

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD (CVRS) EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)**

LINA MADELEYNE LOZANO ARANGO

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

BOGOTÁ 2017

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD (CVRS) EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)**

LINA MADELEYNE LOZANO ARANGO

TRABAJO DE GRADO EN MODALIDAD DE MONOGRAFÍA

DOCENTE ASESOR

MSc. ROSA DEL CARMEN CORAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

BOGOTÀ 2017

NOTA DE ACEPTACIÓN

JURADO 1

JURADO 2

RESUMEN

Las enfermedades crónicas no transmisibles se consideran actualmente un problema de salud pública porque generan altos costos en la atención, para los países, instituciones, pacientes, familiares o personas de apoyo. Esta enfermedad tiene un pronóstico reservado debido a que su expectativa de cura es casi nula, a su vez son de evolución rápida, progresiva y afectan negativamente la calidad de vida de los pacientes que la padecen. El objetivo de este trabajo fue analizar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC). Se realizó una revisión de artículos científicos en recursos electrónicos como: Scopus, Scielo, Proquest, Ebsco Hots, Clinicalkey, Science Direct, medline. Los resultados muestran que la dimensión más afectada en los pacientes con IRC es la física, porque ellos pierden la independencia en la realización de sus actividades de la vida diaria y deben someterse a múltiples tratamientos altamente invasivos y demandantes; se afecta además, la dimensión psicológica y social, lo cual impone limitaciones para el desarrollo de una vida normal. Se hace necesaria la intervención de los profesionales de enfermería y del equipo interdisciplinario para mejorar su calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

La IRC ha sido considerada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como una patología de alto costo, porque genera un fuerte impacto económico sobre las finanzas del sistema y un efecto dramático sobre la calidad de vida del paciente y su familia, incluidas las repercusiones laborales. La hipertensión arterial, la diabetes, dislipidemia, unidos al propio envejecimiento están ligados a la etiología de la IRC, siendo responsables del incremento de la morbimortalidad cardiovascular

En relación a los costos por IRC, en los últimos años, el sector salud ha experimentado un encarecimiento considerable, en especial en los costos de operación. El impacto que tiene el desarrollo tecnológico ha hecho posible el diagnóstico y la terapéutica asistidos mediante exámenes y procedimientos de alta complejidad, así como también la investigación médica con la introducción de nuevos medicamentos (Instituto Nacional de salud, 2013, p. 4)

En el contexto internacional, aproximadamente 4 millones de personas padecen IRC en España. De ellas unas 50.909 están en terapia de remplazo renal (TRR).

Cada año unas 6.000 personas con insuficiencia renal progresan hasta la necesidad de seguir uno de los tres tipos de terapia de reemplazo renal. La prevalencia de la IRC aumenta de forma progresiva con el envejecimiento (el 22% en mayores de 64 años, el 40% en mayores de 80 años).

Se estima que las TRR consumen entre el 2,5% y el 3% del presupuesto del Sistema Nacional de Salud (SNS) y más del 4% de atención especializada, esperando un incremento anual de estos costos puesto que unos 6.000 nuevos pacientes inician la TRR, y se produce un aumento del 3% en la prevalencia. El costo medio por paciente en TRR estadio 5D, es seis veces mayor que el

tratamiento de pacientes con infección por el VIH y 24 veces mayor que el tratamiento de pacientes con EPOC y asma. El coste medio anual por paciente tratado con hemodiálisis (HD) es de 46.659,83 € y de 32.432,07 € en DP (Dirección general de salud pública de España, 2015).

De acuerdo con las últimas estadísticas establecidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la incidencia de pacientes con enfermedad renal crónica es de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142. En la actualidad existen alrededor de 52,000 pacientes en TRR de los que 80% se atienden en esa institución (IMSS)¹. En un programa de detección de IRC en este mismo país, se reportó que más del 50% de los pacientes indican tener antecedente familiares de diabetes mellitus, hipertensión y obesidad (Cueto, 2014, p. 509).

En un estudio realizado con 223 pacientes con IRC en el año 2010 en Bogotá, se identificó que al menos el 38,5% de los pacientes estuvieron hospitalizados durante este año; aportaron un total de 129 eventos de hospitalización durante el seguimiento y 23 pacientes fallecieron, esto representó una mortalidad de 12.9% (Sanabria, 2012, p. 295-296).

En relación al número de días de hospitalización de los pacientes con diálisis en las dos modalidades de tratamiento (HD y DP) se presentó una incidencia de 6.32 días por cada paciente. El costo día de hospitalización es de \$522.753. Podría estimarse que un costo anual por hospitalización para esta población es de \$3.303.789, correspondientes a costos directos (estancia básica, medicamentos, ayudas diagnósticas, cuidado intensivo, cirugías), sin incluir los costos indirectos causados por pérdida de productividad laboral del paciente, ni costos intangibles difíciles de medir como el sufrimiento o carga emocional propios de la hospitalización (Sanabria, 2012, p. 295-296).

Al respecto, se considera que el impacto económico de la hospitalización es menor de lo que a priori pudiera parecer. Esto se debe a que la proporción de pacientes que no ingresan es considerable, reduciéndose así el costo medio.

Si se considera solamente los costos de aquellos que se hospitalizaron al menos una vez por HD corresponde a 17.655 Euros, por DP 13.339 Euros, y por trasplante 12.193 Euros. Se puede concluir que el impacto económico más importante lo tiene la HD, que supera en más de tres veces el tratamiento del paciente trasplantado (Sellares, 2017, p.135).

El relación a transporte, el impacto económico es mínimo en los pacientes con trasplante, mientras que alcanza los 3.000 Euros en HD, ya que se necesita un desplazamiento trisemanal, lo que representa el 6 % del costo total del tratamiento y el 12,5 % del coste por HD (Sanabria, 2012, p. 295-296).

Según Arrieta (2011) la mayoría de los pacientes que inician TRR lo hacen con diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) porque tiene la tarifa es más económica, afecta menos el estilo de vida y las necesidades sociales. Los costos en la diálisis peritoneal (DP) son hasta 12.000 Euros menos que los generados por HD (p. 508).

De acuerdo con lo anterior, se puede observar que la IRC tiene un impacto económico, social físico, emocional tanto para las instituciones, pacientes y familia, para lo cual se requiere de intervenciones por parte del equipo de salud.

El presente trabajo presenta información relacionada con la revisión de artículos científicos sobre las dimensiones que afectan su CVRS de los pacientes en las diferentes modalidades de tratamiento (Hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal), así como también el rol que desempeña el profesional de enfermería en el cuidado de estos pacientes.

2. OBJETIVOS

2.2. GENERAL

Analizar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con IRC.

2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características de las modalidades de tratamiento en IRC.
- Identificar las dimensiones que afectan la CVRS en pacientes con IRC.
- Identificar el rol que desempeña el profesional de enfermería en el cuidado a pacientes con IRC.

3. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de 62 artículos científicos correspondientes a los años 2010 al 2017 sobre la CVRS de pacientes con IRC en tratamiento con hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal.

La búsqueda se realizó en los siguientes recursos electrónicos: Scopus, Scielo, Proquest, Ebsco Hots, Clinicalkey, Science Direct. Los descriptores usados fueron: CVRS, IRC, Calidad de Vida, Hemodiálisis, Terapia de Reemplazo Renal, Diálisis Peritoneal y Trasplante Renal.

Los criterios de inclusión fueron: artículos científicos sobre la CVRS en pacientes con diagnóstico de IRC en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal en personas adultas, en edad media y adultos mayores.

Para el análisis de los datos, se organizó en una base de datos en Excel, en la cual se incluyó información general sobre los artículos localizados, número de registros y los datos relevantes relacionados con los objetivos planteados.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son aquellas que tienen un curso prolongado, son de lenta progresión, generalmente no se presentan síntomas al inicio, pero existe la posibilidad de prevención y control. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias, la diabetes mellitus y las enfermedades renales son algunos ejemplos de ellas (Observatorio Nacional de Salud, 2015, p. 22).

El Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (FCEAC, 2014) expuso que para el año 2014 se reportaron a la cuenta de alto costo 3.055.568 de casos en diferentes estadios de la enfermedad renal. Para Colombia por EPS, el 66.8% de afiliados al SGSSS se presentó una incidencia de 11.01% y una tasa de mortalidad de 28.19 por cada cien mil afiliados.

La IRC afecta cerca del 10% de la población mundial. Según datos de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH, 2015), en América Latina unos promedios de 613 pacientes por millón de habitantes tuvieron acceso en 2011 a alguna de las alternativas de tratamiento. Sin embargo, según la Organización Panamericana de la Salud en el año 2015, la distribución de estos servicios es muy inequitativa y en algunos países esa cifra fue menor a 200 pacientes por millón de habitantes.

La IRC, es un síndrome clínico caracterizado por disminución rápida de la función renal, que provoca incapacidad de los riñones para excretar los productos nitrogenados y mantener la homeostasis hidroelectrolítica y del equilibrio ácido base. Tiene frecuencia variable, siendo el 1% en los pacientes que ingresan al hospital por otras causas, sin embargo 10 al 30% ingresan a las unidades de cuidado intensivo (Sellares, 2017, p. 137).

“Los síntomas característicos de la IRC son: anorexia, inapetencia, náuseas, vómitos, estomatitis y un sabor de boca desagradable y mal aliento, nicturia, ausencia de excreción de orina o diuresis y dificultades en la concentración mental entre otros” (Álvarez, 2011, p.196)

Se considera como el daño renal o TFG inferior a 60 ML/min/1,73 m² durante más de tres meses. La IRC tiene cinco estadios progresivos (IRC-1-IRC-5) que se caracterizan por disminución de la tasa de filtrado glomerular (TFG) (Lopera, 2016, p.6)², frecuentemente lleva a un estado terminal, para lo cual los pacientes requieren terapia de reemplazo renal (TRR), con diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante (Quinceno, 2011, p. 209)

Los pacientes con IRC se ven enfrentados a múltiples estresores, no solo fisiológicos sino también psicosociales. Los psicosociales más frecuentes son: ansiedad y depresión que influyen en

la vida familiar, académica y/o ocupacional, causando además dificultades que pueden aumentar los síntomas psicológicos (Perales, 2012, p. 628).

“Otras reacciones emocionales de los pacientes en tratamiento son la ira, hostilidad, dirigidas hacía el personal asistencial y el régimen terapéutico como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento” (Capote, 2012, p. 241).

De acuerdo a lo anterior, se puede mencionar que se ve afectada la CVRS, que hace referencia a la evaluación que el individuo hace respecto a su salud y su nivel de funcionamiento en realización a las actividades cotidianas, incluye la función física, psicológica, social, la percepción general de su salud, movilidad y estabilidad emocional (Urzúa, 2010, p. 362).

“La CVRS abarca el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza sobre los dominios de su vida, el impacto en su estado de salud incluye el grado de independencia y autonomía durante la realización de actividades cotidianas básicas” (Pariente, 2015, p. 65-67).

En el caso de los pacientes que reciben hemodiálisis, se ha reportado que les genera inseguridad con respecto al futuro, por ejemplo: la dependencia a la máquina y al personal sanitario, las restricciones en la dieta, los cambios en el rol social y familiar, así como también el aspecto físico y la situación laboral. Todas estas situaciones llevan a los pacientes a presentar complicaciones que generan discapacidad, años de vida perdidos y muerte.

De acuerdo a lo anterior, los gobiernos a través de sus programas en salud y sistemas de seguridad social, requieren de indicadores para para la asignación de recursos en salud, toma de decisiones y seguimiento, ya que este tipo de enfermedades generan alto costo (Sanabria, 2012, p. 295-297).

Dicha evaluación se hace por medio de AVISAS, que se utilizan para informar sobre la asignación de recursos en salud. Tienen varias funciones medir la brecha existente entre el estado de salud actual y el estado de salud ideal de una población en la que todos viven hasta una expectativa de vida estándar y en estado de salud perfecto.

Las AVISAS por discapacidad evalúan los años de vida perdidos, se calculan a partir de la duración promedio del problema de salud y costo promedio por discapacidad, incluye el análisis del estado de salud de una población teniendo en cuenta no sólo el número de fallecidos, sino también el impacto de las muertes prematuras y de la discapacidad que generan las diferentes enfermedades, lesiones o factores de riesgo (Peñaloza, 2010, p. 13-18). Uno de los indicadores más utilizados para evaluar la carga de enfermedad son los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD; del inglés Disability Adjusted Life Years).

El impacto de la enfermedad en la salud de las poblaciones se mide a través del uso de instrumentos para comparar la salud de las personas, la discapacidad asociada a la enfermedad, la calidad de la vida y la información sobre la mortalidad, es decir, que miden los resultados de salud no solo a través del análisis de la mortalidad sino también mediante la medición de la CVRS.

Actualmente, se dispone de tres grupos de estos instrumentos que evalúan las AVISAS, entre los cuales se encuentran los “Quality Adjusted Life Years” (QALYS) y los “Disability Adjusted Life Years” (DALYS) o Años de Vida Ajustados por Discapacidad.

En cuanto a los QALYS, *Zeckhauser et. al* en 1976 fueron los primeros que utilizaron el término para combinar la duración y cantidad de la vida, en respuesta los interrogantes sobre ¿Cuál es el valor de la vida? y ¿Qué le genera mayor utilidad a un individuo, la calidad o la cantidad de su vida? Para estos autores la vida tiene unas características que la diferencian del resto de bienes.

Los DALYS combinan los años potenciales de vida perdidos (APVP) más los años vividos con discapacidad (AVD) dentro del proceso salud enfermedad. Su principal utilidad se refiere a los estudios de carga de la enfermedad, los cuales se definen como un indicador que permite medir las pérdidas de salud que para una población representan la mortalidad prematura y la discapacidad asociada a las enfermedades.

Para la evaluación de los DALYS se suman los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) son el resultado de agregar los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) más los Años Vividos con Discapacidad (AVD). Generalmente los años de vida perdidos por cada muerte se establecen en función de la esperanza de vida a la edad de cada muerte obtenida de tablas de vida estándar de baja mortalidad. Un DALY representa la pérdida de un año que equivale a un año de completa salud, o equivalente a la pérdida de un año 100% saludable (Alvis, 2010, p. 85-86).

Según Gonzales (2010) la ERC estuvo dentro de las diez primeras causas de AVADs, normalizados por la edad, en América Latina Central (que incluye Colombia, México y Venezuela). En efecto, los AVADs atribuibles a la ERC en esta región virtualmente se duplicaron (hubo un incremento de 99 %) entre los años 1990 y 2010, su lugar como causa de AVADs ascendió del 18vo. al 7mo lugar. El incremento en AVADs atribuibles a la ERC durante el período fue de 6 % globalmente y 46 % en Asia Central. (P. 285).

El impacto generado por la IRC genera discapacidad y pérdida de años productivos deteriorando la CVRS en las personas que la padecen. Se han desarrollado diversas escalas, test y cuestionarios para evaluarla, se mencionan: El cuestionario en salud SF-36, que a partir de 8 dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental), mide tanto estados positivos como negativos de la calidad de vida relacionada con la salud.

Este cuestionario evalúa 36 ítems con categorías de 0 a 100 (de la menor a la mayor calidad posible) o viceversa. Una vez marcada la opción dada por el paciente y darle el código numérico se promedian para crear los puntajes de la (s) dimensión(es) y se obtiene el valor determinado.³. Dicho instrumento muestra un coeficiente alfa de Cronbach de 0,7 (Ramírez, 2010, p.811-813).

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), evalúa la ansiedad y la depresión sin usar síntomas de tipo somático, por lo que limita las posibilidades de que los síntomas propios de la enfermedad interfieran en las puntuaciones. Consta de 14 ítems, referidos a síntomas de ansiedad y depresión⁴. El alfa de Cronbach para Ansiedad es de 0.78 y para la subescala de depresión de 0.85 respectivamente (Orozco, 2013, p. 31-34)

“La Escala de Apoyo Social (AS-25), consta de 25 ítems que se puntúan de 1 a 4. Su objetivo es cuantificar la disponibilidad de apoyo social. La consistencia interna del instrumento es de un coeficiente α de Cronbach de 0,87” (Palomar, 2013, p.131).

Test de Orientación Vital Revisado: evalúa el optimismo disposicional, que refleja el grado en el que las personas tienen expectativas generalizadas favorables sobre su futuro. Se asocia a su vez con el bienestar físico y con estilos de vida saludable, predice la felicidad diaria, mientras que el pesimismo predice la tristeza diaria en pacientes con enfermedades crónicas⁵. Está compuesto por 10 ítems con formato de respuesta tipo Likert. El coeficiente de consistencia alfa de Cronbach es de 0.98 (García, 2015, p. 200).

La Escala de Estrategias de Afrontamiento o Ajuste Mental, evalúa el grado de ajuste al padecimiento de una enfermedad. Se ha utilizado frecuentemente en pacientes con ECNT, la cual incluye 4 subescalas referentes a espíritu de lucha, preocupación ansiosa, indefensión y fatalismo. La escala presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0.84 (Gutiérrez, 2015, p. 37).

Al evaluar la CVRS y determinar las dimensiones afectadas, se pueden tomar acciones que apunten a la mejora de los pacientes renales, por tal motivo es importante conocer el rol del profesional de enfermería en la monitorización y control de la asistencia sanitaria prestada (Zahira, 2016)⁶.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los tratamientos de elección para la IRC incluyen la diálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. La hemodiálisis es un procedimiento de depuración extracorpórea más utilizado, ya que su efectividad es del 90% de la eliminación toxinas, y tiene como objetivo prolongar la vida, prevenir la aparición de sintomatología urémica además de mantener un balance nitrogenado (Fernández, 2016, p. 49).

Las desventajas de este tipo de diálisis es el cambio de dieta, (hiposódica y control estricto de la ingesta de líquidos) también son frecuentes los efectos adversos como hipotensión, cefaleas, dolor torácico, hemólisis, parestesias, mareos y náuseas, además de la necesidad de trasladarse al centro hospitalario tres veces por semana, lo cual están en riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias (Maduell, 2013, p. 293).

“Las complicaciones derivadas de la fistula arteriovenosa incluyen: estenosis, trombosis, infección, isquemia de la extremidad, aneurisma (dilataciones venosas con conservación del endotelio) e hiperflujo este último es caracterizado por flujo excesivo de la fístula puede dar lugar a insuficiencia cardíaca” (Almonacid, 2012, p. 262).

Algunos pacientes optan por la modalidad de diálisis peritoneal por su estabilidad hemodinámica, mejor control de la anemia, mayor independencia y movilidad; suponen el 30% de

los pacientes que ingresan en un programa de diálisis. Las ventajas de la DP es que los pacientes no requieren un acceso vascular ni anticoagulación además de conservar un mayor tiempo de preservación de la función renal.

“La incidencia de uso es más baja por sus efectos adversos como sepsis, peritonitis, imposibilidad de continuar con esta técnica en el caso de deterioro del peritoneo, riesgo de complicaciones con el catéter y mayor riesgo de desarrollar hernias” (Ronco, 2010, p. 183).

La DP estaría indicada en todos los casos con enfermedad renal crónica, estadio 5, sin embargo, existen numerosos condicionantes relacionados con el paciente (enfermedades asociadas, limitaciones anatómicas, edad, estado nutricional, entorno socio-familiar, aceptación de la técnica, grado de información, preferencia del paciente y su familia), (Coronel, 2016, p. 178).

Las desventajas DP puede surgir durante la inserción del catéter como: edema, poliuria, glucosuria, dolor perineal y reacción vagal. Las complicaciones posteriores al procedimiento son: drenaje perioficial, edema subcutáneo, mal drenaje. A nivel tardío también se pueden observar algunas complicaciones derivadas del catéter como peritonitis, infección en el sitio de salida, infecciones del túnel subcutáneo, deshidratación e hipertrigliceridemia (Cuestas, 2012).

Todos los pacientes con IRC avanzada o en terapia sustitutiva deberán ser considerados para trasplante renal, actualmente calificada como la mejor opción de tratamiento, el cual se llevará a cabo cuando la filtración glomerular sea entre 20 a 15 ml/min/1.73m (Pariente, 2015, p. 64).

El trasplante renal tiene claras ventajas sobre el paciente que recibe el trasplante entre ellas, menor incidencia de necrosis tubular aguda, reducción de terapia inmunosupresora y permite la elección del mejor momento para el trasplante, además supone una ganancia emocional para el paciente. (Chanché, 2011, p. 451).

En una revisión sistemática que incluía varios estudios (donde fueron empleadas diversas bases de datos relacionadas con la salud), concluyen que la percepción de la CVRS en pacientes con IRC después del trasplante renal, se refleja en el logro de la independencia disminuye la frecuencia de los síntomas, mejora en los movimientos y la dieta fueron las afirmaciones más relevantes de los pacientes y sus familiares. De ellos, casi la mitad se reincorporó a un trabajo o estudio. El 75% de los artículos consultados concluyen además que los pacientes recuperan su vida amorosa y sexual además de la capacidad de relacionarse socialmente (Blancas, 2015, p. 216).

La afectación en la dimensión física de los pacientes con IRC está mediada por alteraciones funcionales y estructurales del riñón las cuales se ven reflejadas por una serie de síntomas progresivos que deterioran la CVRS del paciente.

Existe entre los términos de CVRS e IRC una estrecha relación toda vez que este tipo de insuficiencia genera impacto en la vida y en la funcionalidad física y mental de los pacientes.

La dimensión de función física en pacientes con IRC específicamente en tratamiento con HD, es una variable que tiene una puntuación baja, ya que los participantes manifestaron que su condición de salud les limitaba para realizar actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos. (Herrera, 2013).

Gómez (2012) menciona que los factores clínicos más relevantes en la calidad de vida son: anemia (a mayor anemia peor calidad de vida y mortalidad), albúmina sérica (a menor valor de albúmina sérica mayor mortalidad y peor calidad de vida), dislipidemia (relacionada con aterosclerosis y enfermedad vascular periférica), alteración de la PTH y el fósforo sérico (asociado

con osteodistrofia renal y empeoramiento de la calidad de vida) expresada por síntomas como disnea, dolor abdominal, náuseas, calambres musculares y parestesias. (p. 641)⁷.

La incapacidad de las nefronas para la eliminación de sustancias tóxicas hace que descienda la TFG, conforme esto sucede la reabsorción de electrolitos (sodio, potasio, cloro) va siendo casi nula, desencadenando en el paciente alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido base, además del compromiso electrolítico se produce una disminución de la hormona eritropoyetina generada por el riñón, que actúa como estimulador de la eritropoyesis, disminuye su concentración en pacientes con IRC desencadenando un cuadro de anemia.

Lo anterior se acompaña de sintomatología como disnea, astenia, palidez, fatiga muscular, por disminución en la producción de esta hormona, además de ello alteraciones neurológicas como insomnio^{Error! Marcador no definido.}, lo cual deteriora su calidad de vida.

En relación al dolor corporal, Herrera (2013) refiere que el 62% del total de los pacientes estudiados (239) presentan algún tipo de dolor en alguna parte de su cuerpo, de éstos el 51,5% reportó que en las últimas cuatro semanas el dolor no les había dificultado en nada en su trabajo habitual incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas.

Los anteriores datos coinciden con el estudio de Caicedo (2012) lo cual reportaron que el 64,4% de los pacientes presentaron dolor en alguna parte de su cuerpo. En este mismo estudio durante las últimas cuatro semanas un 45,6% afirmó haber presentado muy poco o nada de dolor, mientras que aquellos que informaron haber estado comprometidos mayormente por este síntoma, 54% refirió que el dolor en algún grado les había dificultado realizar su trabajo habitual (p.16-20).

El dolor se presenta en casi la mitad de los pacientes con IRC, lo que puede ser un factor predisponente para el deterioro progresivo de la CVRS. Este componente tiene una estrecha

relación con la vitalidad siendo este el sentimiento de sentirse vivo, alto nivel de energía y entusiasmo.

Con relación a lo anterior, “el 79.1% de las personas IRC manifestaron que se habían sentido llenos de vitalidad siempre o casi siempre y solo 1.7% consideraron que nunca se habían sentido con vitalidad” (Pariente, 2015, p.68).

Assis (2011) describe en su estudio muestra que el componente físico independiente muestra tiene una correlación negativa con el aumento de la edad, el sexo femenino y el número de hospitalizaciones se asociaron a una peor puntuación en la calidad de vida (p. 1134).

Al contrario de lo anterior Seguí (2010) encontraron que los hombres presentan un mayor deterioro en la CVRS que las mujeres ya que enfrentan un proceso de adaptación mucho más complejo que las mujeres, puesto que la enfermedad renal afecta significativamente esta dimensión por los cambios hormonales, cansancio, fatiga y algunos no deseados como el uso de catéter o el acceso vascular les genera sentimientos de incomodidad, baja autoestima y depresión (p. 158).

En relación con la edad de los individuos con IRC; Perales (2012) encontró que la edad promedio de los pacientes con IRC mayores de 60 años tienen niveles más bajos de calidad de vida, en especial en el componente físico (p. 627).

Los pacientes jóvenes, cuando enfrentan este tipo de situaciones, pueden adaptarse con mayor facilidad a los cambios en sus diferentes roles, conservando su independencia mientras que los pacientes de edad avanzada presentan niveles altos de dependencia y mayor deterioro, en especial en la actividad física. (Guerra, 2010, p. 59).

El componente físico es la parte más afectada de los pacientes con IRC, los factores relacionados se encuentran la inactividad física y la incapacidad laboral, por lo cual se debe enfocar la atención

en restablecer y rehabilitar a los pacientes para lograr su reintegro en la vida laboral (Lopera, 2016, p.6);**Error! Marcador no definido..**

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Caicedo (2012) quien manifiesta que la escala más afectada de la calidad de vida es el rol físico 62.8%, clasificada como mala, mientras las dimensiones en que se reflejó que están mejor son salud mental 83.3%, función social 77.8 % y vitalidad 77%(p. 37).

En conclusión, existen diversas modificaciones en la vida diaria de un paciente con IRC, entre las principales el cambio nutricional porque pueden cursar con desnutrición por disminución de la ingesta de alimentos, anemia, depresión, náuseas, vómitos, disgeusia. Las restricciones dietéticas pueden hacer la comida menos atractiva por ejemplo la dieta sin sal y pobre en potasio, restricción en la ingesta de líquidos.

El tratamiento sustitutivo renal de HD es uno de los métodos de reemplazo renal más usados para la IRC, por tanto los cuidados de enfermería son prioritarios en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente. El paciente con insuficiencia renal se somete a cambios en su vida cotidiana, y el conocimiento de la hemodiálisis es crítico para que el paciente entienda las complicaciones, restricciones en alimentos, líquidos, uso de medicamentos, amenaza de su propia imagen, que generan estrés, conflicto y ansiedad, lo que interfiere con la adherencia a la terapia.

El rol de enfermería en la dimensión física en el tratamiento de HD, comprende principalmente el cuidado de la fístula y las complicaciones derivadas de ella; entre ellos valorar el estado de hidratación del paciente, especialmente en pacientes mayores, ateroscleróticos, diabéticos o con tratamiento para evitar hipotensiones que puedan provocar una trombosis precoz de la fístula.

Se requiere también verificar el buen funcionamiento de la fístula una vez por turno, comprobando mediante la palpación y/o auscultación, explicar al paciente que debe movilizar el brazo suavemente durante las primeras 24-48 horas para favorecer la circulación evitando ejercicios bruscos que puedan ocasionar sangrado, tomar el pulso periférico para detectar isquemias, evitar la aplicación de vendajes compresivos en la extremidad afectada. Se considera importante la detección de posibles complicaciones (Alijama, 2016, p. 48-52) como la infección y deterioro de la integridad de la piel supone una de las principales preocupaciones del profesional.

Con el fin de disminuir las complicaciones derivadas de la fístula arteriovenosa, se ha implementado el uso de catéter Mahurkar como acceso venoso a nivel central del paciente, al igual que en la fístula se debe llevar a cabo los cuidados correctos, debemos centrar los cuidados en tres pilares fundamentales para prevenir el uso de complicaciones de los accesos siendo el primero de estos llevar a cabo una monitorización periódica de todos los accesos registrando presiones arteriales y venosas, realizando estudios de recirculación en casos de sospecha; llevar a cabo un registro de todas las incidencias que presente el catéter y por último realizar una correcta educación sanitaria al paciente sobre el cuidado y manejo de su acceso. (Mendez, 2012, p. 32-35).

Se ha documentado que las múltiples punciones incrementan el riesgo de infección, requiriendo que el personal de enfermería esté atento a garantizar una larga vida útil del acceso vascular y de esta forma disminuir el riesgo de complicaciones ya que después de las complicaciones renales, las infecciones constituyen la segunda razón principal de hospitalización en estos pacientes (Poveda, 2014, p. 48).

Los diagnósticos de enfermería permiten al profesional identificar las necesidades; en la dimensión física de un paciente con IRC son: debilidad, fatiga e intolerancia a la actividad, relacionados con las condiciones de anemia por deficiencia relativa de eritropoyetina y de hierro.

“La dimensión psicológica en pacientes con hemodiálisis se ve afectada por múltiples factores como la respuesta emocional, por su evidencia e implicación en el estilo de vida, las relaciones personales y el afrontamiento” (Duscheck, 2016, p. 280), principalmente la depresión como síntoma característico.

La depresión es el principal predictor de la calidad de vida relacionada con la salud, asociándose negativamente con la función física, rol físico, vitalidad, función social, salud mental y espiritual, de tal manera que la depresión, los sentimientos negativos, la angustia, la incertidumbre, generan un desequilibrio significativo y disminuyen el nivel de calidad de vida (Quinceno, 2011, p. 209).

Vives (2013) reafirma lo anterior, al concluir que la aparición de depresión en pacientes con IRC puede ser provocada por una respuesta desadaptativa ante una situación estresante como es el padecimiento de una enfermedad terminal (p.164).

Esa respuesta desadaptativa puede estar influida por el constante malestar físico, la gran cantidad de horas semanales destinadas al tratamiento, no desempeñar una actividad económica y dependencia familiar, lo cual son causantes de problemas económicos y emocionales que en muchos casos se traduce como ansiedad y depresión (Seguí, 2010, p. 158). Estos resultados son similares a los reportados por Varela (2015) quien identificó percepciones negativas en esta dimensión lo cual afectaba sus relaciones personales, sexualidad y labores diarias (p. 151).

Costa (2016) refieren que las relaciones interpersonales especialmente de pareja también se ven deterioradas debido al cambio en su apariencia física, el portar un catéter o una fistula arteriovenosa resulta incómodo, disminuye la autoestima, ocasiona cambios de humor, dificultades en la función sexual y sentimientos de frustración (p. 71).

Quinceno (2011) concluye que las personas con IRC confían en sus capacidades, son constantes, se adaptan a los cambios, se recuperan con facilidad de las crisis (competencia personal) y tienen aceptación tanto de sí mismos como de la vida (resiliencia); esto se logra gracias al proceso educativo brindado por el profesional de enfermería que permite el afianzamiento de la autonomía y el autocuidado (p. 529).

En este sentido las actividades de apoyo emocional a los pacientes son de suma importancia porque le permitirá hacer frente su situación: proporcionar la fuerza suficiente que ayude al paciente a vivir con IRC; atender al paciente en forma cálida y sensible, animar la identificación las fuentes de amor y afecto; animarlo a que exprese sus preocupaciones, temores y su percepción del impacto de estos cambios en su vida.

La intervención de enfermería frente a las implicaciones psicosociales que tiene un paciente con IRC tiene como objetivo principal favorecer el autocuidado y la adaptación a la enfermedad, además de detectar trastornos emocionales y distintos tipos de estrés; la enfermera debe reafirmar conocimientos con el usuario sobre los factores de riesgo, prevención y tratamiento y en caso de ser necesario derivar el paciente a psicólogo a consulta psicológica (Blancas, 2015, p. 216).

El cuidado de enfermería óptimo incluye intervenir al paciente, pero también a su familia como medio de apoyo, ya que se considera esencial para la planificación de cuidados. Se requiere analizar las condiciones físicas, económicas y socioculturales para conocer si realmente existen los medios para la atención adecuada (Dos santos, 2011, p. 338).

En la dimensión social de los pacientes en hemodiálisis, la a mayoría de las personas con IRC no cuentan con un nivel de apoyo social óptimo; en ocasiones la enfermedad interfiere en las relaciones sociales debido a la incapacidad de realizar algunas actividades de ocio y los diferentes

estados de ánimos por los que atraviesa el paciente. “Las relaciones sociales se ven deterioradas, haciendo que el paciente opte por reservar su situación de salud y decida alejarse provocando un desequilibrio en el bienestar social” (Ibrahim, 2015, p. 178).

Pabón (2015) refiere que la mayoría de los pacientes perciben una carga alta para sus familiares, debido a las limitaciones que trae consigo la enfermedad, tienen ciertos grados de dependencia, en especial los de edad avanzada, por consiguiente, necesitan ayuda para la realización de algunas actividades de la vida diaria (p. 161).

La mayoría de los sujetos incluidos en el estudio de Higgins (2015) tenían entre 61 y 70 años, eran hombres (51.3%), tenían nivel de escolaridad primaria (43.8%), eran casados (56.3%) y de estrato socioeconómico bajo y el 80% reportó no tener un trabajo remunerado. (p. 644).

En relación a la dimensión laboral, Costa (2016) en su estudio con 50 pacientes en hemodiálisis indica que 44% reciben ayuda de algún familiar cercano, 51% son jubilados y 5% son pensionados (p. 71). Seguí (2015) estudió la ocupación de 115 pacientes con IRC en tratamiento de HD, de los cuales el 60,4% de los pacientes son jubilados mientras que el 34,4 % incapacitados para trabajar y un 5,2% están en activo (p. 158).

Okpechi (2013)⁸ manifiestan que las tasas bajas de empleo en pacientes que se realizan diálisis se presentan por la pérdida de los trabajos por asistir a las sesiones de hemodiálisis, afectando su percepción de bienestar físico, mental y social (p. 522).

La IRC es una enfermedad incapacitante en la dimensión profesional, o sea, impone dificultades y limitaciones físicas que anulan, la mayoría de las veces, la aptitud para el trabajo. Por otra parte, Caicedo (2012) afirma que los pacientes con IRC que tienen pareja tienen una mejor percepción de la CVRS (p. 37).

Las relaciones de pareja suelen verse afectadas debido a la cantidad de tiempo que el paciente debe invertir en el tratamiento, por tener que dejar de trabajar, por el deterioro en las respuestas sexuales y por el cambio en los roles sociales que su condición produce.

De acuerdo con lo anterior, se puede concluir que la detección de estas alteraciones a nivel social del paciente permite al personal de enfermería y del equipo de salud una atención oportuna, tendiente a mejorar su calidad de vida a través de las diferentes redes de apoyo.

Así, la familia, los amigos y demás personas con quienes el paciente se ha relacionado y espera apoyo, son la clave para manejar el control y manejo de la enfermedad, en especial aquellas que afectan la esfera emocional y espiritual.

En relación al tratamiento con diálisis peritoneal, la CVRS, de los pacientes no difiere con las otras modalidades de tratamiento HD y DP. La DP exige unas condiciones ambientales e instrumentales específicas para disminuir los riesgos en los pacientes, lo que limita algunas actividades, horarios y espacios en la vida diaria de las personas y que, a su vez, va en mayor detrimento de su calidad de vida. Sin embargo, como la persona ya convive con la IRC, se espera que la terapia dialítica le permita tener una mejor calidad de vida (Chanché, 2011 p. 452).

Las dimensiones evaluadas en un estudio realizado por Mesa (2013) fueron salud general y vitalidad, indicando una deteriorada valoración personal del estado de salud y las perspectivas futuras, manifestado por la presencia cansancio y desánimo. Lo anterior se debe a que esta modalidad del tratamiento requiere mayor autocuidado por parte de los usuarios, por lo que las expectativas de su salud actual y del futuro se ven repercutidas (p. 106).

En un estudio realizado en pacientes con IRC en modalidad de tratamiento con DP y HD, que llevaban más de cuatro años de tratamiento, los autores concluyen que los efectos de la DP

presentaron un mejor puntaje en la calidad de vida (61%) en relación con la hemodiálisis (55%), esto se debe a que el tratamiento con DP brinda la oportunidad a los pacientes capacidad de viajar, menos gastos financieros y mayor facilidad de acceso a diálisis, aunque estos datos no son estadísticamente significativos. En el área de efectos mentales los pacientes con DP tuvieron menor puntaje (39.5%) en relación con los pacientes de HD (47%) (López, 2017, p. 181). Otros autores han explicado la satisfacción del paciente en DP con el tratamiento, justificado por el mayor tiempo libre para el trabajo, la familia o las actividades sociales (López, 2010, p. 359).

Uno de los cuidados específicos que debe tener la enfermera en relación con la DP es explicarle el procedimiento al paciente de forma sencilla, con el fin de disminuir el miedo y la ansiedad ante la situación desconocida, se debe examinar exhaustivamente la zona abdominal.

Tras la colocación del catéter debe comprobarse su permeabilidad y funcionamiento, que no debe provocar dolor ni molestias. En el postoperatorio se deben observar las incidencias propias de cualquier intervención abdominal, centrándose en la aparición de Íleo reflejo, se debe hacer vigilancia de la herida quirúrgica: cuantificando el sangrado, debe haber permeabilidad del catéter debe ser comprobada periódicamente, finalmente valorar el dolor al finalizar el drenaje en zonas del recto o genitales.

La enfermera debe considerar las condiciones físicas y psicológicas del paciente con DP, se debe verificar manifestaciones físicas del catéter, y si es el caso realizar con corrección de las anomalías, realizar control de la tensión arterial y del volumen circulante, adecuado estado anímico y rendimiento físico, intelectual y sexual, deberá realizar rehabilitación socio-laboral en función de su situación, estado nutricional proteico-calórico normal con ausencia de obesidad, anorexia y adaptación al catéter, observará y realizará acciones entorno a la aparición de complicaciones: obstrucción

del catéter, peritonitis, infección del túnel subcutáneo y migración del catéter, además de garantizar la máxima supervivencia del tratamiento (García, 2015, p. 45)

La percepción de la calidad de vida del paciente con trasplante renal es cambiante con respecto a la HD y DP, los pacientes conceptualizan la calidad de vida como la cualidad de regresar a la vida normal, reincorporándose a actividades familiares, sociales, culturales, laborales, etc., las que antes no podían realizar por las complicaciones propias de la IRC (Purnell, 2013, p. 957).

El trasplante renal presenta mejores puntuaciones de CVRS, cuando se compara con las dos técnicas de diálisis, HD y DP, así como en las variables de estrategias de afrontamiento y calidad de vida global (Chisholm 2011, p. 520).

“La apreciación sobre la CVRS de los pacientes trasplantados mejora significativamente” (Pasoni, 2014, p.45), sobre todo en la dimensión física.

Cabe resaltar que tras el trasplante renal los pacientes tienen que someterse a los tratamientos inmunosupresores los cuales pueden tener repercusiones en la dimensión física; hay una alta incidencia del crecimiento de verrugas, las cuales pueden ser dolorosas dependiendo de la localización, debido a la dificultad que hay para poder tratarlas, los pacientes pueden experimentar un descenso de su CVRS. (Toledo, 2011, p. 102).

“El uso de medicación inmunosupresora se ha asociado con una disminución de la CVRS ya que algunos pacientes expresan efectos secundarios (Aumento de peso, cansancio, insomnio, estrés, diabetes, hipercolesterolemia, HTA), lo que conlleva menor cumplimiento de la adherencia terapéutica”. (Pérez, 2015, p. 218).

Según Gordon (2010) las alteraciones físicas que se pueden presentar en dichos pacientes son los problemas gastrointestinales que generalmente se deben estrés, infecciones por exacerbación

de alguna patología gastrointestinal preexistente, así como efectos secundarios de la medicación inmunosupresora. (p. 75).

El dolor y las alteraciones del sueño son dos de las variables que más afectan a la calidad de vida física de los pacientes trasplantados, estos problemas perduran durante años tras el trasplante teniendo consecuencias como la dificultad de estar despierto durante el día, la somnolencia, baja energía y la nicturia. (Oliveira, 2014, p. 252).

Genitilé (2013) Expresa en su estudio que la dimensión emocional se ve comprometida porque existen diferentes factores estresantes y preocupantes. Una vez realizado el trasplante los pacientes tienen que seguir un régimen muy estricto de tratamiento inmunosupresor y sufrir sus efectos secundarios, posibles infecciones y potencial riesgo de rechazo del injerto. (p. 8-9).

Un empeoramiento de la función renal tras el trasplante también puede influir negativamente en la CVRS de los pacientes, ya que se puede requerir una monitorización clínica, cambios en el tratamiento y en la dosis de la medicación inmunosupresora. Se puede aumentar los efectos adversos y disminuir las actividades de la vida diaria de los receptores, así como su bienestar, debido a esta incertidumbre, los receptores pueden aumentar su ansiedad y estrés psicológico. (Stomer, 2013, p. 632).

“Las personas trasplantadas suelen ser más optimistas, independientes y con más estrategias de afrontamiento para situaciones difíciles, hay estudios que indican que las características psicológicas son cambiantes durante el curso de la enfermedad”. (White, 2010, p. 31-36).

En las estrategias de afrontamiento se encontró que los pacientes trasplantados en comparación con los pacientes de hemodiálisis y diálisis peritoneal tienden a emplear estrategias de solución de problemas a través de la búsqueda de posibles alternativas orientadas al mejoramiento de los

síntomas de la enfermedad y reevaluación positiva de las experiencias vividas durante la misma. (García, 2015, p. 45).

“El bienestar social de las personas trasplantadas es bueno, aunque disminuido comparándola con la población en general”. (Chisholm 2011, p. 520). “El entretenimiento las actividades de ocio o la vuelta al lugar de trabajo ayudan a elevar la percepción de gozar de una buena calidad de vida en los pacientes trasplantados renales”. (Wei, 2015, p. 36). En relación con el soporte social percibido los pacientes lo refieren como bueno, siendo la familia como la red de apoyo más cercana y demás fácil acceso de los individuos para afrontar la situación tras el trasplante y contribuir al bienestar del paciente. (Medellín, 2014, p. 207)

El cuidado de enfermería en el paciente trasplantado se desenvuelve alrededor de la valoración de enfermería. Esta valoración se desarrolla con varios objetivos: Identificar los antecedentes del paciente, su estado actual y evaluar sus redes de apoyo, analizar y organizar los diferentes exámenes e interconsultas que se realizan al paciente durante la evaluación pre trasplante, para determinar necesidad de estudios adicionales cuando se encuentran alteraciones, identificar las necesidades del paciente a nivel emocional, carencias de información acerca del trasplante en lo relacionado con implicaciones, riesgos, complicaciones y posteriormente realizar las intervenciones correspondientes. (Plazas, 2010, p. 207).

De acuerdo a lo planteado por Vanegas (2010) indica que la enfermera debe planificar los cuidados del paciente dependiendo de la etapa en que se encuentre, identificar los diagnósticos pertinentes y así establecer las intervenciones adecuadas según el caso. Esto permite resaltar la participación y aporte de las enfermeras en la evaluación pre trasplante. (p. 87).

La enfermera hace parte del equipo interdisciplinario, participa en la evaluación de los pacientes antes del trasplante. A través de esta valoración se detectan alteraciones a nivel biológico, social, psicológico y espiritual, que son vitales a la hora de decidir el ingreso a la lista de espera. Lo anterior se reafirma con lo planteado por Forero (2012) indicando que durante la evaluación de los candidatos a trasplante, la enfermera participa activamente en la selección de los aspirantes realizando entrevistas programadas con el paciente y su grupo familiar. (P. 81).

El rol de la enfermera se enfoca en educar al paciente sobre: qué es el trasplante, qué tipos de donantes existen, cuáles son los riesgos y complicaciones probables de la terapia, cuáles son los requisitos y el proceso para ingresar a la lista de espera.

La educación que imparten las enfermeras ayuda a resolver las dudas, inquietudes y mitos que tienen los pacientes con respecto al trasplante. Esto les permite tomar la decisión o no de acceder a la terapia.

El manejo de los pacientes en el seguimiento post-trasplante es interdisciplinario y la enfermera hace parte activa de este, indaga cambios en el tratamiento farmacológico y no farmacológico para brindar la educación y orientación necesaria para evitar complicaciones en el paciente y el funcionamiento de su injerto. Se debe establecer una relación estrecha y de confianza con el paciente para identificar situaciones cotidianas que pueden repercutir en la salud y funcionamiento del órgano trasplantado y sobre las cuales puede intervenir oportunamente. (García, 2015, p. 45).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las IRC, tiene un impacto en la calidad de vida del paciente y su familia y se requiere de estrategias de enfrentamiento para sobrellevar los diferentes cambios y situaciones que generan tanto la enfermedad como las diferentes modalidades de tratamiento. Se ven afectadas las dimensiones: física, emocional, social y económica. La enfermería debe desempeñar un rol importante en el cuidado a estos pacientes a través de sus conocimientos y el trabajo en conjunto con el equipo interdisciplinario.

El cuidado de enfermería debe ser holístico y humanizado, al tener presente no solo las necesidades fisiológicas del paciente, sino también las sociales y psicológicas, entre otras. El acompañamiento y seguimiento ofrecerá oportunidades para que los pacientes adquieran confianza y seguridad, de igual manera la participación con el grupo familiar para fortalecerlos en el cuidado del paciente.

Los pacientes con IRC perciben su calidad de vida afectada, por lo tanto los profesionales de enfermería con el equipo interdisciplinario deben identificar oportunamente sus necesidades individuales, los límites impuestos por la modalidad de tratamiento, miedos y múltiples dudas acerca de la enfermedad. Lo anterior requiere favorecer un aprendizaje que permita la estabilidad del paciente y continuidad del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

-
- Aljama, L., Serrano, J., (2016). Cuidados de enfermería en la fístula arteriovenosa interna. *Rev. médica electrónica*, 4(12), 45-67.
 - Almonacid, P., (2012). Fístulas arteriovenosas para hemodiálisis. *Rev. nefrológica*, 6(1), 259-456.
 - Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Sánchez, R., (2011). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Rev. Nefrología*, 21(2), 191-199.
 - Alvis, N., Valenzuela, M., (2010). Los QALYs y DALYs como indicadores sintéticos de salud. *Revista médica de Chile*, 138 (2): 83-87.
 - Arrieta, J., Rodríguez, A., Remón, C., (2011). La diálisis peritoneal es la mejor alternativa coste-efectiva para la sostenibilidad del tratamiento con diálisis. *Revista nefrología*, 31(5), 505-13.
 - Assis, E., Gurgel, M., (2011). Fatores asociados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise. *Rev. Saúde Pública*, 45(6): 1127-1136.
 - Blancas, C., Moyano, C., Estepa, M., (2015). Factores asociados a calidad de vida relacionada con la salud de pacientes trasplantados de riñón. *Rev. enfermería nefrológica*, 18 (3), 204-226
 - Brown, E., Johansson, L., Farrington, K., Gallager, H., Sensky, T., (2010). Broadening options for long-term dialysis in the elderly (BOLDE): differences in quality of life on peritoneal dialysis compared to haemodialysis for older patients. *Nephrol Dial Transplant*, 25 (11): 3755-3763.
 - Caicedo, S., et al (2012). Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica de una institución de hemodiálisis de Cartagena. *Universidad de Cartagena*, 6-40.

-
- Canché, A., Orozco, M., Rodríguez, F., (2011). Calidad de vida en pacientes con trasplante renal del Hospital Ángeles del Pedregal. *Rev. Med. internacional de Mexico*, 27(5), 446-454.
 - Cano, F., Chavez, S., Chacón, S., (2014). Factor structure of the Spanish version of the Life Orientation Test-Revised (LOT-R): Testing several models. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(4): 139–148.
 - Capote, E., Casamayor, Z., Castañer, J., (2012). Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista Cubana Med*, 41(3), 237-247.
 - Carbonell, M., Perez, R., Marín, A., (2013). Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. *Universitas Psychologica*, 15(1), 177-192.
 - Chisholm, M., Erickson, E., Spivey, C., Gruessner, R., (2011). Concurrent validity of kidney transplant questionnaire in US renal transplant recipients. *Patient Prefer Adherence*, 5: 517–522.
 - Coronel, F., Macía, M., (2016). Indicaciones y modalidades de diálisis peritoneal. *Sociedad española de nefrología*, 31:172-182.
 - Costa, G., Morais, P., Gomes, M., (2016). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Revista electrónica trimestral de enfermería*, 6(43), 59-72.
 - Cuestas, R., (2012). Complicaciones más frecuentes de la diálisis peritoneal. *Unidad de nefrología: Hospital Reina Sofía*.
 - Cueto, A., Cort, L., Mart, R., (2014). Prevalence of Chronic Kidney Disease in an Adult Population. *Arch Med Res*, 45(6), 507-13.

-
- Dirección general de salud pública de España. (2015). Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS.
 - Dos Santos, I., Miguéis, L., (2011). Necesidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. *Rev Bras Enferm, Brasília*, 64(2), 335-42.
 - Enfermedad cardiovascular, (2013). *Instituto Nacional de Salud*, 3(1), 1-6.
 - Fernández, M., Teruel, J., (2016). Técnicas de hemodiálisis. *Sociedad española de nefrología*, 5(3), 46-89.
 - Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (2014). Situación de la enfermedad renal crónica en Colombia.
 - Forero, E., (2012). Roles de enfermería en los programas de trasplante de Colombia. Universidad nacional de Colombia, 1-179.
 - Garc, G., et. Al (2013). Identifying Undetected Cases of Chronic Kidney Disease in México. Targeting High-risk Populations. *Archives of Medical Research*, 44(23), 623-627.
 - García, D., Martínez, J., (2015). Cuidados de enfermería en la diálisis peritoneal. *Rev. Enfermería nefrológica*, 5(4):34-67.
 - García, F., Chavez, S., Chacón, S., (2015). Factor structure of the Spanish version of the Life Orientation Test-Revised (LOT-R): Testing several models. *Rev. International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 156-456.
 - Genitilé, S., Beauger, D., Speyer, E., (2013). Factors associated with health-related quality of life in renal transplant recipient. *Health qual life outcomes*, 11(88): 1-12.

-
- Gomez, A., Muñana, E., Rojas, C., (2012). Insuficiencia renal crónica. *Tratado de geriatría para residentes*, 4(6), 637-643.
 - Gomez, h., Pelcastre, B., (2010). Carga de la Enfermedad en México 1990-2010: Nuevos resultados y desafíos. Secretaría de salud de México.
 - Gordon, E., Prohaska, T., Gallant, M., (2010). Prevalence and determinants of physical activity and fluid intake in kidney transplant recipients. *Clin. Transplant*. 24(3):69-81.
 - Guerra, v., Díaz, A., Vidal, k., (2010). La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. *Rev. Cubana de Enfermería*, 26(2), 52-62.
 - Gutierrez, L., Cardona, J., (2015). Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. *Hacia promoc. Salud*, 20(2), 27-42.
 - Herrera et. Al. (2013). Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica de una institución de hemodiálisis de Cartagena. *Universidad de Cartagena*.
 - Higgins, L., Beltrán, J., Martínez, G., (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev. Fac. Med*, 63(4): 641-7.
 - Ibrahim, M. Teo, S. Abdul, G. Ismail, R . (2015). The Role of Personality and Social Support in Health-Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease Patients. *National library of medicine*, 10(7), 156-189.
 - Lopera, M., (2016). La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Rev. Gerencia y políticas de salud*, 15(30), 1-22.
 - Lopez, R., Córdoba, B. Ramirez, P., Acuña, A., (2017). Calidad de vida en hemodiálisis y diálisis peritoneal tras cuatro años de tratamiento. *Med Int Méx*, 33(2):177-184.
 - Maduell, F., (2013). Hemodiálisis diaria. *Rev. Nefrología*, 6(4), 291-294.

-
- Medellín, J., Carrillo, J., (2014). Soporte social pIRCibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal. *Rev. enfermería nefrológica*, 32(2),206-16.
 - Méndez, A., (2010).Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Dial Traspl.* 31, 7-11.
 - Mesa, C., Reynaga, L., (2013). Descripción de la calidad de vida percibida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tres modalidades de tratamiento sustitutivo renal, en el estado de Guanajuato. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 21 (3): 103-110.
 - Observatorio Nacional de Salud. (2015). Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia.
 - Okpechi, I., Nthite, T., Swanepoel, C.,(2013). Health-related quality of life in patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Saudi. J. Kidney Dis. Transpl*, 24(3):519-525.
 - Oliveira, A., De goes, M., Chaves, E., (2014). Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida, *Enferm. glob.* 11(28), 245-256.
 - Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2015). La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento.
 - Orozco, N., Pérez, M., (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (hads): validación en pacientes mexicanos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2): 29-37.
 - Pabón, Y., Rodríguez, K., (2015). Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. *Revista internacional de ciencias de la salud Duazary*, 12(2), 157 – 163.

-
- Palomar, J., Matus, G., Victorio, A., (2013). Elaboración de una Escala de Apoyo Social (EAS) para adultos. *Universitas Psychologica*, 12(1), 129-137
 - Pariente, E., García, A., Gómez, F., (2015). Calidad de vida relacionada con la salud como variable. *Rev. Española de Salud Pública*, 9(1), 61-73.
 - Pasoni, R., Brandalize, D., (2014). Calidad de vida tras el trasplante de riñón: Revisión integral. *Enfermería nefrológica*, 17(1): 51-8.
 - Peñaloza, R., Rodríguez, J., Salamanca, Natalia., Beltrán, Andrés., Rodríguez, Jorge. Pontificia Universidad Javeriana. (2010). Estimación de la carga de la enfermedad renal para Colombia, 1-163.
 - Perales, C., García, A., Reyes, G., (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología*, 32(5), 622-630.
 - Pérez, C., Moyano, C., Estepa, M., (2015). Factores asociados a calidad de vida relacionada con la salud de pacientes trasplantados de riñón. *Enferm Nefrol*, 18 (3): 204-226.
 - Plazas, C., (2010). El profesional de Enfermería como coordinador hospitalario de trasplantes. Adaptabilidad del modelo a la red de donación y Trasplantes de Colombia. *Comunidad Foral de Navarra*.
 - Poveda, V., Da Silva, J., Santos, E., Garcia A. (2014). Diagnósticos de enfermería en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Enfermería global*. 13(2), 34-56.
 - Purnell, t., Auguste, P., Lamprea, J., et al (2013). Comparison of life participation activities among adults treated by hemodialysis, peritoneal dialysis and kidney transplantation. *Am J Kidney Dis*, 62(5):953-959.

-
- Quiceno, J., Vinaccia, M., (2011) Resiliencia y Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 201-211.
 - Ramirez, R., Zuñiga, R., (2010). Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 en adultos Colombianos. *Rev. salud pública*, 12 (5): 807-819.
 - Ronco, C., Aquila, R., Rodighiero, M. Peritoneal Dialysis: A Clinical Update. *Rev. Contrib Nephrol Basel*, 2(150), 181-186.
 - Sanabria, M., Rodríguez, K., Sanchez, R., (2012). Frecuencia y costos de hospitalización en una población de pacientes en diálisis en Colombia. *Rev. Fac. Med.* 60(4), 293-30.
 - Seguí, A., Amador, P., Ramos, A., (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 13(3), 155-160.
 - Sellares, V., (2017). Análisis de costes y perfil sociocultural del enfermo renal. Impacto de la modalidad de tratamiento. *Revista nefrología*, 25(4), 134-346.
 - Stomer, U., Bergrem, H., Gorasson, L., (2013). Health- related quality of life in kidney transplant patients and non- renal replacement therapy patients chronic kidney disease stages. *Ann transplant*, 18(34): 629-635.
 - Toledo, J., Cruz, M., (2011). Seguridad en el cuidado de enfermería al paciente con tratamiento de diálisis peritoneal. *Revista mexicana de enfermería*, 19(3), 99-104.

-
- Trujillo, W., Román, J., Lombardo, A., Falco, E., (2014). Adaptación del cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 15(1),62-70
 - Urzúa, A., (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev. Médica de Chile*, 45(138), 358-365.
 - Vanegas, B., et al. (2010). Roles que desempeñan profesionales de enfermería en Instituciones Geriátricas de Bogotá. *Revista Colombiana de Enfermería*, 5(5): 81 – 92.
 - Varela, Y., Paez, K., Rodriguez, K., (2015). Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. *Rev. internacional de ciencias de la salud*, 12(2), 157-163.
 - Vives, L., Rico, A., (2013). "Evaluación de la ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis durante un año". *Rev. Enfermería nefrológica*, 16 (1), 156-217.
 - Wei, T; Chiang, Y; et. Al (2015). Health related quality of life of long-term kidney transplantation recipients. *J Adv nurs*; 66(11):25-50.
 - White, C., Gallagher, P., (2010). Effect of patients coping preferences on quality of life following renal transplantation, *J Adv nurse*, 66(11): 25-50.
 - Zahira, A., Tovar, D., (2016). Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. *Rev. Enfermería nefrológica*, 19(3).

