



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultad de enfermería.

Memoria del Trabajo de final de Grado.

Factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo, mediante hemodiálisis hospitalaria en comparación con la diálisis peritoneal domiciliaria.

Sheila Palau Osuna.

Grado de Enfermería.

Año académico 2016-17.

DNI del alumno: 46959250N

Trabajo tutelado por Rosa Miró Bonet

| | | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Se autoriza a la Universidad a influir este Trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con finalidades exclusivamente académicas y de investigación. | Autor | | Tutor | |
| | Sí | No | Sí | No |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Palabras claves del Trabajo: Enfermedad renal crónica, Hemodiálisis, Diálisis peritoneal, Calidad de vida.

Resumen:

Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en estadio 5 precisan de tratamiento renal sustitutivo (TRS) las más utilizadas son la Hemodiálisis (HD), Diálisis peritoneal (DP). Diversos estudios estadísticos y económicos evidencian el gran coste social y económico y tiene un gran impacto sobre la calidad de vida (CDV). Todo ello, repercute en la adherencia terapéutica y con la calidad de la terapia. Estos datos revelan la necesidad de estudiar la CDV de los pacientes en diálisis.

Con el presente trabajo se pretende determinar y analizar los factores que influyen sobre la CDV de los pacientes de IRC en TRS de HD en comparación con los pacientes en tratamiento mediante DP. Así como, identificar instrumentos de valoración de la CDV y analizar los resultados en diferentes contextos/características demográficas.

Mediante una revisión sistemática se seleccionan 19 artículos rescatados de diferentes bases de datos. El resultado de los estudios es conflictivo. Sin embargo, ayuda a comprender los factores que afectan a la CDV de los pacientes de DP y HD. Los valores de la CDV en la comparativa, tienden a ser más altos en los pacientes de DP. Aunque, sin significancia estadística. Esto, se puede justificar mediante los sesgos de la población: los pacientes de DP son más jóvenes, más ocupación, mayor apoyo social, mayor nivel socioeconómico y son factores independientes de la CDV.

Como sugerencia de futuras investigaciones, se propone que las encuestas de CDV deben, ser regionales, aleatorizadas, estudios longitudinales y cualitativos para una mayor comprensión del fenómeno.

Palabras claves: Enfermedad renal crónica, Hemodiálisis, Diálisis peritoneal, Calidad de vida.

Key words: Chronic kidney disease, Haemodialysis, Peritoneal Dialysis, Quality of life.

| Índice: | Página: |
|--|----------------|
| 1. Introducción. | -1- |
| 2. Objetivos. | -2- |
| 3. Estrategia de búsqueda bibliográfica. | -3- |
| 3.1. Resultados de la búsqueda. | -5- |
| 4. Discusión. | -6- |
| 4.1. Escalas de valoración. | -7- |
| 4.2. Análisis de los resultados. | -8- |
| 5. Conclusión. | -15- |
| 6. Bibliografía. | -17- |
| Anexo 1 | -19- |
| Anexo 2 | -24- |

1. Introducción.

La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como alteración de la funcional renal progresiva, permanente e irreversible durante más de 3 meses. Por múltiples etiologías: primarias a causa de patologías autoinmunes, lesiones propias del riñón, enfermedades metabólicas, vasculares; o bien, secundarias a causa de patologías como la diabetes mellitus, hipertensión arterial. Estas últimas mantienen un incremento progresivo en la actualidad.

Se clasifica en diferentes grados, siendo el estadio 5 o fallo renal, el más grave, dónde encontramos una filtración glomerular (FG) inferior a 15 ml/min/1,73 m². Se incluyen a los trasplantados renales independientemente de la afectación a la FG que padezcan. La población que se enmarca en estadio 5 o inmediatamente previo en estadio 4 avanzado de IRC, precisan de tratamiento renal sustitutivo (TRS) en cualquiera de sus modalidades: Hemodiálisis (HD), Diálisis peritoneal (DP) o Trasplante (Tx). (1-2)

Se estima que aproximadamente el 10% de la población adulta padece de algún grado de ERC. De este, el 6,8% pertenece a los estadios 3-5. Actualmente unos 25.057 pacientes son tratados con alguna terapia dialítica. Cada año unas 6.000 personas con insuficiencia renal progresan de estadio hasta necesitar alguna TRS. En el año 2015, el 78,01% de los pacientes que precisaron TSR lo hicieron mediante HD, Un 16,91% empezaron DP y el 5,04% fueron directamente trasplantados. (3)

Diversos estudios estadísticos y económicos del ministerio de sanidad, evidencian el gran coste social y económico de las TRS y clarifican que la DP sería la TRS de elección. Por otro lado, habría que tener factores del contexto y las necesidades del paciente en cuenta para determinar la terapia adecuada. (1)

La ERC tiene un gran impacto sobre la calidad de vida (CDV) de los pacientes como gran parte de las enfermedades crónicas. Las personas en TRS tienen una gran dependencia de los servicios sanitarios por lo que afecta en gran medida a los factores relacionados con la CDV. Algunas de las causas que se atribuyen a esta disminución de CDV se asocian con la comorbilidad, ocupación profesional y los regímenes terapéuticos complejos (cambio de hábitos en la alimentación, restricción de líquidos y altas dosis de medicación). Actualmente dados los conocimientos que se tienen sobre la influencia de la de la CDV en relación a la percepción de los usuarios sobre su patología, la afectación sobre la calidad de la terapia y a la adherencia terapéutica. Estos datos revelan la necesidad de estudiar este fenómeno para describir que técnica dialítica puede ser la más adecuada para cada usuario y reportar de esta manera mayores beneficios y menos

impacto sobre la afectación de la CDV. Diversos estudios evidencian que trasplante de riñón es la TRS que mejor impacto tiene sobre CDV respecto a las otras terapias. Por otra parte, es menos accesible y previamente, un gran porcentaje personas, tuvieron que elegir alguna TRS alternativa como la HD o DP. Por ello, esta investigación se orienta a la comparativa del impacto sobre la CDV entre las terapias HD y DP, excluyendo a los pacientes con Tx. De esta manera, determinar que técnica dialítica reporta más beneficios sobre la CDV y que factores son los que influyen sobre esta. (2)

2. Objetivos:

General:

- ✓ Determinar y analizar los factores que influyen sobre la calidad de vida de los pacientes de insuficiencia renal crónica en tratamiento renal sustitutivo de hemodiálisis en comparación con los pacientes en tratamiento mediante diálisis peritoneal.

Específicos:

- ✓ Identificar instrumentos de valoración de la CDV percibida por un paciente que sufre IRC en TRS con HD o DP.
- ✓ Analizar las diferencias en relación a la percepción de la CDV percibida por el paciente en HD y DP, en diferentes contextos/características demográficas.

3. Estrategia de búsqueda bibliográfica.

Con el objetivo de encontrar respuesta basada en la evidencia al tema de trabajo, se realiza una estrategia de búsqueda bibliográfica. Inicialmente, se plantea la pregunta de investigación, se definen palabras clave y se transcriben a lenguaje documental según tesauros (DesC y Mesh) de las bases de datos. Tabla1. Posteriormente, se jerarquiza los descriptores para determinar los booleanos. En este caso, son todos descriptores primarios y se relacionan los 3, con el booleano AND. Tabla2. Por último, se seleccionan los metabuscadores, las bases de datos en relación al tema de investigación y se aplican los criterios de exclusión e inclusión.

- Pregunta de investigación:

¿Qué factores influyen en la **calidad de vida** de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo mediante **hemodiálisis** hospitalaria en comparativa con **diálisis peritoneal** domiciliaria?

| Palabras clave | Descriptor del DesCS Castellano | Descriptor del DesCS Inglés | Descriptor MeSH Inglés |
|---------------------|--|---|---|
| Hemodiálisis | Diálisis Renal | Renal dialysis | Renal dialysis |
| Diálisis peritoneal | Diálisis peritoneal / Diálisis peritoneal ambulatoria continua | Peritoneal Dialysis/ Peritoneal dialysis, Continuous ambulatori | Peritoneal Dialysis/ Peritoneal dialysis, Continuous ambulatori |
| Calidad de vida | Calidad de vida | Quality of life | Quality of life |

Tabla 1.

Jerarquía de los descriptores Castellano

Inglés

| | | |
|------------|--------------------------------|---------------------|
| Primario 1 | Diálisis renal (incluye HD/DP) | Renal dialysis |
| Primario 2 | Calidad de vida | Quality of life |
| Primario 3 | Diálisis peritoneal | Peritoneal dialysis |

Tabla 2.

Una vez definidos los descriptores y booleanos y su prioridad se seleccionan las bases de datos en relación a las áreas de conocimiento (Ciencias de la salud, Enfermería, nefrología, psicología).

Metabuscadores y base de datos seleccionados:

- ✓ EBSCOhost: proporciona acceso a diferentes bases de datos con información científica a nivel internacional, que incluye y se seleccionan: Academic Search Premier, PsycINFO, CINAHL with full Text, PsycARTICLES, eBook Collection (EBSCOhost).

- ✓ BVS: reúne los mejores recursos nacionales e internacionales disponibles en ciencias de la salud y áreas multidisciplinares asociadas, incluye y se seleccionan: IBECs, LILACS y MEDLINE.
- ✓ PubMed: Base de datos a nivel internacional que recoge las principales publicaciones en el campo de la medicina, oncología, enfermería, odontología, veterinaria, salud pública i ciencias preclínicas.

Seguidamente, se determinan los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Bibliografía publicada dentro de los últimos 10 años. 2007-2017. Dado el tema de investigación es recomendable acceder a los artículos más actuales.
- Idioma: español e inglés. Se abarca así, bibliografía internacional.
- Incluir el formato Full Text para tener acceso a ellos.
- Estudios que relaten sobre el paciente adulto con enfermedad renal crónica en tratamiento renal sustitutivo donde se incluyan HD y DP y la repercusión sobre la calidad de vida.
- Artículos que hagan uso de las diferentes escalas de valoración integral de la CDV estandarizadas.

Criterios de exclusión:

- Se excluye bibliografía que sea específica para rangos de edad infantil o ancianos. La investigación se centra en edad adulta 18 a 89 años, ya que el estudio de la calidad de vida en niños y ancianos presentan otros factores diferenciales que pueden sesgar los resultados.
- Se excluye bibliografía que estudie grupos de pacientes paliativos y/o con patología mental de base por posible sesgo de los resultados ya que portan afectación de la CDV sobre otros factores asociados.
- Pacientes con enfermedad renal aguda.
- Se excluyen los estudios orientados a la HD domiciliaria ya que es una técnica en menor uso y las más utilizadas son HD hospitalaria y DP, así como los pacientes con Tx ya que se evidencia la mejora de la CDV mediante esta TRS.
- Estudios que relatan sobre áreas específicas de la CDV como puede ser el dolor, la comorbilidad, área social, de manera exclusiva.

3.1.Resultados de la búsqueda bibliográfica:

Metabuscador y bases de datos. EBSCOhost. Incluye: Academic Search Premier, PsycINFO, CINAHL with full Text, PsycARTICLES, eBook Collection (EBSCOhost).

Descriptores y booleanos. Renal Dialysis AND Quality of live AND Peritoneal Dialysis. Resultados: 68 artículos

Límites 2007-2017. Inglés y español. Full Text.

Resultado final. Tras aplicación de límites se obtienen 17 artículos. Tras revisión de título y resumen se aplican criterios de inclusión y exclusión nombrados se seleccionan 7 artículos.

Metabuscador y bases de datos. BVS. Incluye: IBECS, LILACS y MEDLINE.

Descriptores y booleanos. Renal Dialysis AND Quality of live AND Peritoneal Dialysis. Resultados: 664 artículos

Límites 2007-2017. Inglés y español. Full Text.

Resultado final. Tras aplicación de límites se obtienen 180 artículos. Tras revisión de título y resumen se aplican criterios de inclusión y exclusión nombrados se seleccionan 4 artículos. Se descartan artículos duplicados y encontrados mayoritariamente en PubMed.

Metabuscador y bases de datos. PubMed

Descriptores y booleanos. Renal Dialysis AND Quality of live AND Peritoneal Dialysis.

Límites 2007-2017. Inglés y español. Full Text.

Resultado final. Tras aplicación de límites se obtienen 39 artículos. Tras revisión de título y resumen se aplican criterios de inclusión y exclusión nombrados se seleccionan 7 artículos.

Análisis de los resultados:

Se realiza un análisis de los estudios y revisiones seleccionadas para determinar su calidad y estilo de estudio. (Anexo 1) Tras haber determinado la tipología de estudio, se realiza una lectura exhaustiva de los documentos y se procede a su discusión.

4. Discusión:

La HD es una TRS donde la sangre se purifica mediante un riñón artificial externo. Precisa de una fístula arteriovenosa dónde se introducen dos agujas que conducen la sangre hasta la máquina que la bombea, o bien un acceso central venoso mediante catéter. La sesión de hemodiálisis dura alrededor de 4 a 5 horas, dependiendo de las necesidades terapéuticas del paciente y se realiza, generalmente, tres veces por semana en un centro especializado. Por el contrario, la diálisis peritoneal DP utiliza como filtro el peritoneo. Precisa de un catéter que se implanta en la cavidad peritoneal mediante una intervención quirúrgica. El catéter permanece fuera del abdomen de manera permanente, por el cual se introducen soluciones con diferentes características para la realización de la terapia. El paciente realiza la técnica en el domicilio después de ser instruido para ello. Existen dos técnicas, la diálisis peritoneal ambulatoria continua que precisa de 3 o 4 intercambios de solución diarias. La otra técnica de la DP, es la automatizada, en la cual, se realizan los intercambios 8 o 9 horas continuas durante la noche diariamente.

Los pacientes con ERC en TRS en ambas técnicas sufren un gran impacto sobre su CDV. La CDV es un concepto que es fundamental en la asistencia sanitaria, ya que reconoce los efectos de la enfermedad, evalúa los tratamientos y facilita las decisiones sobre los recursos. Es un concepto multidimensional centrado en el paciente y dinámico ya que está en continua evolución e interacciona con todos los factores que envuelven la vida del paciente. La CDV abarca el bienestar físico y mental, el funcionamiento social y el estado funcional de manera subjetiva. (4)

La diálisis tiene un gran impacto en la CDV de los pacientes que padecen ERC, incluyendo reducción del funcionamiento físico, menor interacción social, mayor riesgo en una variedad de síntomas. Gran parte de los estudios de esta investigación, han informado de que tanto los pacientes de HD y DP de manera prevalente o incidente tienen menos CDV en comparación con la población general. También indican que el nivel de CDV es un predictor importante, tanto de los resultados clínicos, la hospitalización y la muerte. Por lo tanto, la valoración de la CDV y sus factores se sugiere para ser utilizada como instrumento para tomar medidas en los diferentes tratamientos. (5) Por último, puede ayudar a identificar maneras de mejorar el bienestar de los pacientes (6) donde la

meta no es la eliminación de la enfermedad, sino el ajuste de los pacientes a limitaciones que de ella derivan. (7)

4.1.Escalas de valoración.

La literatura presenta diferentes tipos de Escalas de valoración de la CDV o de factores que la afectan como es la autoeficacia o la comorbilidad. En los artículos seleccionados durante la búsqueda bibliográfica encontramos que existen escalas de valoración predominantes. Por ello, Se identifica los instrumentos de valoración de la CDV TRS con HD o DP más utilizados.

El instrumento de Enfermedad Renal y Calidad de Vida (KDQOL-SFTM).

Esta escala está desarrollada para el uso en pacientes con ERC en tratamiento de diálisis. Que evalúa las áreas básicas de salud física y mental de las siguientes escalas: En la escala genérica encontramos la valoración del funcionamiento físico, las limitaciones de funciones relacionadas con la salud y los problemas emocionales, el funcionamiento social, el bienestar emocional, el dolor, la energía y la fatiga, la percepción general de la salud y la salud en general. Y los problemas o escala específicas: síntomas y problemas, efectos diarios de la enfermedad renal, situación laboral, función cognitiva, interacción social, función sexual, sueño, apoyo social, estímulos por parte del personal sanitario y satisfacción del paciente, así como diferentes preguntas demográficas.

La más utilizada es su versión corta SF-36, que evalúa en ocho dominios: Funcionamiento Físico (FF), Rol físico (RF), Dolor corporal (DC), Salud General (SG) Rol emocional (RE), Funcionamiento social (FS), Vitalidad (VT) y Salud Mental (SM). Estos 8 dominios algunos estudios los resumen en dos áreas la escala de componente físico (ECF) y la escala de componente mental (ECM).

Dado la frecuencia de su uso en la gran mayoría de los artículos, por su importancia en esta revisión y dada su relativa complejidad se adjunta en Anexo 2, para mayor comprensión de la metodología de valoración.

Escala de valoración de la Autoeficacia: SUPPH

En esta escala se evalúa la autoeficacia de los usuarios ante su enfermedad. Consta de tres dimensiones: actitud positiva, reducción del estrés y toma de decisiones. (7)

Índice de comorbilidad de Charlson (ICC):

Consta de una herramienta para la evaluación de la esperanza de vida a los diez años, que tiene en cuenta la edad y las comorbilidades del paciente. Consta de 19 ítems que, si están presentes, se ha comprobado que influyen de forma directa en la esperanza de vida del sujeto. (8)

4.2. Análisis de los resultados.

Una vez descritas las escalas de valoración más usadas en los estudios, se procede al análisis de los resultados obtenidos en los artículos seleccionados. En relación los objetivos, se observan y analizan las diferencias en relación a la percepción de la CDV percibida por el paciente en HD y DP, en diferentes contextos/características demográficas. Se puede determinar que:

En un estudio realizados en EEUU, el grupo de DP obtuvo las puntuaciones más altas en la escala específica: Los síntomas y problemas, los efectos de la enfermedad renal, la carga de la enfermedad renal, la función cognitiva, el estímulo del personal de diálisis y la satisfacción del paciente. Sin embargo, tuvieron las puntuaciones más bajas en relación al sueño y la función sexual con respecto a la HD. Con respecto a las escalas genéricas, los pacientes con DP tuvieron las puntuaciones más altas en el funcionamiento físico, el bienestar emocional, vitalidad y las escalas generales de salud. El grupo de HD tuvo la puntuación de salud mental más baja. El grupo de DP tuvo el puntaje compuesto de salud física y mental más alto. Asimismo, se estudió la autoeficacia mediante la escala SUPPH. El grupo de DP tuvo las puntuaciones más altas en cada una de las tres dimensiones, aunque en HD fueron iguales para la actitud positiva, pero eran más bajas en la dimensión de toma de decisiones. Los resultados de este estudio sugieren un posible beneficio para los pacientes en DP con respecto a la CDV y autoeficacia porque obtuvo puntuaciones más altas que el grupo de HD, pero hace evidente la falta de significación estadística y concluye con la evidencia que no ha contraindicación para el aumento del uso de la DP.

(7)

En un estudio realizado en China se presentan las puntuaciones promedio más altas en DP para los dominios de dolor corporal, salud general, rol emocional, funcionamiento social, vitalidad y salud mental. Por el contrario, los dominios de rol físico y los de funcionamiento físico los reportaron los pacientes de HD. Se mostró que los pacientes DP reportan mejor calidad de vida que los pacientes de HD. También se encontraron datos sobre comorbilidad que podrían haber afectado a las escalas de CDV ya que los pacientes de HD tuvieron mayores ingresos hospitalarios que los de DP (48% en HD respecto al 30% en DP) siendo las primeras causas enfermedades cardiovasculares e infecciones especialmente pulmonar para los usuarios de HD e infección, especialmente peritonitis y enfermedades cardiovasculares para los usuarios de DP. Refieren que hay mejora de CDV en los pacientes chinos de DP en relación a occidente, por menor índice grasa corporal y

por hábitos dietéticos. Por otro lado, destacan que los pacientes chinos, también tienen más dependencia familiar y la tasa de empleo en china, es más baja por lo que los pacientes no suelen ser re-empleados. Concluye señalando que los pacientes tanto de HD como DP hospitalizados presentaron una disminución de la CDV por lo que la disminución de las comorbilidades aumentaría los valores de la CDV. (4)

En un estudio realizado en Taiwán y mediante la escala SF-36 en sus 8 dimensiones se evidenció que los pacientes de DP obtenían mejores valores significativos en los dominios de funcionamiento físico, en vitalidad, funcionamiento social y en salud mental. En los dominios rol físico, dolor corporal, salud general y rol emocional, no se encontraron diferencias estadísticas significativas. Finalmente, en la subdivisión general de la ECF y en la ECM los pacientes de DP obtuvieron puntuaciones más altas respecto a los de HD, pero no fueron estadísticamente significativas. Cabe destacar que en la muestra de los pacientes de DP en los resultados demográficos encontraron que eran significativamente más jóvenes, con nivel educativo más alto, tenían menos probabilidades de ser viudos y tenían más probabilidades de ser empleados en relación a los pacientes HD. Todos estos factores son predictores de mejor CDV por lo que, serían factores independientes de la CDV. El estudio concluye señalando que la modalidad de diálisis no afecta la CDV. (6)

En un estudio realizado en Grecia, presenta que los pacientes de HD y DP no demuestran diferencias estadísticas destacables en relación a la comparativa de la CDV. Sí que destaca que los pacientes más jóvenes suelen verse menos beneficiados en la HD y DP sobre su impacto en la CDV, en relación a los ancianos, ya que presentan mayor preocupación sobre sus expectativas de vida y menos adherencia terapéutica. (9).

En un estudio realizado en Singapur, destaca que los pacientes con DP percibieron menos impacto de la enfermedad renal y tratamiento de diálisis que los pacientes en HD. En esos estudios, los pacientes con DP sintieron más estímulo por parte del personal, más satisfacción del paciente, menos efectos y menos carga de la enfermedad en comparación con los pacientes con HD. Aun así, los valores de la CDV de DP y HD fue similar. El estudio concluye afirmando que las características clínicas son mejores predictores para la CDV de los pacientes de diálisis que factores sociodemográficos por lo que se debe prestar más atención a los pacientes con comorbilidad, desnutrición o, así como a los más jóvenes para mejorar la calidad de vida de esta población de pacientes. La modalidad de diálisis no tiene relevante impacto sobre la CDV. (5)

En un estudio coreano, se mide la CDV de los pacientes en diálisis DP y HD. Se encuentran diferencias significativas entre DP y HD. En la DP los valores son superiores

en el área de síntomas / problemas, en relación a la HD. En las demás áreas no hay diferencias significativas. También se evaluó si la autosatisfacción y la satisfacción con el tratamiento, respectivamente podrían repercutir en la CDV de los pacientes en diálisis y se relacionaron positivamente como concluyen estudios mencionados anteriormente. Se determinó que la participación de los pacientes en la planificación de la atención y por lo tanto en la elección de la modalidad dialítica guiada, puede conducir a una mayor satisfacción en el tratamiento y el aumento de calificaciones de CDV. Esto implica que la alta satisfacción del tratamiento puede mejorar la adherencia de los pacientes y el control de la enfermedad de manera más efectiva. (10)

En un estudio realizado en los Países Bajos informó que los pacientes de DP presentaron una mejor calidad de vida en comparación con los pacientes con HD. Se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en las escalas de funcionamiento físico y social, el funcionamiento de los roles debido a problemas tanto físicos como emocionales, la salud mental, la vitalidad y la puntuación del componente mental (ECM). En relación a la percepción de la enfermedad, los pacientes con DP experimentaron un mayor nivel de control personal y mayores puntuaciones en la coherencia de la enfermedad en comparación con los pacientes con HD. Estos últimos fueron significativamente más propensos a atribuir su enfermedad a su estado emocional, a su propio comportamiento y su propia actitud mental en comparación con los pacientes con DP. Los pacientes con DP tenían creencias más fuertes en las causas hereditarias de la enfermedad. Se puede concluir que las percepciones de la enfermedad contribuyen significativamente a aspectos de CDV en este grupo de pacientes. (11)

En varios estudios de revisión sistemática y meta-análisis sobre la diferencia en la CDV relacionada con la salud de la HD en comparación con los pacientes de DP siguen teniendo controversia. Dentro de estos, algunos estudios muestran una mayor calidad de vida para los pacientes con DP en comparación con los pacientes con HD en el hospital, mientras que otros encontraron calidad de vida física similar para los pacientes con DP y HD, pero mayor calidad de vida mental para los pacientes con DP. La edad, el sexo, la etnia, el nivel socioeconómico, la educación, el empleo y el ingreso se consideran predictores demográficos independientes de la calidad de vida, además, de varios factores asociados con la enfermedad, como la historia del tratamiento y la comorbilidad. Tener en cuenta todos estos factores es importante en la elección de una terapia apropiada para un paciente de manera individual. Sin embargo, todos concluyen en no tener diferencia

estadística significativa en relación a la modalidad de diálisis y su influencia sobre la CDV. (12- 13-14-15-16)

En otro estudio realizado en Grecia, se estudiaron a los pacientes de HD y DP en la primera fase de tratamiento y de pacientes con más de 4 años en tratamiento de estas modalidades, por lo que se divide en 4 grupos de estudio. Se observaron principalmente, que en los pacientes con HD con más de 4 años de tratamiento tienen menor puntuación en los dominios CDV en las áreas de la salud física, las relaciones sociales y el medio ambiente, así como en la salud mental, con respecto a los otros grupos. No se encontraron diferencias significativas en los grupos de DP, entre los que se encontraban en los primeros años y aquellos en los últimos años de tratamiento. Los resultados aportan evidencia de que los pacientes en modalidad de tratamiento con HD, en particular aquellos con muchos años de tratamiento, estaban experimentando una CDV más comprometida en comparación con los pacientes de DP. Por otro lado, en las fases iniciales del tratamiento también disminuyen los valores de CDV ya que los pacientes con HD parecen experimentar una serie de síntomas adversos como ansiedad e insomnio. Centrándose en las diferencias entre HD y PD grupos equivalentes de pacientes en las etapas iniciales de tratamiento, los pacientes en HD reportaron más síntomas de ansiedad, problemas, depresión. Sin embargo, se incluye un efecto más favorable de HD sobre el bienestar físico que los pacientes de DP.

Los pacientes de DP tienen una mejor percepción general sobre la asistencia sanitaria que los de HD se debe principalmente a las largas horas de estancia hospitalaria durante los tratamientos. (17)

En un estudio realizado en Madrid, se evidencia que los pacientes de HD presentan mayor índice de comorbilidad respecto a los pacientes de DP, según el ICC. Sobre el análisis demográfico de la muestra cabe destacar que los pacientes de DP fueron más activos ocupacionalmente y tenían un nivel educativo más alto que sus homólogos de HD. La DP al ser una técnica autoadministrada, atrae más al paciente al equipo de salud e implica más a los pacientes a estar mejor informados, por lo que, perciben mayor accesibilidad al personal. En consonancia con esto, los usuarios de DP presentaron mayor adherencia al tratamiento en general, así como informaron de tener mejor relación con el personal sanitario y sintieron estar mejor informados. Por el contrario, los pacientes de HD presentaron mayores conocimientos de la dieta recomendada, esto se debe a que cualquier transgresión de la dieta, en estos pacientes, puede suponer una amenaza para la vida. En relación a CDV los usuarios de DP presentaron una mejor función física, menos dolor

corporal, escala del componente físico mayor que los de HD, pero no hay diferencias observadas en el componente mental. Los pacientes HD al tener una técnica más agresiva, presentan más sintomatología asociada a la modalidad que los de DP. En relación al género, los hombres presentaron mejor calidad de vida que las mujeres. Los resultados sugieren que la modalidad de diálisis no afecta al estado emocional ni a la adhesión específica a fármacos, pero sí está asociada al grado de adhesión global al tratamiento y CDV. (18).

Un estudio realizado en Irán que compara la CDV entre los grupos de HD y DP, se mostró que, en el funcionamiento físico, el rol físico, la percepción general de la salud y la vitalidad, los pacientes en DP obtuvieron puntuaciones más altas significativas que los pacientes con HD. Los pacientes de HD obtuvieron puntuaciones más altas para el dolor corporal y el funcionamiento de funciones emocionales, pero sin significancia. Por ello se puede decir que hay una diferencia significativa entre los dos grupos cuando se trata de categoría física de CDV, pero en aspectos emocionales no hay diferencia significativa entre ambos grupos. En el grupo HD los pacientes varones reportaron mejores puntuaciones en comparación con las mujeres. Sin embargo, en DP las mujeres reportaron mejor CDV que los hombres. Esto demuestra que la modalidad y el género tiene un efecto significativo en la CDV en ambos grupos. Se estudió la correlación que tiene la CDV frente a la calidad de la diálisis y estudiando los dos grupos combinados presentaron que existe una correlación positiva y significativa entre la calidad de la diálisis y CDV. Concluye anunciando que, los profesionales de la salud pueden animar a los pacientes a elegir la DP, ya que les permite tener una mayor calidad de vida. (19)

En un estudio realizado en Brasil, se informó que de manera objetiva la DP fue significativamente mejor que la HD. Sin embargo, las dos áreas en las que la HD fue significativamente mejor, el emocional y el funcionamiento físico, determina que son las más relevantes para la vida cotidiana de los pacientes. (20).

En otra comunidad brasileña, se exploró que los pacientes con DP tienen menos dolor que sus homólogos de HD y puntuaciones similares en los otros dominios. También afirman que la supervivencia de los pacientes con DP es similar a la de los pacientes con HD, por lo que exponen que no hay contraindicación al uso de cualquiera de las dos modalidades con respecto a su afectación a la CDV. (21)

En un meta-análisis se evidencia que la comparativa de ambas terapias tiene un resultado controvertido. Afirman que el contexto del lugar puede ser determinante para la CDV y no la modalidad en sí. Sugieren que una expansión de la diálisis peritoneal automatizada

en la práctica clínica puede ser apropiado ya que, hay un menor porcentaje de pacientes en esta terapia, no hay contraindicación para su uso y reportan menos coste económico. (22)

Efectos de la ERC en diálisis sobre las actividades de la vida diaria.

Los pacientes en DP, por lo general, presentan mejores niveles en áreas como la e CDV en la capacidad de viajar, problemas económicos y problemas de acceso a la diálisis. Las restricciones de ingesta de alimentos y agua son menores ya que se les permite tener dietas más liberales debido a la preservación de la función renal residual. (17-20).

Satisfacción con la relación del equipo de salud.

Los pacientes de DP están significativamente más satisfechos con el equipo de salud que los atiende respecto a los de HD. (5-7-17-18-20) Como ya se ha señalado anteriormente en esta revisión, los pacientes de DP al tener una técnica dialítica más autónoma o autoadministrada, se apoyan más en el personal y confían más en él. Por otra parte, otros artículos determinan que una posible explicación, es que los pacientes en PD tienen que realizar menos visitas al centro, mientras que los sujetos en HD acuden tres veces a la semana, por lo que se exponen potencialmente más a menudo a las situaciones de tensión con los sanitarios. (20)

Estado ocupacional.

Los pacientes de DP en los estudios revisados presentan tener mayor tasa de ocupación respecto a los de HD. La ocupación está positivamente relacionada con la CDV. (6-14-18).

Calidad de la interacción social. (Funcionamiento social).

Los resultados encontrados respecto a la función cognitiva y la calidad de la función social, los grupos no fueron estadísticamente diferentes, por lo general. Sin embargo, los pacientes con DP, tenían calificaciones más altas en esta área en varias ocasiones respecto a los de HD. (4-6-17-18-20). Los datos observados sugieren que los pacientes con DP eran menos limitados en la realización de actividades de la vida cotidiana y eran más capaces de socializar. (20).

Función sexual y sueño.

Únicamente, se encontraron diferencias estadísticas significativas, en uno de los artículos donde destaca que los pacientes de DP tuvieron las puntuaciones más bajas con respecto al sueño y la función sexual respecto a la HD.

Apoyo social.

Los índices de apoyo social no difirieron significativamente entre los individuos en la EP y los sujetos con HD. Aunque los pacientes con EP presentaron puntuaciones más altas en este dominio. (20)

Funcionamiento físico y dolor.

No hay consenso en la literatura sobre el funcionamiento físico. Algunos estudios, evidenciaron que los pacientes con HD tenían mayores puntuaciones de funcionamiento físico que los pacientes con DP (4-17-20) mientras que otros mostraron lo contrario (4-6-7-11-18-19-20). Aunque en la mayoría, la diferencia entre los grupos no fue estadísticamente significativa. Esta aparente conclusión contradictoria, podría explicarse por el hecho de que los pacientes con mayores puntuaciones tenían una edad media más alta que el otro grupo. Los pacientes mayores tienden a ser físicamente más degradados que los pacientes jóvenes, y pueden tener otras comorbilidades en las que el dolor es un factor añadido. También en el momento que se hace la entrevista, la posición y el lugar. (20)

Salud en general.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de salud general. Sin embargo, los pacientes con DP tenían calificaciones más altas en esta área que los individuos en HD. (4-19-20)

Funcionamiento emocional.

Las puntuaciones más altas en la función emocional fueron para DP respecto a HD, defendidas de manera significativa en alguno de los estudios descritos (4-7-19), salvo en uno. (20)

Vitalidad.

No se observaron diferencias significativas entre los grupos en este dominio en la mayoría de los estudios. Aunque las calificaciones de los pacientes en PD fueron mayores en otros, (4-6-7-19) y ninguno estudio evidenció que la HD destacara significativamente en los valores de la Vitalidad. Esto podría explicarse por la naturaleza más atenuante de la HD. Los pacientes de HD informaron que después de las sesiones de tratamiento necesitaban algún tiempo para recuperarse de la fatiga intensa. (20)

Bienestar mental.

Las puntuaciones más altas se observaron entre los pacientes en HD, Solo en uno de los artículos (20). El análisis del área mental, en varios estudios, evidenció que los pacientes en DP disfrutaban de mayor bienestar mental que los de HD. (2-7-11-17)

Edad, Género y nivel educativo.

Los pacientes más jóvenes suelen verse menos beneficiados en la HD y DP sobre su impacto en la CDV en relación a los ancianos ya que presentan mayor preocupación sobre sus expectativas de vida y menos adherencia terapéutica. (9). Por otro lado, los pacientes con más edad sufren más comorbilidad. Por ello, también puede haber una afectación en la CDV mayor. La muestra de pacientes de DP, por lo general son más jóvenes, mientras que los de HD es una población más vieja. (6)

En relación al género las mujeres en DP presentaban mejor CDV que los hombres y por el contrario en HD los hombres presentan mejor CDV. (18)

Los pacientes de DP presentaban nivel educativo más alto que los pacientes de HD. (6-17)

Por lo general, los valores de la CDV en la comparativa de las modalidades de diálisis, tienden a ser más altos en los pacientes de DP, en ninguno de los artículos defienden que los pacientes de HD obtuvieron puntuaciones mayores en general, pero si en áreas específicas. Sin embargo, todos los artículos revisados, excepto en uno, defienden que no hay suficiente significancia estadística en relación a la afectación de la modalidad sobre la CDV. La tendencia de estos valores se puede justificar mediante los sesgos de la población: los pacientes de DP tienden a ser más jóvenes, más ocupación, mayor apoyo social, mayor nivel socioeconómico y son factores independientes de la CDV, que no están relacionados con la modalidad de la terapia.

5. Conclusión.

La hipótesis inicial de este estudio, fue que la recepción de una modalidad de DP en el domicilio conlleva a una mejor CDV y autoeficacia que la HD hospitalaria, aunque la mayoría de estudios encontrados que comparan la CDV entre HD y pacientes con DP tienen hallazgos conflictivos. Por este motivo, no se afirma la hipótesis previa.

Podemos concluir que, la diálisis es un tratamiento prolongado y que consume mucho tiempo, a pesar de ello, sigue siendo la principal opción para los pacientes en TRS. La información sobre la CDV de los pacientes sometidos a TRS es necesaria para ayudar a los médicos, enfermeras, pacientes y sus familias a tomar decisiones de tratamiento. La mayoría de estudios encontrados que comparan la CDV entre HD y pacientes con DP tienen hallazgos conflictivos.

Factores como la edad, el sexo, la etnia, educación, el empleo, el estado mental de los pacientes, la adaptabilidad, las creencias culturales y religiosas, la comorbilidad, estatus socioeconómico, apoyo familiar, apoyo social se consideran predictores demográficos

independientes de la calidad de vida que afectan a la percepción del paciente de su enfermedad. El resultado de los estudios ayuda a entender mejor como afecta la DP y la HD sobre los CDV de los pacientes y que factores son los que afectan sobre esta. Sin embargo, se encuentran gran diversidad sociodemográfica en estos estudios por lo que, hay muchos factores endémicos que sesgan los resultados y que no clarifican conceptos predominantes y universales, para aplicar una técnica dialítica u otra, sobre la población en diálisis. Por ello, cabe valorar todos estos factores de manera individual, evaluar el éxito de diferentes enfoques terapéuticos, para guiar el proceso de toma de decisiones clínicas para que la enfermedad tenga un efecto menos pronunciado sobre la CDV. Por último, como sugerencia de futuras investigaciones, se propone que las encuestas de la CDV deben ser regionales, los estudios longitudinales y cualitativos para una mayor comprensión del fenómeno y observar como interaccionan los diversos factores con el impacto de las diferentes modalidades de diálisis sobre la CDV.

6. Bibliografía:

1. Martínez-Castelao, A., José L., Bover J., et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2014;34(2):243-62.
2. Vargas, F. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS. 2015. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
3. Sellaré, V L. Enfermedad renal crónica. *Nefro al día*. 2006; 16: 336-352.
4. Zhang A, Cheng L Ning Z., et al. Comparison of quality of life and causes of hospitalization between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China. 2007. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2007. 5:49. 1-6.
5. Yang, F., Griva, k., Lau T., et al. Health-related quality of life of Asian patients with end-stage renal disease (ESRD) in Singapore. *Qual Life Res* (2015) 24:2163–2171.
6. Peng, Y., Chiang, C., Hung Y., et al. Comparison of self-reported health-related quality of life between Taiwan hemodialysis and peritoneal dialysis patients: a multi-center collaborative study. *Qual Life Res*. 2011. 20:399–405.
7. Wright, L.S., & Wilson, L. Quality of life and self-efficacy in three dialysis modalities: Incenter hemodialysis, home hemodialysis, and home peritoneal dialysis. *Nephrology Nursing Journal*. 2015; 42(5), 463-476.
8. Charlson ME, Charlson RE, Paterson JC, et al.: The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. *J Clin Epidemiol* 2008; 61(12): 1234-1240.
9. Kontodimopoulos, N., Pappa E., Niakas, D. et al. Gender- and age-related benefit of renal replacement therapy on health-related quality of life. Faculty of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras, Greece. *Scand J Caring Sci*; 2009; 23; 721–729.
10. Yeon K., Bokyoung K., Soo, et al. P Health-related quality of life with KDQOL-36 and its association with self-efficacy and treatment satisfaction in Korean dialysis patients. *Qual Life Res* (2013) 22:753–758.
11. Timmers, L., Thong, M., Dekker, W. et al. Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychology and Health*, 2008; 23(6): 679–690.
12. Ylian, S., Bosch, Y., Hunink, M. Preference-Based Quality of Life of Patients on Renal Replacement Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2008 *Value in health*. 11(4).

13. Ylian, S., Bosch, Y., Arden, L. Quality of Life Assessed with the Medical Outcomes Study Short Form 36-Item Health Survey of Patients on Renal Replacement Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2007 *Value in health*. 10(5).
14. Tanjala, S., Purnell, P., Auguste, P., Deidra, C., et al. Comparison of Life Participation Activities Among Adults Treated by Hemodialysis, Peritoneal Dialysis, and Kidney Transplantation: A Systematic Review. *J Kidney Dis* . 2013. 62(5)
15. Boateng E.A., East L. The impact of dialysis modality on quality of life: a systematic review. *Journal of Renal Care* 2011. 37(4), 190-200.
16. Homaie, E., Mostafavi, H., Delavari, S., et al. Health-related Quality of Life in Patients on Hemodialysis and Peritoneal Dialysis; A Meta-Analysis of Iranian Studies. *IJKD* 2015;9:386-93.
17. Ginieri, M., Theofilou, P., Synodinou, C. et al. Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment. *BMC Nephrol* 2008, 9:14.
18. García H, Remor E, Selgas R; Adherence to treatment, emotional state and quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Psicothema*. 2013; 25(1):79-86.
19. Abdolamir, A., Salar, N., Amir, M., et al. A Comparison of the Quality of Life of the Patients Undergoing Hemodialysis versus Peritoneal Dialysis and its Correlation to the Quality of Dialysis. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2016. 27(2):270-280.
20. Aguiar, F., Fernandes, I., Camargo J.M., et al. Quality of life in chronic renal patients on hemodialysis or peritoneal dialysis: a comparative study in a referral service of Curitiba – PR, *Bras Nefrol* 2015;37(4):467-474.
21. Carpena, E C., Silva dos Santos, I. Zanini, R.V., et al. Quality of life of chronic renal patients in peritoneal dialysis and hemodialysis. *J Bras Nefrol* 2015;37(3):297-305.
22. Wyld, M., Morto, R.L., Haye, A. et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Utility-Based Quality of Life in Chronic Kidney Disease Treatments. *PLoS Med*. 2011, 9(9).

Anexo 1. Análisis de los estudios.

Artículo. Wright, L.S., & Wilson, L. Quality of life and self-efficacy in three dialysis modalities: Incenter hemodialysis, home hemodialysis, and home peritoneal dialysis. *Nephrology Nursing Journal*. 2015

Análisis del Artículo. El estudio analítico con un diseño correlacional de corte cruzado y métodos de muestreo de cohortes. Investigación de campo y documental transversal. Con una revisión sistemática. Se realiza revisión bibliográfica y se realiza un estudio donde incluyeron 77 pacientes adultos usuarios de diálisis durante seis meses o más. La calidad de vida se mide utilizando el instrumento de calidad de vida de la enfermedad renal KDQOL. Resultados estadísticamente, no significativos.

Artículo. Zhang A, Cheng L Ning Z., et al. Comparison of quality of life and causes of hospitalization between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China. 2007. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2007.

Análisis del Artículo. El estudio analítico con un diseño correlacional. El estudio no es controlado aleatorizado por lo que puede tener sesgos. Investigación de campo transversal. Se realiza un estudio donde incluyeron 654 pacientes chinos, adultos usuarios de HD y 408 pacientes de DP. La calidad de vida se mide utilizando el instrumento de calidad de vida para la salud SF-36. Resultados significativos pero posibles sesgos.

Artículo. Peng, Y., Chiang, C., Hung Y., et al. *Comparison of self-reported health-related quality of life between Taiwan hemodialysis and peritoneal dialysis patients: a multi-center collaborative study*. *Qual Life Res*. 2011.

Análisis del Artículo. El estudio analítico, observacional con un diseño correlacional. Investigación de campo, transversal. Se realiza un estudio no aleatorizado donde incluyeron 866 pacientes de Taiwan, adultos usuarios de HD y 301 pacientes de DP mediante una encuesta multicéntrica a gran escala. La calidad de vida se mide utilizando el instrumento de calidad de vida para la salud SF-36. Resultado estadístico no se consideró significativo.

Artículo. Kontodimopoulos, N., Pappa E., Niakas, D. et al. *Gender- and age-related benefit of renal replacement therapy on health-related quality of life.* Scand J Caring Sci; 2009.

Análisis del El estudio analítico, observacional con un diseño correlacional.

Artículo. Investigación de campo, transversal de cohortes de género y edad. Se realiza un estudio no aleatorizado. La calidad de vida se mide utilizando el instrumento de calidad de vida para la salud SF-36.

Artículo. Yangl, F., Griva, k., Lau T., et al. Health-related quality of life of Asian patients with end-stage renal disease (ESRD) in Singapore. Qual Life Res 2015.

Análisis del El estudio analítico, observacional. Investigación de campo,

Artículo. transversal. Se realiza un estudio no aleatorizado donde incluyeron 502 pacientes de diálisis. La calidad de vida se mide utilizando el instrumento de la enfermedad renal y calidad de vida con sus siglas en inglés KDQOL en su forma corta SF-36, para el estudio de las comorbilidades se aplica el índice de comorbilidad de Charlson (ICC).

Artículo. Yeon K., Bokyoung K., Soo, et al. P Health-related quality of life with KDQOL-36 and its association with self-efficacy and treatment satisfaction in Korean dialysis patients. Qual Life Res (2013)

Análisis del Estudio analítico, observacional y transversal. Se seleccionaron 237

Artículo. pacientes 172 en HD y 65 en DP no aleatorizados dentro de una misma comunidad. Se utilizó el instrumento KDQOL en su versión corta SF-36.

Artículo. Timmers, L., Thong, M., Dekker, W. et al. Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. Psychology and Health, 2008.

Análisis del Estudio documental y de campo, analítico y observacional.

Artículo. Investigación transversal. Se reclutaron 91 pacientes en HD y 42 en DP. Se utilizaron las escalas del SF-36 para medición de CDV para los pacientes con ERC y la IPQ-R para evaluar la percepción de la enfermedad.

Artículo. Ylian, S., Bosch, Y., Hunink, M. Preference-Based Quality of Life of Patients on Renal Replacement Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2008.

Análisis del Artículo. Estudio de revisión sistemática y meta-análisis. Estudio documental y correlacional. Se revisan 27 artículos seleccionados con nivel 2b de evidencia. Solo incluyen estudios que evalúan la CDV con el SF-36.

Artículo. Ylian, S., Bosch, Y., Arden, L. Quality of Life Assessed with the Medical Outcomes Study Short Form 36-Item Health Survey of Patients on Renal Replacement Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2007 Value in health.

Análisis del Artículo. Estudio de revisión sistemática y meta-análisis. Estudio documental y correlacional. Se revisan 52 artículos seleccionados reportando datos sobre la calidad de vida de 36.582 pacientes en TRS. 30.372 pacientes en HD y 3262 en DP. Todos los artículos en grado de evidencia 2b. Solo incluyen estudios que evalúan la CDV con el SF-36.

Artículo. Ginieri, M., Theofilou, P., Synodinou, C. et al. Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment. BMC Nephrol 2008, 9:14.

Análisis del Artículo. Estudio de campo, analítico y observacional. Cuantitativo. Investigación transversal de cohortes. Se reclutaron 135 pacientes en HD y en DP. Se utilizaron las escalas WHOQOL-BREF, GHQ-28 para evaluar la CDV y la percepción de la salud en general.

Artículo. García-Llana, H., Remor, S., Selgas, R., Adherence to treatment, emotional state and quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. Psicothema 2013.

Análisis del Artículo. Estudio analítico, observacional y transversal con una muestra de 61 pacientes de HD y DP y un análisis correlacional sobre la adherencia y su afectación a la CDV. Realizado en Madrid. Instrumentos ICC para el estudio de las comorbilidades y HRQOL para el estudio de la CDV percibida.

Artículo. Tanjala, S., Purnell, P., Auguste, P., Deidra, C., et al. Comparison of Life Participation Activities Among Adults Treated by Hemodialysis, Peritoneal Dialysis, and Kidney Transplantation: A Systematic Review. J Kidney Dis . 2013.

Análisis del Artículo. Es un estudio de revisión sistemática de 46 artículos que comparan las TRS en relación a su CDV. Estudios entre 1985 y 2011 realizados en 16 países diferentes.

Artículo. Boateng E.A., East L. The impact of dialysis modality on quality of life: a systematic review. Journal of Renal Care 2011.

Análisis del Artículo. Estudio de revisión sistemática. Estudio documental y correlacional. Se revisan 26 artículos seleccionados reportando datos sobre la CDV medida con escalas estandarizadas.

Artículo. Abdolamir, A., Salar, N., Amir, M., et al. A Comparison of the Quality of Life of the Patients Undergoing Hemodialysis versus Peritoneal Dialysis and its Correlation to the Quality of Dialysis. Saudi J Kidney Dis Transpl 2016.

Análisis del Artículo. Estudio analítico, observacional, transversal y correlacional de 46 pacientes en tratamiento con DP y HD donde se compara la calidad de vida, a través del instrumento SF-36 en Irán.

Artículo. Aguiar, F., Fernandes, I., Camargo J.M., et al. Quality of life in chronic renal patients on hemodialysis or peritoneal dialysis: a comparative study in a referral service of Curitiba – PR. 2015.

Análisis del Artículo. Estudio analítico, transversal y correlacional. Con una muestra de 338 pacientes en tratamiento con DP y HD no aleatorizados. Donde se compara la calidad de vida, a través del instrumento SF-36 en Curitiba (Brasil).

Artículo. Carpena, E C., Silva dos Santos, I. Zanini, RV., et al. Quality of life of chronic renal patients in peritoneal dialysis and hemodialysis. J Bras Nefrol 2015.

Análisis del Artículo. Estudio analítico, observacional, transversal y cuantitativo. Se reclutaron 317 pacientes 282 en HD y 63 en DP no aleatorizados dentro

de una misma comunidad, en Brasil. EL instrumento para la valoración de la CDV fue en KDQOL en su forma corta SF-36.

Artículo. Wyld1, M., Morto, RL., Haye, A. et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Utility-Based Quality of Life in Chronic Kidney Disease Treatments. PLoS Med. 2011.

Análisis del Artículo. Estudio de revisión sistemática y meta-análisis, donde se seleccionaron 190 artículos en el cual representaba a 56.000 pacientes en TRS.

Artículo. Homaie,E., Mostafavi, H., Delavari, S., et al. Health-related Quality of Life in Patients on Hemodialysis and Peritoneal Dialysis; A Meta-Analysis of Iranian Studies. IJKD.

Análisis del Artículo. Estudio de revisión sistemática y meta-análisis, donde se seleccionaron 227 artículos transversales y que usaban escalas de valoración estandarizadas de pacientes en TRS.

Anexo 2. Cuestionario KDQOL en su versión corta SF-36.

1. En general, usted diría que su salud es:

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ¹ Excelente | <input type="checkbox"/> ² Muy buena | <input type="checkbox"/> ³ Buena | <input type="checkbox"/> ⁴ Regular | <input type="checkbox"/> ⁵ Mala |
|--|--|--|--|---|

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| Mucho mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ¹ | Algo mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ² | Más o menos igual que hace un año <input type="checkbox"/> ³ | Algo peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ⁴ | Mucho peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ⁵ |
|--|---|--|--|---|

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

| | Sí, me limita mucho | Sí, me limita un poco | No, no me limita nada |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| c Coger o llevar la bolsa de la compra. | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera. | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera. | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| f Agacharse o arrodillarse. | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| g Caminar <u>un kilómetro o más</u> | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| h Caminar varios centenares de metros. | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| i Caminar unos 100 metros. | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |
| j Bañarse o vestirse por sí mismo. | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ |

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

| Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

| No, ninguno | Sí, muy poco | Sí, un poco | Sí, moderado | Sí, mucho | Sí, muchísimo |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

| Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a se sintió lleno de vitalidad? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b estuvo muy nervioso? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d se sintió calmado y tranquilo? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| e tuvo mucha energía? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| f se sintió desanimado y deprimido? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| g se sintió agotado? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| h se sintió feliz? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| i se sintió cansado? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

| | Totalmente cierta | Bastante cierta | No lo sé | Bastante falsa | Totalmente falsa |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas ----- | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b Estoy tan sano como cualquiera ----- | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c Creo que mi salud va a empeorar ----- | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d Mi salud es excelente ----- | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Anexo 1. Versión española del Cuestionario de Salud SF-36v2™ Health Survey © 1996, 2000 adaptada por J. Alonso y cols 2003. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS)