitorio y fallecimiento durante el estudio.

Pacientes que no deseen responder el cuestionario, pacientes en tratamiento dialítico sin insuficiencia renal crónica y paciente con alteraciones que no le permitan contestar.

Revisión de expedientes para obtener resultados de las variables de laboratorio y aplicación de cuestionarios (Escala de Hamilton de Ansiedad y Depresión, SF36 para calidad de vida)

La paratohormona se reporta en pmmol/l y se multiplica por el factor de conversión 8.540 para pg/ml.El análisis estadístico se realizo prueba de Z, correlación de Sperman y ANOVA con Variante wilkins.

A8

## RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo observacional, transversal y abierto. Se incluyeron 20 pacientes de los cuales 10 son hombres y 8 mujeres de 16 a 70 años de edad, con una mediana de 23 años y una media de 28.8 años.

Se realizo terapia de hemodiálisis un periodo mínimo 3.6 meses y un máximo de 100.7 meses con una mediana de 31.3 meses con una media 40.8 semanas.

Por grupo etario se encontraron 10 hombres y 8 mujeres menores de 60 años y una mujer y un hombre mayor de 60 años comprendidos en la tabla 1a y 2b.

En la tabla 2 se muestran los resultados de laboratorio con una media y una mediana para cada una de las variables y se compara si existe correlación con las diferentes áreas de la disfunción sexual de la escala de Massachusetts.

La tabla 3 se encuentra un aumento de PTH en pacientes con mayor tiempo en hemodiálisis con una p significativa (0.016).

La tabla 4 se demuestra 45% tenían menos de 36 meses y el 55 % más de 36 meses de tratamiento en hemodiálisis.

Los antihipertensivos utilizados en el estudio son metoprolol, Valsartan, enalapril, Minoxidil y prazosin. La tabla 5 se demuestra que solo el 10% del género masculino toma beta bloqueadores siendo una población no significativa

En la tabla 6 se demuestra que en el grupo menor de 60 años el 35% de los hombres y el 25% de las mujeres tenían disfunción sexual en alguna de las áreas de la escala de Massachusetts sien un 60 % de la población, en mayores de 60 años el 5% (1 paciente) se encontraba afectado y el 5% (1 paciente femenino) no tenia alteraciones

En la tabla 7 el 40 % masculino y el 25% (total de 65%) tenían alteraciones en el interés sexual y en mayores de 60 años el 10% tenían problemas 5% para ambos sexos.

En la tabla 8 la capacidad se excitación se encontró alterada un 35 % para hombres y un 30 % para mujeres menores de 60 años y 5 % para mayores de 60 años del sexo masculino.

En la tabla 9 la capacidad de alcanzar un orgasmo se altero un 40 %para hombres y un 30 % para mujeres en menores de 60 años y un 5% para hombres mayores de 60 años.

En la tabla 10 se describe que el 35% de los hombres tenían alteraciones en la capacidad de erección menores de 60 años y sin alteraciones en mayores de 60 años (1 caso), en el subgrupo de hombres 7 de 11 tenían disfunción (63%)

En la tabla 11 se describe que el 35 % de los hombres y el 25% de las mujeres tenían alteración, refiriéndose en mayores de 60 años sin disfunción (solo 2 casos de ambos sexos)

En la tabla 12 se muestra la correlación de las variables de laboratorio contra toma de antihipertensivos observando que en el grupo con antihipertensivos tenían la urea.

La tabla de la 13a se realiza un análisis estadístico ANOVA comparando los pacientes que tuvieron una o más alteraciones en los diferentes módulos de la escala de sexualidad de Massachusetts contra los que no las tuvieron y las variables de laboratorio ya mencionadas anteriormente destacando una p significativa (0.012) con la albumina baja ( $< 3.5$  g/dl) en quienes tenían alteraciones sexuales.

En la tabla 14 del análisis ANOVA se encuentra una p significativa (0.0018) en los pacientes con albumina baja y alteración en el interés sexual contra quienes tenían albumina normal sin alteraciones en el rubro ya mencionado

La tabla 15 que correlaciona la capacidad de excitación no se encontró diferencias significativas en los diferentes grupos.

En la tabla 16 denota a los pacientes que tienen alteraciones en la capacidad de obtener un orgasmo contra el grupo sin alteraciones demostrando que la albumina baja se correlaciona con esta alteración con una p significativa (0.012).

Los pacientes con alteraciones en la satisfacción sexual tienen una albumina baja con una p significativa de (0.038) contra los que tenían una albumina normal sin alteraciones en esta esfera sexual, otra variable que destaco es la creatinina con un valor menor de 11 mg/dl tenían alteraciones en la satisfacción sexual con una p significativa (0.023) observándose en la tabla 17.

La tabla 18 donde se compara la capacidad de erección no hay diferencias significativas en ambos grupos.

Los pacientes con ansiedad 13 (65%) y 2 sin ansiedad de 15 con disfunción sexual en comparación de grupo sin disfunción sexual.(Grafica 14)

Los pacientes con disfunción sexual 8 con depresión y 7 sin depresión no hubo diferencia significativa y los pacientes sin disfunción sexual 1 sin depresión y 4 con depresión. (Grafica 15)

En el grupo de disfunción eréctil no se encuentra diferencia estadísticamente significativa entre los que tienen disfunción eréctil contra los que se encuentran sin alteraciones debido al tamaño de la muestra (p: 0.375), (se utilizo la prueba Z para comprobar 2 proporciones).

Al compararse por el método ANOVA (wilks lambda) la calidad de vida y la salud física medida por la escala SF 36 comparando sexo y disfunción sexual de acuerdo a la escala de Massachusetts los hombres con disfunción sexual tienen mayor salud física que las mujeres con una diferencia de 10 puntos aunque no hay una significancia estadística (p: 0.83) debido al tamaño de la muestra en cambio en la salud mental no hay diferencia significativa en ambos sexos (p: 0.83) , la calidad de vida medida por SF 36 (Grafica 1, 2 y 3).

Por el método ANOVA (wilks lambda) se realiza comparación de calidad de vida en general y en los rubros salud mental y física en correlación con albumina se demuestra que a menor albumina (< 3.5 mg/dl) menos calidad de vida y mayor disfunción sexual sin embargo sin significancia estadística (p: 0.1 para todas las graficas. (Grafica 4,5 y 6).

Se realiza la revisión de ansiedad por el método estadístico ANOVA (wilks lambda) comparando disfunción sexual y calidad de vida general, salud mental, física por el método SF 36 denotando que los pacientes con ansiedad tienen disfunción sexual y menos calidad de vida en los rubros ya descritos con significancia estadística aceptable (p:0.01).(Grafica 7,8 y 9).

Al realizar la comparación de Depresión contra los rubros (SF 36 general salud física y mental) ya mencionados se demuestra que al presentar depresión tienen menos de calidad de vida sin una diferencia importante en ambos grupos ( con y sin disfunción sexual) y sin significancia estadística (p: 0.2) (Grafica 10, 11 y 12).

Al realizarse la comparación por el método de dispersión de albumina en comparación con calidad de vida medido por SF36 se demostró que al mejorar la albumina aumenta la calidad de vida (p: 0.075) (grafica 13).

## DISCUSION

En el estudio realizado se encontró que la disfunción sexual se presenta en el 65 % de la población con insuficiencia renal crónica en el Hospital CMN 20 de Noviembre siendo más frecuente en los hombres 40 % contra el grupo femenino un 25%, comparado con la literatura se encuentra dentro de lo esperado ya que el rango es muy alto de un 9 hasta el 70 % (2,3). Lo destacado que en Las publicaciones no hay preferencia en el sexo en este estudio se encontró que hay disfunción sexual con más frecuencia en hombres que en mujeres.

Un total de 7 (64%) de 11 (46%) hombres tenían disfunción eréctil siendo una incidencia elevada.

Los pacientes que tomaban beta bloqueadores no tenían alteraciones de la erección sin embargo solo en 10 % del género masculino tomaban este medicamento por lo cual no tiene significancia clínica ya que es evidente que los beta bloqueadores si producen alteraciones en la disfunción sexual.

De los estudios de laboratorio (albumina, PTH, producto calcio fosforo, triglicéridos, urea creatinina, hemoglobina y el hematocrito) la albumina denoto un significado estadístico que demostró que al encontrarse baja (desnutrición) es más frecuente en los pacientes con disfunción sexual, pero cabe mencionar que las otras variables están dentro de rangos normales en ambos grupos (con disfunción y sin disfunción sexual), por lo cual probablemente no se correlacione la alteración de estas como se ha corroborado por otros autores así como el Ktv que es normal en ambos grupos

Un grupo que debe tener una mención especial es la capacidad de erección que se encontró sin alteraciones en ambos grupos muy probablemente porque la mayoría de las variables se encuentran en rangos normales

En este estudio se correlaciono la calidad de vida por la escala de SF 36 y en sus dos rubros de salud mental y salud física mostrando que a mayor ansiedad y disminución de albumina se encuentran con una incidencia mayor de disfunción sexual y una calidad de vida disminuida como es demostrado por otros autores (5).

Sin embargo no se logro demostrar lo mismo con depresión muy probablemente porque los otros factores como es Ktv, hemoglobina que se encuentran dentro de parámetros normales.

A9

## CONCLUSIONES

La disfunción sexual es más frecuente en hombres que en mujeres.

La disfunción sexual se correlaciona directamente con la albumina baja que con una significancia estadística.

La ansiedad al presentarse se correlaciono directamente con la albumina baja y menor calidad de vida que si se toma una población mayor deberá reproducirse el mismo fenómeno.

En este estudio no se pudo demostrar que los pacientes con depresión tenían mayor incidencia de disfunción sexual. Sin embargo la tendencia en la grafica hay diferencia entre ambos grupos sin tener una significancia estadística por lo que al tener una muestra mayor puede acrecentarse esta diferencia y obtener la significancia estadística esperada

Los resultados del estudio realizado muestra una correlación directa de mayor disfunción sexual, ansiedad y menor calidad de vida que correlaciona directamente con la albumina baja.

No se logro correlacionar con otras variables de laboratorio que se encuentran alteradas y con la depresión probablemente por el tamaño de la muestra por lo que se deberá realizarse en grupo mayor para valorar el comportamiento

A 10

## ANEXOS

Tablas y graficas.

Tabla 1b. Correlación entre grupos etarios y Género  
Género

	Grupo Etario	Hombres	Mujeres	Total
Frecuencia	< 60 años	10	8	<b>18</b>
% por columna		90.91%	88.89%	
% por renglón		55.56%	44.44%	
Frecuencia	>= 60 años	1	1	<b>2</b>
% por columna		9.09%	11.11%	
% por renglón		50.00%	50.00%	
	<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>20</b>

Tabla 1a. Resumen de medidas estadísticas

Medidas de Resumen Estadístico	EDAD (años)	Tiempo de Tratamiento de HD (meses)
Número de casos	20	20
Mínimo	16.0	3.6
Máximo	70.0	100.7
Mediana	23.0	31.3
Media	28.8	40.8
Desv. Est.	14.9	32.1
SW Statistic	0.7	0.9
SW P-Value	0.0	0.0

**Tabla 3. Análisis de varianza para la comparación de las variables de laboratorio según el tiempo de estar e HD**

Variables Laboratorio	de	Tiempo de Tx HD	Media	Desv. Est.	F	P
<b>HB</b>		Más de 36 meses	11.33	0.50	0.2063	0.65515
		Hasta 36 meses	11.00	2.14		
		Global	11.15	1.60		
<b>ALBUMINA</b>		Más de 36 meses	3.89	0.33	0.1764	0.67946
		Hasta 36 meses	3.82	0.40		
		Global	3.85	0.37		
<b>PTH</b>		Más de 36 meses	6198.44	6653.31	7.0133	<b>0.01635</b>
		Hasta 36 meses	880.73	715.94		
		Global	3273.70	5125.96		
<b>HCT</b>		Más de 36 meses	36.00	3.43	1.0951	0.30919
		Hasta 36 meses	33.64	6.00		
		Global	34.70	5.04		
<b>KTV</b>		Más de 36 meses	1.56	0.53	1.6183	0.21951
		Hasta 36 meses	1.27	0.47		
		Global	1.40	0.50		
<b>CREATINI</b>		Más de 36 meses	14.11	2.52	2.1969	0.15559
		Hasta 36 meses	12.27	2.94		
		Global	13.10	2.85		
<b>UREA</b>		Más de 36 meses	84.22	18.41	1.6899	0.21002
		Hasta 36 meses	73.82	17.31		
		Global	78.50	18.13		
<b>CALCIO</b>		Más de 36 meses	9.11	0.78	0.0047	0.94631
		Hasta 36 meses	9.09	0.54		
		Global	9.10	0.64		
<b>FOSFORO</b>		Más de 36 meses	7.33	1.73	0.0660	0.80014
		Hasta 36 meses	7.55	1.92		
		Global	7.45	1.79		
<b>CAP</b>		Más de 36 meses	66.52	17.23	0.0077	0.93118
		Hasta 36 meses	67.21	17.76		
		Global	66.90	17.06		
<b>EPO</b>		Más de 36 meses	13444.44	2994.21	0.0047	0.94587
		Hasta 36 meses	13363.64	2259.32		
		Global	13400.00	2542.27		
<b>TRIG</b>		Más de 36 meses	193.33	57.26	1.1289	0.30206
		Hasta 36 meses	262.18	186.52		
		Global	231.20	144.66		

**Tabla 4**

**Tiempo de Tratamiento en Hemodiálisis**

<b>Grupos Etarios</b>	<b>Sexo</b>	<b>más de 36 meses</b>	<b>hasta 36 meses</b>	<b>Total</b>
<b>&lt; 60 años</b>	<b>Masculino</b>	7	3	10
		35.00%	15.00%	50.00%
	<b>Femenino</b>	2	6	8
		10.00%	30.00%	40.00%
		<b>9</b>	<b>9</b>	<b>18</b>
		<b>45.00%</b>	<b>45.00%</b>	<b>90.00%</b>
<b>60 ó más años</b>	<b>Masculino</b>	0	1	1
		0.00%	5.00%	5.00%
	<b>Femenino</b>	0	1	1
		0.00%	5.00%	5.00%
		<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
		<b>0.00%</b>	<b>10.00%</b>	<b>10.00%</b>
	<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>20</b>
		<b>45.00%</b>	<b>55.00%</b>	

Tabla 5. Correlación entre edad, género e ingesta de Beta bloqueadores				
Grupos Etarios	Sexo	Beta bloqueadores		
		No	Si	Row Totals
< 60 años	Masculino	9	1	10
		45.00%	5.00%	50.00%
	Femenino	5	3	8
		25.00%	15.00%	40.00%
		<b>14</b>	<b>4</b>	<b>18</b>
		<b>70.00%</b>	<b>20.00%</b>	<b>90.00%</b>
60 ó más años	Masculino	0	1	1
		0.00%	5.00%	5.00%
	Femenino	1	0	1
		5.00%	0.00%	5.00%
		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
		<b>5.00%</b>	<b>5.00%</b>	<b>10.00%</b>
<b>Total</b>		<b>15</b>	<b>5</b>	<b>20</b>
		<b>75.00%</b>	<b>25.00%</b>	

Tabla 6. Correlación entre edad, género con la escala de Massachusetts

Grupos Etarios	Escala de Massachusetts			
	Sexo	si	No	Total
<b>&lt; 60 años</b>	<b>Masculino</b>	8	2	10
		40.00%	10.00%	50.00%
	<b>Femenino</b>	6	2	8
		30.00%	10.00%	40.00%
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>18</b>
		<b>70.00%</b>	<b>20.00%</b>	<b>90.00%</b>
<b>60 ó más años</b>	<b>Masculino</b>	1	0	1
		5.00%	0.00%	5.00%
	<b>Femenino</b>	0	1	1
		5.00%	5.00%	5.00%
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
		<b>5.00%</b>	<b>5.00%</b>	<b>10.00%</b>
	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	
	<b>75.00%</b>	<b>25.00%</b>		

**Tabla 7. Correlación entre edad, género con el interés sexual**

Grupos Etarios	Sexo	Interés Sexual		
		no	si	Total
<b>&lt; 60 años</b>	<b>Masculino</b>	2	8	10
		10.00%	40.00%	50.00%
	<b>Femenino</b>	3	5	8
		15.00%	25.00%	40.00%
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>18</b>
		<b>25.00%</b>	<b>65.00%</b>	<b>90.00%</b>
<b>60 ó más años</b>	<b>Masculino</b>	0	1	1
		0.00%	5.00%	5.00%
	<b>Femenino</b>	1	0	1
		5.00%	0.00%	5.00%
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
		<b>5.00%</b>	<b>5.00%</b>	<b>10.00%</b>
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	
	<b>30.00%</b>	<b>70.00%</b>		

**Tabla 8. Correlación entre edad, género con la capacidad de excitación**

		Capacidad de Excitación		
Grupos Etarios	Sexo	no	si	Total
< 60 años	Masculino	3	7	10
		15.00%	35.00%	50.00%
	Femenino	2	6	8
		10.00%	30.00%	40.00%
		5	13	18
		25.00%	65.00%	90.00%
60 ó más años	Masculino	0	1	1
		0.00%	5.00%	5.00%
	Femenino	1	0	1
		5.00%	0.00%	5.00%
		1	1	2
		5.00%	5.00%	10.00%
<b>Total</b>		6	14	20
		30.00%	70.00%	

**Tabla 9. Correlación entre edad, género con la capacidad de alcanzar el orgasmo**

Grupos Etarios	Sexo	Capacidad de alcanzar el orgasmo		Total
		no	si	
< 60 años	Masculino	2	8	10
		10.00%	40.00%	50.00%
	Femenino	2	6	8
		10.00%	30.00%	40.00%
		4	14	18
		20.00%	70.00%	90.00%
60 ó más años	Masculino	0	1	1
		0.00%	5.00%	5.00%
	Femenino	1	0	1
		5.00%	0.00%	5.00%
		1	1	2
		5.00%	5.00%	10.00%
<b>Columna Total</b>		5	15	20
		25.00%	75.00%	

**Tabla 10. Correlación entre edad, género con la capacidad de erección**

Grupos Etarios		Género		Capacidad de Erección		Total
		no	si	Es Femenino	Total	
<b>&lt; 60 años</b>	<b>Masculino</b>	3	7	0	10	
		15.00%	35.00%	0.00%	50.00%	
	<b>Femenino</b>	0	0	8	8	
		0.00%	0.00%	40.00%	40.00%	
<b>Total</b>		3	7	8	18	
		15.00%	35.00%	40.00%	90.00%	
<b>60 ó más años</b>	<b>Masculino</b>	1	0	0	1	
		5.00%	0.00%	0.00%	5.00%	
	<b>Femenino</b>	0	0	1	1	
		0.00%	0.00%	5.00%	5.00%	
		1	0	1	2	
<b>Total</b>		4	7	9	20	
		20.00%	35.00%	45.00%		

**Tabla 11. Correlación entre edad, género con la satisfacción sexual**

Grupos Etarios	Sexo	Satisfacción Sexual		Total
		no	si	
< 60 años	Masculino	3	7	10
		15.00%	35.00%	50.00%
	Femenino	3	5	8
		15.00%	25.00%	40.00%
<b>Total</b>	6	12	18	
		30.00%	60.00%	90.00%
60 ó más años	Masculino	1	0	1
		5.00%	0.00%	5.00%
	Femenino	1	0	1
		5.00%	0.00%	5.00%
<b>Total</b>	2	0	2	
	<b>Total</b>	10.00%	0.00%	10.00%
	<b>Gran Total</b>	8	12	20
		40.00%	60.00%	

**Tabla 12. Comportamiento de las variables de laboratorio en función de la ingesta de antihipertensivos**

Variable de Laboratorio	Resumen Estadístico	Antihipertensivos		Prueba ANOVA	
		Negativo	Positivo	F	Valor p
<b>HB</b>	Media	11.1	11.2	0.00009	0.992738274
	Desv. Est	1.4	2.0		
<b>Albumina</b>	Media	3.7	3.7	0.02475	0.876731988
	Desv. Est	0.2	0.3		
<b>PTH</b>	Media	2751.3	4492.7	0.47122	0.501172466
	Desv. Est	3491.4	8099.8		
<b>HCT</b>	Media	34.4	35.2	0.10307	0.75187897
	Desv. Est	4.3	6.8		
<b>KtV</b>	Media	1.5	1.4	1.43778	0.246047218
	Desv. Est	0.2	0.2		
<b>Creatinina</b>	Media	13.1	13.1	0.00057	0.981174955
	Desv. Est	2.6	3.8		
<b>Urea</b>	Media	71.9	93.8	8.58002	0.008962039
	Desv. Est	9.7	24.5		
<b>Calcio</b>	Media	9.1	8.7	2.04680	0.169658514
	Desv. Est	0.7	0.4		
<b>Fosforo</b>	Media	7.5	7.3	0.04657	0.83157653
	Desv. Est	1.8	2.0		
<b>CaP</b>	Media	68.4	63.4	0.35874	0.556669507
	Desv. Est	17.4	17.2		
<b>EPO</b>	Media	13607.1	12916.7	0.29837	0.591610527
	Desv. Est	2903.4	1497.2		
<b>Triglicéridos</b>	Media	238.9	213.3	0.12473	0.728061012
	Desv. Est	154.0	131.5		

**Tabla 13. Comportamiento de las variables de laboratorio en función de evaluación de la escala de Massachusetts**

Variable de Laboratorio	Resumen Estadístico	Escala de Massachusetts			Prueba ANOVA	
		Positivo (n = 15)	Negativo (n = 5)	Todos (n = 20)	F	Valor p
HB	Media	11.3	10.5	11.1	1.0251	0.3247395
	Desv. Est	1.6	1.4	1.5		
Albumina	Media	3.7	3.5	3.7	7.6560	0.012704
	Desv. Est	0.2	0.2	0.2		
PTH	Media	2387.8	5931.4	3273.7	1.8746	0.1877893
	Desv. Est	3153.9	8844.3	5126.0		
HCT	Media	35.3	32.6	34.6	1.0518	0.3186739
	Desv. Est	4.9	5.4	5.0		
KtV	Media	1.5	1.4	1.4	0.7828	0.3879649
	Desv. Est	0.2	0.1	0.2		
Creatinina	Media	13.5	12.0	13.1	0.9863	0.3338171
	Desv. Est	2.7	3.5	2.9		
Urea	Media	74.5	90.6	78.5	3.3358	0.0844226
	Desv. Est	11.4	29.3	18.1		
Calcio	Media	8.9	9.2	9.0	0.6039	0.4471905
	Desv. Est	0.7	0.5	0.6		
Fosforo	Media	7.2	8.2	7.4	1.1958	0.2885753
	Desv. Est	2.0	1.3	1.9		
CaP	Media	64.1	75.4	66.9	1.7369	0.2040642
	Desv. Est	17.9	11.8	17.1		
EPO	Media	13466.7	13200.0	13400.0	0.0392	0.8453243
	Desv. Est	2474.6	3033.2	2542.3		
Triglicéridos	Media	253.9	163.0	231.2	1.5226	0.2330999
	Desv. Est	158.8	58.3	144.7		

**Tabla 14. Comportamiento de las variables de laboratorio en función de evaluación del**

Variable de Laboratorio	Resumen Estadístico	Interés Sexual			Prueba ANOVA	
		Positivo (n = )	Negativo (n = )	Todos ( N = 20)	F	Valor p
<b>HB</b>	Media	10.6	11.4	11.1	1.0040	0.32963493
	Desv. Est	1.2	1.6	1.5		
<b>Albumina</b>	Media	3.5	3.7	3.7	13.2517	0.00187167
	Desv. Est	0.2	0.2	0.2		
<b>PTH</b>	Media	5226.0	2437.0	3273.7	1.2604	0.27632858
	Desv. Est	8097.1	3266.9	5126.0		
<b>HCT</b>	Media	33.3	35.2	34.6	0.5609	0.4635849
	Desv. Est	5.1	5.1	5.0		
<b>KtV</b>	Media	1.4	1.4	1.4	0.0009	0.97625358
	Desv. Est	0.2	0.2	0.2		
<b>Creatinina</b>	Media	11.9	13.6	13.1	1.5524	0.22876205
	Desv. Est	3.1	2.7	2.9		
<b>Urea</b>	Media	88.3	74.3	78.5	2.7555	0.11424357
	Desv. Est	26.8	11.9	18.1		
<b>Calcio</b>	Media	9.1	9.0	9.0	0.2498	0.6232936
	Desv. Est	0.5	0.7	0.6		
<b>Fosforo</b>	Media	8.2	7.1	7.4	1.4814	0.2392766
	Desv. Est	1.2	2.0	1.9		
<b>CaP</b>	Media	74.6	63.6	66.9	1.8293	0.19295924
	Desv. Est	10.7	18.5	17.1		
<b>EPO</b>	Media	14083.3	13107.1	13400.0	0.6064	0.44625125
	Desv. Est	3470.1	2122.9	2542.3		
<b>Triglicéridos</b>	Media	159.8	261.8	231.2	2.2202	0.15352973
	Desv. Est	52.7	161.7	144.7		

<b>TABLA 15 Evaluación del</b>						
<b>Variable de</b>	<b>Resumen</b>	<b>Capacidad de Exitación</b>			<b>Prueba ANOVA</b>	
<b>Laboratorio</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Positivo (n = )</b>	<b>Negativo (n = )</b>	<b>Todos ( N = 20)</b>	<b>F</b>	<b>Valor p</b>
<b>HB</b>	Media	10.8	11.3	11.1	0.3371	0.56870274
	Desv. Est	1.4	1.6	1.5		
<b>Albumina</b>	Media	3.6	3.7	3.7	2.2530	0.15069545
	Desv. Est	0.3	0.2	0.2		
<b>PTH</b>	Media	4979.3	2542.7	3273.7	0.9463	0.34354622
	Desv. Est	8247.2	3213.1	5126.0		
<b>HCT</b>	Media	33.4	35.2	34.6	0.4895	0.49310943
	Desv. Est	5.2	5.1	5.0		
<b>KtV</b>	Media	1.3	1.5	1.4	1.7013	0.20855394
	Desv. Est	0.1	0.2	0.2		
<b>Creatinina</b>	Media	12.1	13.5	13.1	1.0904	0.31021154
	Desv. Est	3.1	2.8	2.9		
<b>Urea</b>	Media	85.8	75.4	78.5	1.4350	0.24648919
	Desv. Est	28.7	11.3	18.1		
<b>Calcio</b>	Media	9.3	8.9	9.0	1.9008	0.18487884
	Desv. Est	0.5	0.7	0.6		
<b>Fosforo</b>	Media	7.7	7.4	7.4	0.1051	0.74951456
	Desv. Est	1.8	1.9	1.9		
<b>CaP</b>	Media	70.7	65.3	66.9	0.4142	0.52794215
	Desv. Est	15.7	17.9	17.1		
<b>EPO</b>	Media	13000.0	13571.4	13400.0	0.2033	0.6574593
	Desv. Est	2756.8	2533.3	2542.3		
<b>Triglicéridos</b>	Media	161.5	261.1	231.2	2.1057	0.16395408
	Desv. Est	52.3	162.3	144.7		

Tabla 16. Comportamiento de las variables de laboratorio en función de						
evaluación del						
Variable de	Resumen	Capacidad de Orgasmo			Prueba ANOVA	
Laboratorio	Estadístico	Positivo (n = )	Negativo (n = )	Todos ( N = 20)	F	Valor p
<b>HB</b>	Media	10.5	11.3	11.1	1.0251	0.32473949
	Desv. Est	1.4	1.6	1.5		
<b>Albumina</b>	Media	3.5	3.7	3.7	7.6560	0.01270401
	Desv. Est	0.2	0.2	0.2		
<b>PTH</b>	Media	5931.4	2387.8	3273.7	1.8746	0.18778925
	Desv. Est	8844.3	3153.9	5126.0		
<b>HCT</b>	Media	32.6	35.3	34.6	1.0518	0.31867386
	Desv. Est	5.4	4.9	5.0		
<b>KtV</b>	Media	1.4	1.5	1.4	0.7828	0.38796489
	Desv. Est	0.1	0.2	0.2		
<b>Creatinina</b>	Media	12.0	13.5	13.1	0.9863	0.3338171
	Desv. Est	3.5	2.7	2.9		
<b>Urea</b>	Media	90.6	74.5	78.5	3.3358	0.08442263
	Desv. Est	29.3	11.4	18.1		
<b>Calcio</b>	Media	9.2	8.9	9.0	0.6039	0.4471905
	Desv. Est	0.5	0.7	0.6		
<b>Fosforo</b>	Media	8.2	7.2	7.4	1.1958	0.28857526
	Desv. Est	1.3	2.0	1.9		
<b>CaP</b>	Media	75.4	64.1	66.9	1.7369	0.20406425
	Desv. Est	11.8	17.9	17.1		
<b>EPO</b>	Media	13200.0	13466.7	13400.0	0.0392	0.84532433
	Desv. Est	3033.2	2474.6	2542.3		
<b>Triglicéridos</b>	Media	163.0	253.9	231.2	1.5226	0.23309989
	Desv. Est	58.3	158.8	144.7		

**Tabla 17. Comportamiento de las variables de laboratorio en función de evaluación del**

Variable de Laboratorio	Resumen Estadístico	Satisfacción Sexual			Prueba ANOVA	
		Positivo (n = )	Negativo (n = )	Todos (N = 20)	F	Valor p
<b>HB</b>	Media	10.7	11.4	11.1	1.0490	0.31930018
	Desv. Est	1.3	1.7	1.5		
<b>Albumina</b>	Media	3.5	3.7	3.7	4.9796	0.03860139
	Desv. Est	0.3	0.1	0.2		
<b>PTH</b>	Media	3964.5	2813.2	3273.7	0.2324	0.63558064
	Desv. Est	7231.0	3396.0	5126.0		
<b>HCT</b>	Media	33.4	35.5	34.6	0.8466	0.36967176
	Desv. Est	4.8	5.2	5.0		
<b>KtV</b>	Media	1.4	1.5	1.4	0.2024	0.65816432
	Desv. Est	0.2	0.2	0.2		
<b>Creatinina</b>	Media	11.4	14.3	13.1	6.1366	0.02338889
	Desv. Est	3.2	2.1	2.9		
<b>Urea</b>	Media	82.5	75.8	78.5	0.6369	0.43525602
	Desv. Est	25.1	12.1	18.1		
<b>Calcio</b>	Media	9.2	8.9	9.0	1.6214	0.21909558
	Desv. Est	0.5	0.7	0.6		
<b>Fosforo</b>	Media	7.5	7.4	7.4	0.0083	0.92832653
	Desv. Est	1.7	2.0	1.9		
<b>CaP</b>	Media	68.7	65.7	66.9	0.1417	0.71104269
	Desv. Est	14.4	19.2	17.1		
<b>EPO</b>	Media	13562.5	13291.7	13400.0	0.0518	0.82259824
	Desv. Est	3087.3	2250.8	2542.3		
<b>Triglicéridos</b>	Media	196.8	254.2	231.2	0.7461	0.39908113
	Desv. Est	115.7	161.8	144.7		

**Tabla 18. Comportamiento de las variables de laboratorio en función de**

**evaluación del**

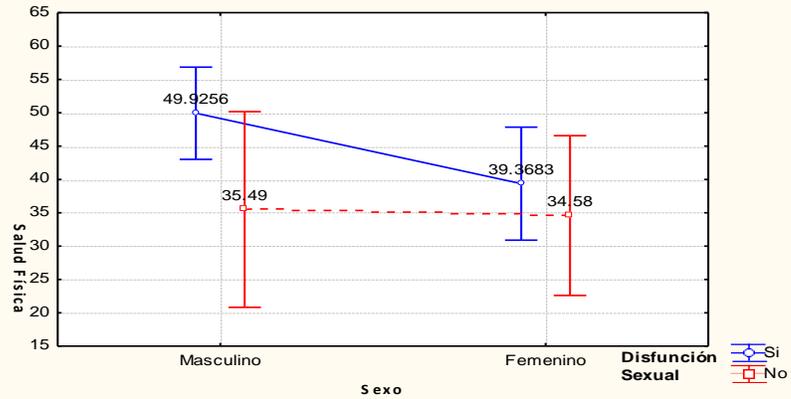
Variable de Laboratorio	Resumen Estadístico	Capacidad de Erección				Prueba ANOVA	
		Negativo	Positivo	Es Femenino	Todos (N = 20)	F	Valor p
<b>HB</b>	Media	11.4	11.6	10.7	11.1	0.8260	0.4546276
	Desv. Est	1.3	1.9	1.3	1.5		
<b>Albumina</b>	Media	3.7	3.7	3.6	3.7	0.8004	0.46535608
	Desv. Est	0.2	0.1	0.3	0.2		
<b>PTH</b>	Media	7130.3	3893.4	1077.7	3273.7	2.2798	0.13269624
	Desv. Est	9739.2	4090.4	1043.4	5126.0		
<b>HCT</b>	Media	34.8	36.2	33.4	34.6	0.6054	0.55719686
	Desv. Est	5.8	5.6	4.4	5.0		
<b>KtV</b>	Media	1.3	1.3	1.6	1.4	4.6559	0.02440769
	Desv. Est	0.2	0.2	0.2	0.2		
<b>Creatinina</b>	Media	12.4	14.9	12.0	13.1	2.5335	0.10889062
	Desv. Est	4.2	2.3	2.2	2.9		
<b>Urea</b>	Media	84.8	75.9	77.8	78.5	0.2956	0.74780691
	Desv. Est	26.2	8.0	21.2	18.1		
<b>Calcio</b>	Media	9.4	9.0	8.9	9.0	0.8491	0.44514519
	Desv. Est	0.5	0.7	0.7	0.6		
<b>Fosforo</b>	Media	7.5	7.3	7.5	7.4	0.0146	0.9854762
	Desv. Est	2.5	2.1	1.5	1.9		
<b>CaP</b>	Media	69.3	65.5	66.9	66.9	0.0575	0.94433319
	Desv. Est	21.6	18.6	15.9	17.1		
<b>EPO</b>	Media	13500.0	13785.7	13055.6	13400.0	0.1514	0.86063785
	Desv. Est	3000.0	2721.2	2480.5	2542.3		
<b>Triglicéridos</b>	Media	261.3	255.1	199.2	231.2	0.3757	0.69239573
	Desv. Est	138.0	158.3	147.1	144.7		

**Tabla 2 Resumen de medidas estadística de las variables numéricas**

	Valid N	Mean	Std.Dev.	Minimum	Percentile 25	Median	Percentile 75	Máximum
<b>Edad</b>	20	28.75	14.910	16.00	20.00	23.00	31.50	70.00
<b>HD_Meses</b>	20	40.78	32.144	3.57	18.85	31.33	57.32	100.73
<b>Albumina</b>	20	3.66	0.211	3.20	3.55	3.65	3.85	4.00
<b>PTH</b>	20	3273.70	5125.964	84.00	335.50	1200.50	3473.00	20838.00
<b>HCT</b>	20	34.64	5.029	27.00	30.70	33.90	38.10	45.00
<b>KtV</b>	20	1.43	0.205	1.10	1.33	1.40	1.55	1.90
<b>Creatinina</b>	20	13.11	2.878	7.10	11.75	12.90	14.85	19.40
<b>Urea</b>	20	78.50	18.127	53.00	67.00	73.50	86.00	120.00
<b>Calcio</b>	20	9.01	0.641	8.10	8.65	8.75	9.50	10.30
<b>Fosforo</b>	20	7.44	1.851	4.00	6.15	7.60	8.20	11.40
<b>CaP</b>	20	66.90	17.060	34.40	55.60	67.12	77.39	96.90
<b>EPO</b>	20	13400.00	2542.274	10000.00	12000.00	12000.00	14750.00	18500.00
<b>Trig</b>	20	231.20	144.658	83.00	142.00	183.00	275.00	575.00
<b>Ansiedad</b>	20	9.75	7.594	0.00	3.00	7.50	16.00	25.00
<b>Depresion</b>	20	9.50	6.152	0.00	4.00	9.50	14.00	23.00
<b>SULUD GRAL</b>	20	6.91	2.507	3.10	4.60	7.00	9.30	10.90
<b>FUN FISICO</b>	20	9.55	2.621	2.50	8.70	9.30	11.80	12.50
<b>ROL FISICO</b>	20	9.68	4.856	0.00	7.75	12.50	12.50	12.50
<b>SALUD MENT</b>	20	10.42	3.938	0.00	10.40	12.50	12.50	12.50
<b>DOLOR</b>	20	9.56	3.067	2.00	8.40	10.00	11.88	12.50
<b>VITALIDAD</b>	20	7.31	1.549	3.60	6.21	7.68	8.49	9.70
<b>ROL EMOCIONAL</b>	20	6.49	2.857	2.30	4.25	5.83	7.80	12.50
<b>FUN SOCIAL</b>	20	9.84	2.157	6.25	8.56	9.37	11.72	12.50
<b>SF362</b>	20	69.75	15.599	40.64	58.53	71.63	80.50	93.30
<b>S FISICA</b>	20	43.01	11.166	19.84	34.77	47.25	52.12	55.80
<b>S MENTAL</b>	20	40.96	9.411	23.64	34.40	40.98	49.17	56.50

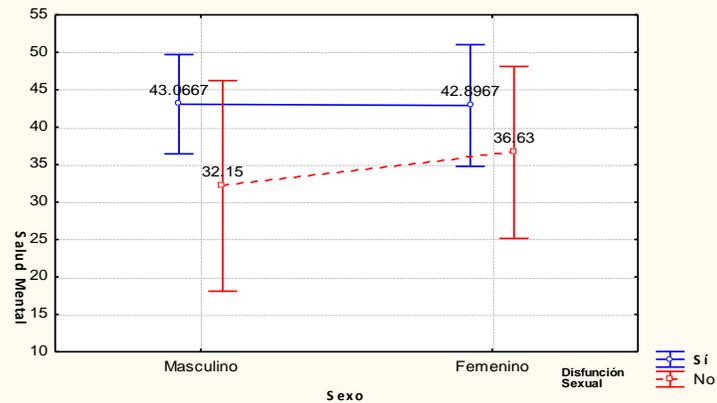
**Grafica 1**

**Sexo vs Escala de Massachusetts**  
Wilks lambda=.94305, F(3, 14)=.28181, p=.83766  
Vertical bars denote 0.95 confidence intervals



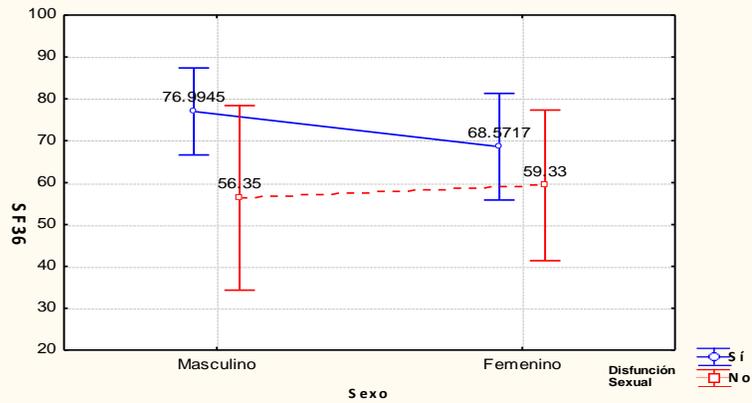
**Grafica 2**

**Sexo vs Escala de Massachusetts**  
Wilks lambda=.94305, F(3, 14)=.28181, p=.83766  
Vertical bars denote 0.95 confidence intervals



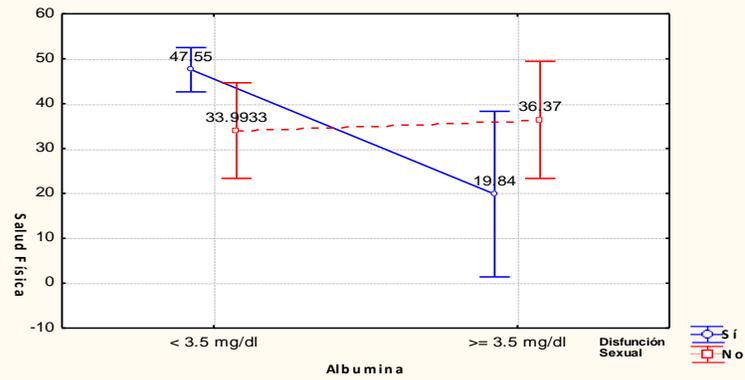
**Grafica 3**

**Sexo vs Escala de Massachusetts**  
 Wilks lambda=.94305, F(3, 14)=.28181, p=.83766  
 Vertical bars denote 0.95 confidence intervals



**Grafica 4**

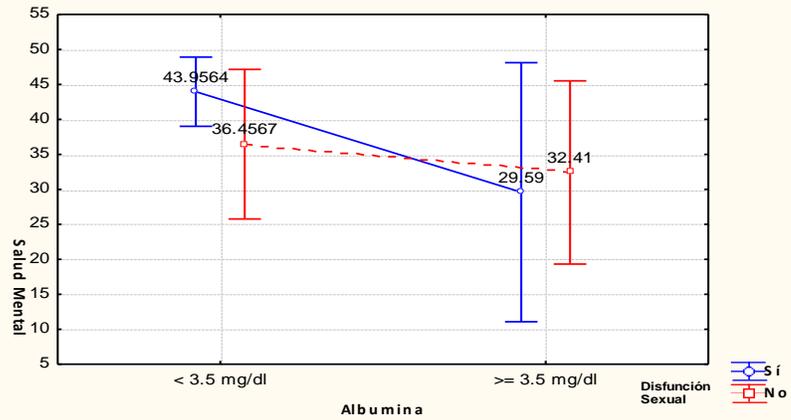
**Albumina VS Escala de Massachusetts**  
 Wilks lambda=.65688, F(3, 14)=2.4376, p=.10777  
 Vertical bars denote 0.95 confidence intervals



**Grafica 5 Albumina VS Escala de Massachusetts**

Wilks lambda=.65688, F(3, 14)=2.4376, p=.10777

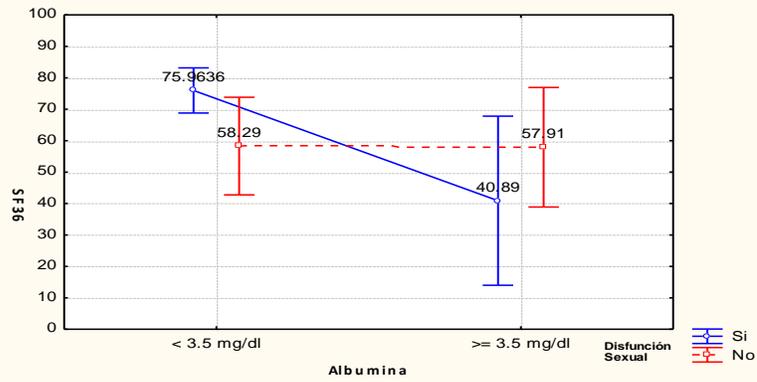
Vertical bars denote 0.95 confidence intervals



**Grafica 6 Albumina VS Escala de Massachusetts**

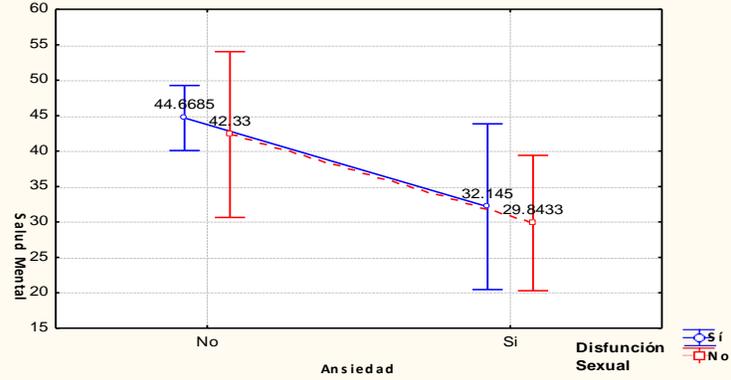
Wilks lambda=.65688, F(3, 14)=2.4376, p=.10777

Vertical bars denote 0.95 confidence intervals



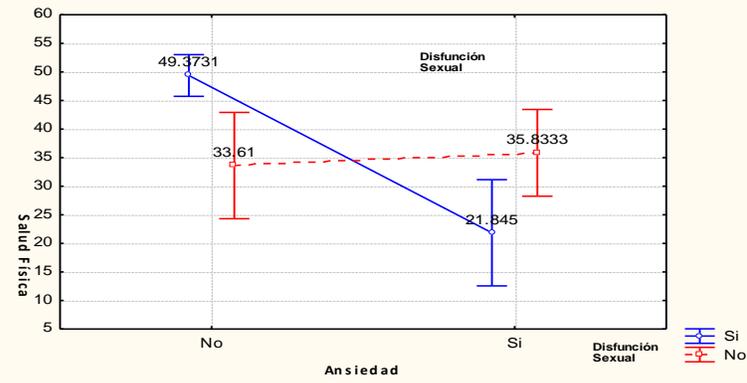
**Grafica 7**

Ansiedad VS Escala de Massachusets  
Wilks lambda=.36484, F(3, 14)=8.1244, p=.00223  
Vertical bars denote 0.95 confidence intervals



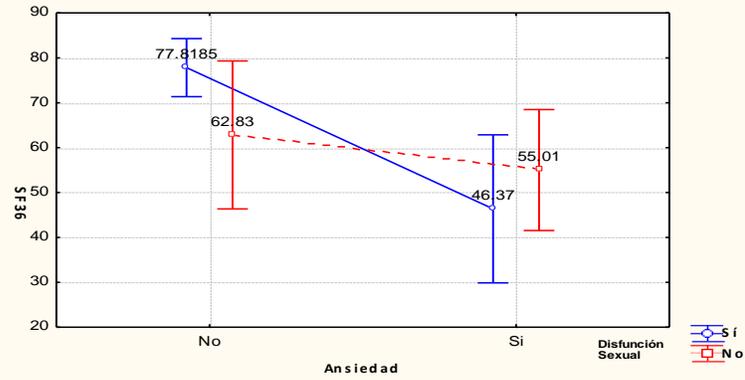
**Grafica 8**

Ansiedad VS Escala de Massachusetts  
Wilks lambda=.36484, F(3, 14)=8.1244, p=.00223  
Vertical bars denote 0.95 confidence intervals



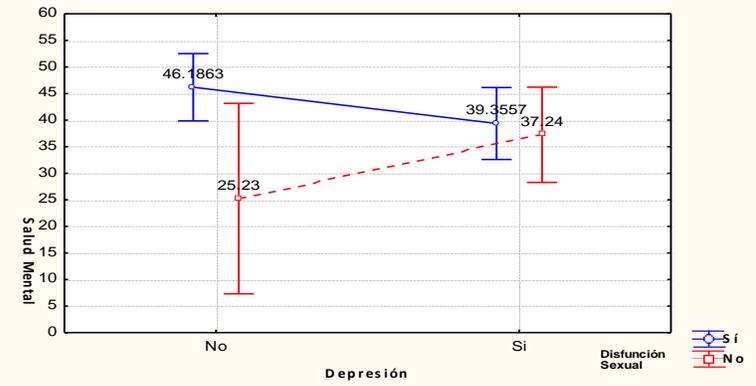
**Grafica 9** Ansiedad VS Escala de Massachusetts

Wilks lambda=.36484, F(3, 14)=8.1244, p=.00223  
 Vertical bars denote 0.95 confidence intervals



**Grafica 10** Depresion VS Escala de Massachusetts

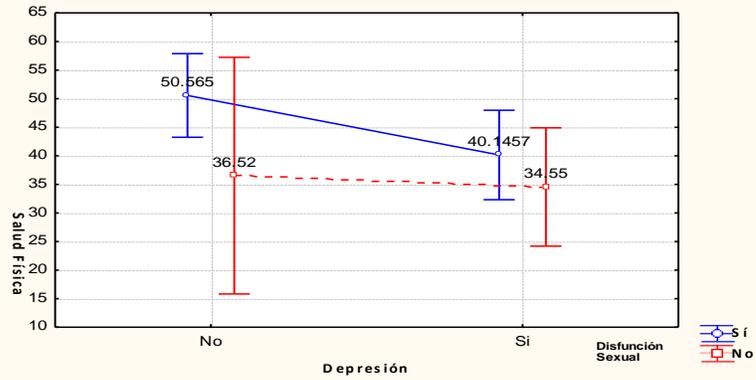
Wilks lambda=.73391, F(3, 14)=1.6920, p=.21431  
 Vertical bars denote 0.95 confidence intervals



**Grafica 11 Depresión VS Escala de Massachusetts**

Wilks lambda=.73391, F(3, 14)=1.6920, p=.21431

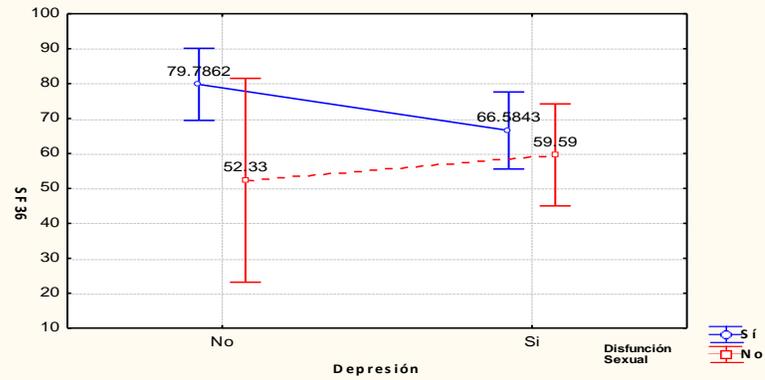
Vertical bars denote 0.95 confidence intervals



**Grafica 12 Depresión VS Escala de Massachusetts**

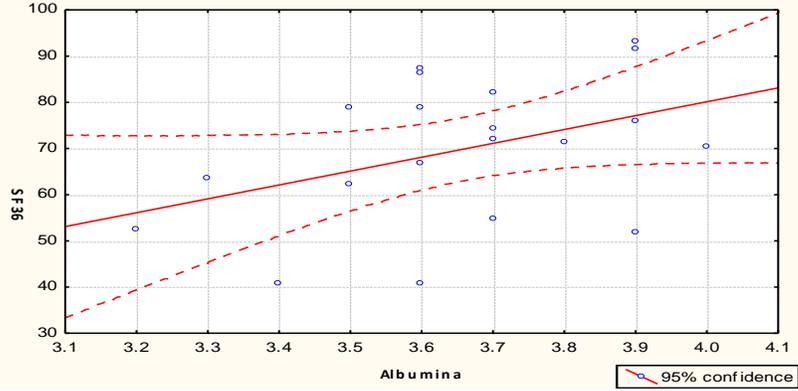
Wilks lambda=.73391, F(3, 14)=1.6920, p=.21431

Vertical bars denote 0.95 confidence intervals

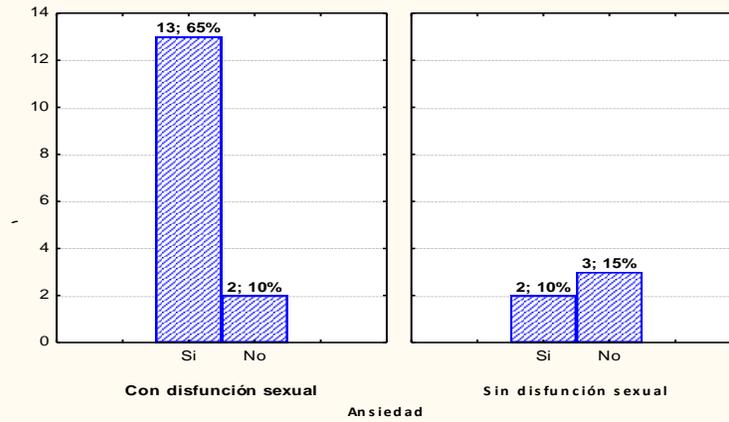


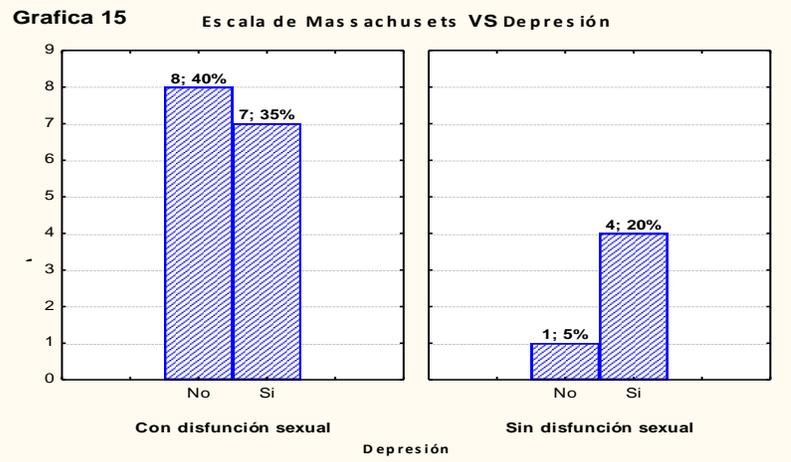
**Grafica 13 Diagrama de Dispersión: Albumina vs SF36**

$SF36 = -39.98 + 30.024 * Albumina$   
 Correlation:  $r = .40699$  ( $p = 0.075$ )



**Grafica 14 Escala de Massachusetts VS Ansiedad**





## REFERENCIAS

- 1.-Laumann EO, Paik A: Rosen RC. Sexual dysfunction in the United states : Problems and predictors. JAMA 1999; 281: 537 – 544.
- 2.- Procci WR, Goldstein DD, Adelstein J. Massry SG. Sexual Dysfunction in the male patient with uremia. A reappraisal. Kidney Int 1981; 19: 317-323.
- 3.- Handelsmn DJ, Hypothlamic- pituitary gonadal dysfunction in renal failure, dialysis and renal transplantation. Endocrinol Rev 1985; 6: 151-182.
- 4 Seibel I and cols. Efficacy of oral sildenafil in haemodialysis patients with erectile dysfunction. J. Am. Soc. Nephrol 13; 2002, 2770 – 2775.
- 5.- Shabsigh R.R. Klein LT. Seidman S et al. Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction. Urology 1998;
- 6.- Peng Y.S. et al. The association of higher depressive syptoms and sexual dysfunction in male haemodialylsis patients. Nephrol Dial transplant 22 ; 2007: 857-861.
- 7.- Prem AR , Punekar SV., Kalpana M.Kelkar AR, Acharya VN.Male Reproductive Function in uraemia: Efficacy of haemodialysis and renal transplantation. BR J. Urol.78, 1996: 635 – 638.
- 8.- Dunkel L, Raivio T.,Lain J, y Holmberg C. Circulaiting luteinizing hormone receptor inhibitor(s) in boys with chronic renal Failure. Kidney int 51 1997; 777-784.
- 9.- Issac R. Merceron RECaillens G, Raymond J- P, Ardaillou R, Endocrinol Metab 1978, 47 : 18 – 23.
- 10.- Lopes AA, Bragg- Gresham JL. Et al. worldwide dialysis Ourcomes and Practice Patterns Study Committee. Health-related quality of life and associated outcomes among haemodialysis patients of differents ethnicities in the United states : The dialysis Outcomes and Practice Patterrns study (DOOPS). AM J. Kidney Dis 2003; 41: 605-615.
- 11.- Dusing R. Sexual dysfunction in male patients with hypertension: influences of antihypertneives drugs. Drugs 2005; 65: 773-786.
12. Derby CA , Barbour MM. Hume AL et al. Drug Therapy and prevalence of erectile dysfunction in the Massachussets Male Aging study Cohort. Pharmacother 2001; 6 : 676-683.
- 13.-EvansRW, Rader B, MnnimenDL and the cooperative Multicenter EPO Clinical Trial Grouop. The Quanty of life of haemodialysis recipients treated with recombinant human erythropeitin. JAMA 1990; 263: 825-830.

14.- Schaefer RM, Kokot F, Wernze H, Geiger H, Heidland A: Improved sexual function in haemodialysis patients on recombinant erythropoietin: a possible role for prolactin. Clin Nephrol 1989; 31 1-5.

15. Bommer J, Kugel M, Schwöbel B, Ritz E, Barth HP, Selinger R. Improved sexual function during recombinant human erythropoietin therapy. Nephrol Dial transplant 1990; 5 : 204-207.

16.- Lawrence I.G., Price D.E., Howlett T.A. et al. erythropoietin and sexual dysfunction. Nephrol dial Transp 1997; 12: 741-747

17.- Plamer B.F. Sexual Dysfunction in uremia. J. Am. Soc. Nephrol 1999; 10: 1381 - 1388