

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA

“San Vicente Mártir”

EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y CONSULTA PREDIÁLISIS.
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

TRABAJO FIN DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
“GRADO EN ENFERMERÍA”

Presentado por:

Dunia Guerra de la Luna

Director/a:

Dra. M^a Fernanda Garzón Farinós

Valencia, a 16 de julio de 2020

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora Fernanda por su entrega durante este trabajo y a la UCV.

A mi familia, por hacerlo posible.

A Ángela, por su apoyo desde Brasil.

RESUMEN

Introducción: La insuficiencia renal crónica es la pérdida progresiva de la filtración glomerular. Se aprecia un notable incremento en países desarrollados, vinculándose al envejecimiento poblacional y otras enfermedades como la hipertensión arterial y a la diabetes mellitus. Para el seguimiento de estos pacientes y poder facilitar las herramientas para el autocuidado, se hace necesaria la creación de planes de Educación para la Salud y la figura de la Consulta Prediálisis.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es valorar si la Educación para la Salud en el paciente crónico renal y la Consulta Prediálisis presentan beneficios con relación a la calidad de vida relacionada con la salud.

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática en bases de datos internacionales como la plataforma EBSCOhost, MEDLINE a través de Pubmed y Web of Science (WOS), con artículos científicos publicados en inglés y español desde 2002 a 2020.

Resultados: Se hallaron un total de 18 artículos que hablaban sobre Educación para la Salud, la Consulta Prediálisis y si utilizar estas herramientas ha sido positivo para la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes.

Conclusión: Los programas de Educación para la Salud fomentan el compromiso y la responsabilidad hacia los pacientes, contribuyen en gran medida al conocimiento de su estado de salud, al autocuidado y a la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud.

Palabras clave: Educación para la salud, insuficiencia renal crónica, calidad de vida relacionada con la salud, consulta prediálisis.

ABSTRACT

Introduction: Chronic renal failure is the progressive loss of glomerular filtration. There is a notable increase in developed countries, linked to population aging and other diseases such as high blood pressure and diabetes mellitus. For the follow-up of these patients and to facilitate the tools for self-care, it is necessary to create Health Education plans and the figure of the Predialysis Consultation.

Objectives: The objective of this work is to evaluate if the Education for the Health in the chronic renal patient and the Predialysis Consultation present benefits in relation to the quality of life related to the health.

Material and methods: A systematic review was carried out in international databases such as EBSCOhost, PUBMED and MEDLINE, with scientific articles published in English and Spanish in the last 15 years approximately.

Results: We found a total of 18 articles that talked about Health Education, Predialysis Consultation and whether using these tools has been positive for the health-related quality of life of these patients.

Conclusion: Health Education programs promote commitment and responsibility towards patients, contributing greatly to the knowledge of their state of health, self-care and the improvement of health-related quality of life.

Key words: Health education, chronic renal failure, health-related quality of life, predialysis consultation.

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS.....	6
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	7
1. INTRODUCCIÓN	8
1.1 MARCO TEÓRICO.....	8
1.1.1 Insuficiencia renal crónica o enfermedad renal crónica	8
1.1.2 Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)	10
1.1.3 Consulta Prediálisis.....	10
1.1.4 Educación para la salud	11
1.1.5 Calidad de vida.....	12
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	12
2. OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVOS GENERALES	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3. MATERIAL Y MÉTODO.....	15
3.1 PREGUNTA PICO	15
3.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	15
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	17
3.4 ANÁLISIS DE DATOS	17
3.5 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA LITERATURA	17
4. RESULTADOS.....	19
5. DISCUSIÓN	30
6. CONCLUSIONES	33
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

AP: Atención Primaria.

CPD: Consulta Prediálisis.

CVRS: Calidad de Vida relacionada con la Salud.

DM: Diabetes Mellitus.

EPIRCE: Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España.

EpS: Educación para la Salud.

ERC: Enfermedad Renal Crónica.

ERCA: Enfermedad Renal Crónica Avanzada.

FG: Filtrado Glomerular.

FR: Función Renal.

HTA: Hipertensión Arterial.

IR: Insuficiencia Renal.

IRC: Insuficiencia Renal Crónica.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

TFG: Tasa de Filtración Glomerular.

TRS: Tratamiento Renal Sustitutivo.

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Descripción de los estadios que clasifican la insuficiencia renal	9
Tabla 2. Pregunta PICO	15
Tabla 3. Estrategias de búsqueda utilizadas en las bases de datos en inglés y español	16
Tabla 4. Ecuaciones de búsqueda	16
Tabla 5. Niveles de evidencia de la Escala SIGN	17
Tabla 6. Grados de recomendación de la Escala SIGN	18
Tabla 7. Estudios incluidos en esta investigación	21
Tabla 8. Nivel de evidencia y grado de recomendación de los artículos incluidos	29

1. INTRODUCCIÓN

1.1. MARCO TEÓRICO

1.1.1. Insuficiencia renal crónica o enfermedad renal crónica

La Insuficiencia Renal Crónica o Enfermedad Renal Crónica se puede definir como la pérdida progresiva e irreversible en la mayoría de los casos, de la Tasa De Filtración Glomerular. Se traduce en lo que generalmente conocemos como uremia y en su estadio terminal, no sería compatible con la vida ⁽¹⁻²⁾.

La ERC se puede considerar como un problema de salud a nivel mundial. Presenta un aumento significativo en la tasa de incidencia y prevalencia en las últimas 3 décadas, pudiéndose apreciar su notable incremento en países desarrollados, vinculado al progresivo envejecimiento de la población y a la elevada prevalencia de patologías como son: la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM), las cuales son factores de riesgo importantes para poder padecer ERC ⁽³⁾.

El estudio de Dehesa ⁽⁴⁾ nos indica que, algunos de los resultados adversos en los pacientes con ERC pueden ser prevenidos o retrasados mediante un diagnóstico a tiempo, acertado y con un tratamiento oportuno. Desafortunadamente, la ERC está infradiagnosticada e infratratada en muchas ocasiones, lo que conlleva no poder llevar a cabo medidas preventivas con estos pacientes por el desconocimiento de los criterios para definir y clasificar a la enfermedad en la comunidad sanitaria.

La ERC es característica por presentar una disminución de la función renal, expresada por una TFG a $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ o como de daño renal prolongado en el tiempo durante al menos 3 meses, que se pueda demostrar de forma directa por alteraciones en los tejidos bajo biopsia renal o de forma indirecta mediante marcadores que sean indicativos de daño renal como la albuminuria o proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o alteraciones apreciables en pruebas de imagen ⁽⁴⁾.

Para la detección precoz de la enfermedad, se determina el nivel de creatinina, la estimación de la TFG y la microalbuminuria en pacientes con factores de riesgo de

desarrollar un fallo renal. En el momento que un paciente es diagnosticado de Insuficiencia Renal, es interesante estudiar las posibles complicaciones y los factores de progresión de la enfermedad. Independientemente del estadio, los pacientes con ERC presentan un mayor riesgo cardiovascular en relación con la población general sana, por lo que deberemos centrar nuestras labores de prevención también en este sistema ⁽⁵⁾.

En relación con los mecanismos de cómo va avanzando la insuficiencia, se debe saber que a causa de la lesión primaria por la cual se ha ocasionado la destrucción de un número de nefronas, se pondrán en marcha mecanismos compensatorios que tratarán de sustituir la función de las nefronas destruidas y, como consecuencia, se produce hipertrofia e hiperfiltración de los glomérulos restantes. Si no se corrigiera, terminarán por destruirlos progresivamente ⁽⁶⁾.

La insuficiencia renal puede clasificarse en cinco estadios dependiendo de la tasa de filtración glomerular, tal y como se refleja en la Tabla 1.

Tabla 1. Descripción de los estadios que clasifican la insuficiencia renal.

Estadio	FG (ml/min/1,73 m ²)	Descripción
1	≥90	Daño renal con FG normal
2	60-89	Daño renal, ligero descenso del FG
3	30-59	Descenso moderado del FG
4	15-29	Descenso grave del FG
5	<15 o diálisis	Fallo renal

Fuente: Elaboración propia a partir de Cabrera ⁽⁶⁾.

Según los resultados obtenidos del estudio Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España (EPIRCE) ⁽⁷⁾, el 11% aproximadamente de la población adulta sufre algún grado de ERC. Con esta situación, la única estrategia realista para abordar el problema es realizar un esfuerzo de detección precoz y trabajar correctamente en las labores de prevención y tratamiento adecuado de comorbilidades asociadas en los pacientes de riesgo.

1.1.2. Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)

Para definir la Enfermedad Renal Crónica Avanzada se incluyen los estadios 4 y 5, siendo la enfermedad renal crónica que cursa con un descenso muy grave del filtrado glomerular (TFG < 30 ml/min). Es un grave problema sanitario, tanto por su elevada incidencia y prevalencia (cada vez más en aumento) como por su importante morbimortalidad y coste, siendo subsidiaria de Tratamiento Renal Sustitutivo ⁽⁸⁾.

La HTA que aparece precozmente y la microalbuminuria son los dos principales factores modificables de progresión. Los bloqueantes de la angiotensina 2 permiten reducir el nivel de albuminuria, la HTA y la caída de la función renal. Los trastornos metabólicos, óseos y la anemia, aparecen en el estadio 3, cuando existe una gravedad importante de la enfermedad y requieren un manejo especializado. Cuando la TFG es inferior a 20 ml/min/1,73 m², debe considerarse un tratamiento de sustitución: trasplante renal, diálisis peritoneal, o hemodiálisis. Con el fin de conseguir el máximo conocimiento, autonomía y una buena observancia de los tratamientos, se proponen a los pacientes programas de educación terapéutica multidisciplinarios ⁽⁹⁾.

1.1.3. Consulta Prediálisis

Una vez diagnosticada y avanzada la enfermedad, mediante una programación, los pacientes en estadio 3 llegan a la consulta ERCA, llamada también Consulta de Prediálisis. Aquí, además del seguimiento y control de la función renal, se realiza un cuidado integral del paciente renal.

La Educación Sanitaria ha sido incorporada y realizada por enfermería, con programas cada vez más protocolizados. Este proceso permite llevar un seguimiento más exhaustivo de los pacientes, a los que se les da información de diversa temática relacionada con la patología que sufren, como dieta, accesos vasculares, posibles problemas inter y post-hemodiálisis, turnos y horarios, transporte... Esta información se les da de forma reglada y paulatina, y se va ampliando a medida que el paciente va asumiendo su proceso y va haciéndose partícipe de él ⁽¹⁰⁾.

La Consulta ERCA o Prediálisis favorece la atención individualizada de los pacientes con ERCA, al ayudar al paciente y su familia a tomar una decisión informada respecto al procedimiento de diálisis. Su uso presenta mejoras en eficiencia (costes), disminución de la morbimortalidad y el incremento en el bienestar de los pacientes ⁽¹⁰⁾.

1.1.4. Educación para la salud

Según el comité de expertos que conforman la Organización Mundial de la Salud ⁽¹¹⁾, se define la Educación para la Salud como un proceso interdisciplinar, dinámico y multiprofesional, el cual también está influenciado por factores externos incluidos en el entorno del individuo dentro de nuestra sociedad y que pretenden lograr un mayor nivel de salud mediante la adopción de buenos hábitos y estilos de vida saludables. Consiste en proporcionar a la población las herramientas, conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de su propia salud. Es decir, promover el autocuidado, capacitar a los individuos a que participen activamente a conseguir unas determinadas metas en su propia salud ⁽¹¹⁾.

La finalidad que encontramos sería facilitar que los pacientes movilicen sus propias armas y desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propio estado de salud. La educación entonces se podría entender como el proceso por el cual las personas son más conscientes de su estado y del entorno que les rodea, ampliando sus conocimientos, valores y habilidades que les permitan desarrollar capacidades para adecuar sus comportamientos a la realidad. Y ello se produce a través de sus propias experiencias, vivencias y conocimientos, reorganizándolos y modificándolos ante los nuevos conocimientos o experiencias que se dan en el proceso educativo. Es importante que las personas encuentren sus propias soluciones, no se trata de prescribir comportamientos sino de promoverlos, para conseguir una óptima calidad de vida. A pesar de esto, la EpS es, aun hoy una de las áreas en las que menos recursos se invierten a todos los niveles del sistema de salud ⁽¹¹⁾.

1.1.5. Calidad de vida

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud. Por ello, surge la necesidad de incorporar la medida de la CVRS. ⁽¹²⁾

La percepción del paciente se considera necesaria en la evaluación de resultados en salud, y para ello deberemos desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en la salud del individuo ⁽¹²⁾.

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Patrick & Erickson ⁽¹³⁾ la define como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Para Schwartzmann ⁽¹⁴⁾ es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La ERC es diagnosticada en uno de cada siete adultos en España, observándose un incremento de la enfermedad en los últimos años en nuestro país. La ERC afecta mayoritariamente a hombres, especialmente, a aquellos de edad avanzada o con enfermedades cardiovasculares asociadas. La prevalencia aumenta con la acumulación de los factores de riesgo cardiovasculares, lo que denota que esta enfermedad también podría considerarse como un trastorno cardiovascular ⁽¹⁵⁾.

Los pacientes que padecen ERC presentan disminuida su calidad de vida relacionada con la salud en comparación con individuos sanos de las mismas características. Las dimensiones más afectadas en estos pacientes son la función física y la salud en general, aunque también tiene un impacto en la situación laboral y la función sexual. Además, la edad y la comorbilidad están relacionadas con una menor calidad de vida.

La insuficiencia renal, al ser de curso progresivo, hace que la enfermedad pase por diferentes estadios, creando la obligación de acabar el paciente en TSR, haciéndolos acreedores de necesidades concretas de cuidado. Esto, hace que se genere en el profesional de salud especialista en el área de enfermería nefrológica la necesidad de brindar una atención integral, individualizada, continua, con un enfoque interdisciplinario de tratamiento permitiendo el desarrollo de una comunicación terapéutica que asegure una buena y oportuna toma de decisiones compartidas por el paciente sus familiares y el profesional de enfermería.

Fomentar conductas preventivas, educar a todos los profesionales acerca de su papel clave en la detección y reducción del riesgo de ERC, particularmente en poblaciones de alto riesgo deberá ser un papel crucial en el especialista de enfermería. ⁽¹⁶⁾.

Es por ello por lo que el objetivo principal de la consulta de Prediálisis, es proporcionar un cuidado integral del paciente con ERCA, en el que se contemple la asistencia, información, formación, educación e investigación consensuada. La enfermería, por tanto, adquiere un papel fundamental como parte del equipo multidisciplinar, siendo la responsable de impartir una adecuada educación sanitaria a estos pacientes en la consulta prediálisis ⁽¹⁰⁾.

2. OBJETIVOS

1.3. OBJETIVOS GENERALES

Conocer la evidencia científica sobre la mejora de la calidad de vida y bienestar, en pacientes con enfermedad crónica avanzada, que acuden a programas de educación para la salud y consulta prediálisis.

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la relación entre el cuidado integral y la calidad de vida del paciente con ERCA, a través de la atención, información, formación, educación e investigación.
2. Explorar el papel de los cuidados enfermeros para la mejora de la calidad de vida del paciente con IRCA.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión sistemática, que analiza la literatura científica, centrada en los factores no clínicos de mejora de la calidad de vida y bienestar en pacientes con enfermedad crónica avanzada.

3.1 PREGUNTA PICO

Para realizar la revisión, se recurrió a la pregunta PICO (*Patient, Intervention, Comparison, Outcomes*) para determinar la población, el problema, la intervención y los resultados que responden a la formulación: ¿Existe evidencia científica de mejora en la calidad de vida en pacientes con enfermedad crónica avanzada que acuden a EpS y CPD?

Tabla 2. Pregunta PICO.

P - Pacientes	Pacientes diagnosticados de ERC, incluyendo los estadios 4 y 5, que poseen filtrado glomerular menor a 30 ml/min
I - Intervención	Análisis de los beneficios de la Educación para la Salud y Consulta Prediálisis de los pacientes con IRCA
C - Comparación	Pacientes que reciben EpS y CPD y pacientes que no la reciben
O - Outcomes, resultados	Evidencia científica de mejora en la calidad de vida relacionada con la salud y bienestar tras participar en un programa de educación para la salud desde la enfermería en pacientes con IRCA o tras la CPD.

3.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La búsqueda se realizó hasta abril de 2020 a través de las bases de datos de EBSCOhost, Web of Science, Medline a través de Pubmed. Se combinaron dos grupos de palabras clave definidas según los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y *Medical Subject Headings* (MeSH) en inglés y español, centradas en elementos descriptivos sobre la

enfermedad renal, el estado de la enfermedad -crónica y avanzada- y la calidad de vida. Estos descriptores se insertaron en los campos de búsqueda de título, resumen y palabras clave empleando los operadores booleanos OR (= o) y AND (= y), tal y como se evidencia en la Tabla 3.

Tabla 3. Estrategias de búsqueda utilizadas en las bases de datos en inglés y español

Insuficiencia renal		Estado de la enfermedad		Calidad de vida
				calidad de vida
*Insuficiencia Renal		*enfermedad crónica*		OR *promoción de
* OR *enfermedad renal*	AND	OR *enfermedad avanzada*	AND	la salud* OR *educación en salud*
*renal		*chronic disease* OR		*quality of live* OR
insufficiency* OR		*advanced disease*		*health
kidney diseases				promotion* OR *Health Education*

Las búsquedas se realizaron a través de las siguientes ecuaciones, tal y como se muestra en la Tabla 4:

Tabla 4. Ecuaciones de búsqueda

Base de datos	Ecuación de búsqueda
Pubmed	(renal insufficiency[Title/Abstract] OR kidney diseases[Title/Abstract] AND chronic disease[Title/Abstract] OR advanced disease[Title/Abstract] AND quality of live[Title/Abstract] OR health promotion[Title/Abstract] OR Health Education[Title/Abstract]) AND (("2002"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication]))
Web of Science	TITLE-ABS-KEY ("renal insufficiency" OR "kidney disease*") AND ("chronic disease*" OR "advanced disease*") AND ("quality of live*" OR "health promotion*" OR "health education*") AND PUBYEAR > 2001

Ebscohost	AB (“renal insuficienc*”) OR (“kidney diseas*”) AND (“chronic* disease*” OR “advanced disease*”) AND (“quality of live*” OR “health promotion*” OR “health education”) 20020101-20201231
-----------	--

Además, se utilizó las referencias bibliográficas de los estudios elegibles para identificar otros estudios relevantes. La búsqueda se limitó a estudios publicados en los últimos años y se realizó una búsqueda manual en revistas de enfermería nefrológica en los diez últimos años.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

La búsqueda de la literatura se realizó en inglés y español para ampliar el círculo de investigación. Se utilizaron como criterios de inclusión en el estudio:

- a) Artículos científicos que analicen la calidad de vida y bienestar en pacientes con enfermedad crónica avanzada.
- b) Publicados desde 2002 hasta la actualidad.
- c) Publicaciones en inglés y/o español.

3.4 ANÁLISIS DE DATOS

Una vez seleccionados los artículos, se tuvieron en cuenta: a) Autor/es y año de publicación, b) metodología empleada y objetivo, c) muestra, y d) principales resultados.

3.5 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA LITERATURA

Se utilizó la escala del *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) ⁽¹⁷⁾ para evaluar la calidad de la evidencia y el grado de recomendación de los estudios incluidos (Tablas 5-6).

Tabla 5. Niveles de evidencia de la Escala SIGN.

1++	Meta-análisis (MA), de alta calidad, revisiones sistemáticas (RS) de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	MA bien realizados, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	MA, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Tabla 6. Grados de recomendación de la Escala SIGN.

A	Al menos un MA, RS o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestren gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestren gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network ⁽¹⁷⁾.

4. RESULTADOS

Se identificaron un total de 2210 documentos para la revisión sistemática de la literatura, de los cuales se eliminaron 1385 documentos duplicados y 691 que no cumplieron los criterios de inclusión. De los 134 artículos restantes, se evaluó la pertinencia de los estudios identificados según el título y el resumen. Esto permitió identificar 31 artículos que se analizaron leyendo el texto completo. Finalmente, se identificaron un total de 18 artículos que fueron incluidos en el análisis, tal y como muestra la Figura 1.

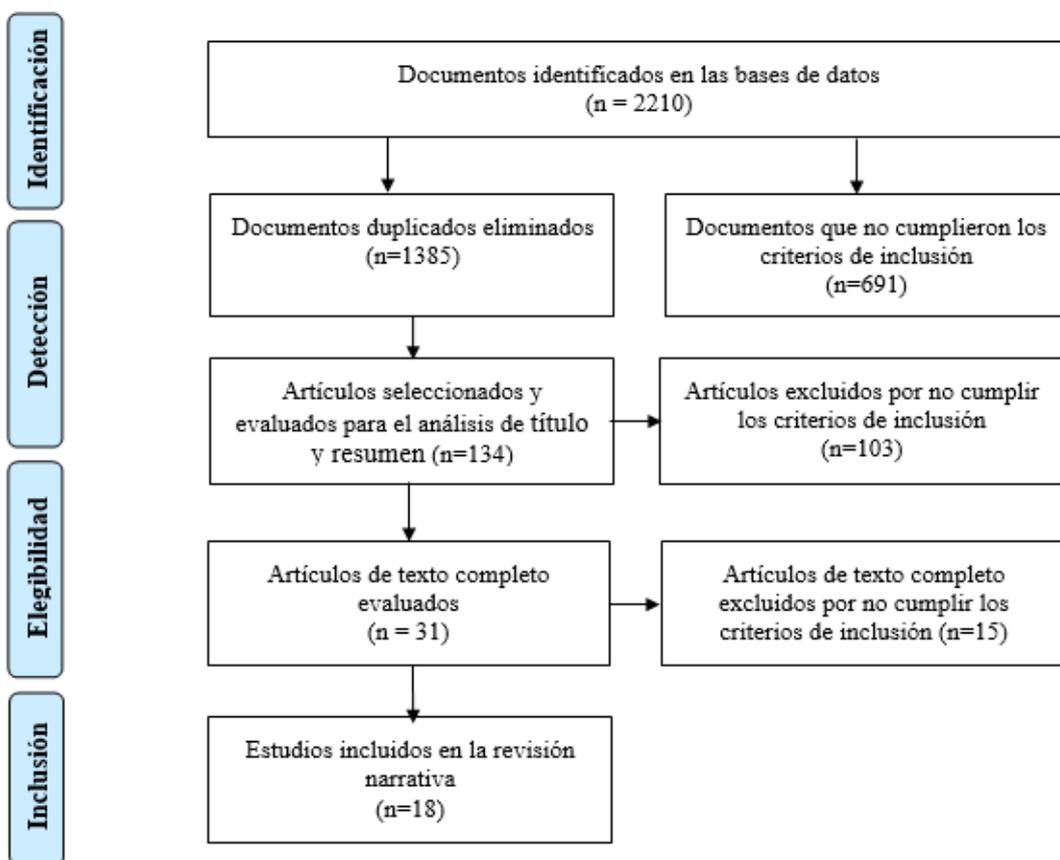


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA: Identificación, selección y evaluación de elegibilidad e inclusión de los artículos.

La siguiente tabla muestra las características principales de los estudios incluidos en esta revisión.

Tabla 7. Estudios incluidos en esta investigación.

Autor	Diseño	Pacientes	Intervención	Comparación	Resultados/Outcomes
Rebollo et al. (2014) (18)	Estudio de casos y controles	90 pacientes que inician terapia sustitutiva renal	Determinar riesgo de alteraciones en la calidad de vida en pacientes que inician TSR en función de si han tenido seguimiento enfermero en la etapa prediálisis.	<ul style="list-style-type: none"> - Kidney Disease and Quality of Life Short-Form (KDQOL-SF) - Escala Hospital, Ansiedad y Depresión (HADS) 	El 86,5% de los pacientes fueron atendidos por el nefrólogo en la etapa prediálisis, el 37,8% de los pacientes fue atendido por la enfermera. El 27,8% de los pacientes mostraban elevados niveles de ansiedad al iniciar diálisis. No se encontraron diferencias en la CVRS entre pacientes seguidos o no por la enfermera en la etapa prediálisis.
Cirera et Al. (2013) (19)	Ensayo clínico	148 pacientes con ERCA	Valorar deterioro de la FR en la consulta ERCA, para determinar si las actividades enfermeras contribuyen a su mantenimiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Datos demográficos, analíticos, epidemiológicos - <i>Ecuación Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)</i> 	Mediante intervenciones de enfermería realizadas, se mantuvieron diuresis, disminuyendo edemas y los diuréticos- El peso y el IMC descendieron. Aunque hubo deterioro significativo en algunos de los factores de daño renal, no tuvieron relevancia clínica, pudiendo afirmar que las actividades desarrolladas en la consulta ERCA pueden contribuir al mantenimiento de la FR.
Gómez et al. (2007) (20)	Ensayo clínico	198 pacientes que inician TRS tras consulta u hospitalización	Conocer la evolución de los pacientes seguidos en la CPD, de un área de salud, desde el inicio de la misma hasta comenzar TRS.	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo, edad - Variables clínicas - Variables analíticas 	<p>Permanencia de un periodo de tiempo mayor de 6 meses en la CPD junto con Índice de Comorbilidad de Charlson: predictores de mortalidad.</p> <p>Comparación de valores analíticos de ambos grupos: grupo de CPD tiene cifras mayores de hemoglobina y albúmina. Además, el 80 % de éstos, comienzan TRS con un FAV funcionando.</p> <p>Aunque el valor de la CPD es indiscutible, es necesaria la realización de más estudios que ofrezcan aspectos a mejorar dentro la misma.</p>

Tabla 7. Estudios incluidos en esta investigación. (Continuación).

Autor	Diseño	Pacientes	Intervención	Comparación	Resultados/Outcomes
Inaguma et al. (2006) ⁽²¹⁾	Ensayo clínico	176 pacientes, 70 reciben educación por equipo, 100 no.	Evaluar si el uso de un programa educativo para pacientes con ERC en el período de prediálisis afectará el inicio período, y si es así, cómo afecta.	Programa de educación para la salud	Asocia programa de educación para la salud con mejores niveles de albumina, hemoglobina, hematocrito y Vit. D al inicio del TRS, menor incidencia de insuficiencia cardiaca. No diferencias significativas en la elección de TRS.
Álvarez et al. (2007) ⁽²²⁾	Estudio de casos y controles	123 pacientes con ERC	Describir el papel que desempeña la Consulta Prediálisis en la elección del tipo de TSR	Variables sociodemográficas y clínicas	La CPD favorece la atención de los pacientes con ERC al permitir la toma con tiempo, tanto paciente como familia, de una decisión informada respecto al método de diálisis, la estandarización y protocolización del seguimiento; la implantación con suficiente antelación de un acceso idóneo; la vacunación e Hepatitis B, la disminución de la morbilidad y el incremento en el bienestar de los pacientes

Tabla 7. Estudios incluidos en esta investigación. (Continuación).

Autor	Diseño	Pacientes	Intervención	Comparación	Resultados/Outcomes
Jansà et al. (2018) (23)	Series de casos	258 materiales	Analizar características de los materiales de información del paciente, actividades educativas y programas de autogestión y determinar propuestas del proveedor de atención médica sobre la educación terapéutica del paciente.	Materiales de información de Actividades educativas para pacientes y características del programa de autogestión.	El cuestionario en línea mostró fortalezas y debilidades de la información y educación del paciente, y puede controlar su cantidad y calidad. Estos resultados activan un modelo para mejorar la información y la educación terapéutica.
Garrido et al. (2018) (24)	Series de casos	124 pacientes en prediálisis	Analizar la CVRS en pacientes con ERCA en prediálisis y su relación con el aclaramiento renal	KDQOL-SF, para el análisis de la CVRS	Los pacientes en prediálisis tienen disminuida su calidad de vida: carga de la enfermedad renal, sueño, salud general, vitalidad, función y rol físicos. El aclaramiento renal, aunque influye directamente en los síntomas derivados de la enfermedad renal, no parece ser tan influyente en la calidad de vida.

Tabla 7. Estudios incluidos en esta investigación. (Continuación).

Autor	Diseño	Pacientes	Intervención	Comparación	Resultados/Outcomes
Pulido et al. (2008) (25)	Estudio de casos y controles	de 29 pacientes con ERCA	Medir satisfacción de los pacientes y la evolución de los diagnósticos de enfermería más prevalentes en la CPD con los resultados de la evaluación de los indicadores de cada diagnóstico. Analizar efectividad de la información y educación sanitaria.	Variables sociodemográficas y clínicas	Los resultados indican que los pacientes de la CPD se sienten satisfechos con el trato y la información recibida, contribuye en gran medida al conocimiento de su estado de salud y a la mejora de la CVRS. Los pacientes que acuden a la consulta por primera vez tienen conocimientos deficientes en los aspectos de autocuidados y del tratamiento renal, mejorando significativamente a la cuarta visita, lo que contribuye a disminuir el temor generado por la enfermedad y las expectativas del tratamiento.
Vázquez et al. (2017) (26)	Ensayo clínico	22 pacientes en hemodiálisis.	Determinar influencia del apoyo educativo de enfermería en el patrón de vida del paciente con insuficiencia renal crónica en TSR-HD.	Programa educativo bajo el referente teórico de Orem con enfoque en tres dimensiones: Responsabilidad en Salud, Alimentación e Higiene	Se muestra evidencia de la influencia positiva que el apoyo educativo tiene en el patrón de vida de los pacientes en HD para favorecer conductas de autocuidado.

Tabla 7. Estudios incluidos en esta investigación. (Continuación).

Autor	Diseño	Pacientes	Intervención	Comparación	Resultados/Outcomes
Candelaria et al. (2018) ⁽²⁷⁾	Estudio de casos y controles	de 109 pacientes con ERC	Valorar la CVRS en pacientes con ERC desde el nivel primario de salud.	Escala MGH de calidad de vida en el adulto mayor.	Al inicio del estudio la percepción de la CVRS de adultos era muy baja, pocos pacientes con calidad de vida buena. Fue modificando favorablemente al hacer seguimiento.
Díaz-Soto et al. (2017) ⁽²⁸⁾	Estudio de casos y controles	de 125 pacientes con ERC	Analizar relación entre los factores de la calidad de vida relacionada con la salud y la adherencia al tratamiento en pacientes con ERC en terapia de reemplazo renal.	<ul style="list-style-type: none"> - Kidney Disease and Quality of Life - Test de Morisky-Green de adherencia al tratamiento - Escala de Depresión y Ansiedad en Pacientes Hospitalarios (test HAD) 	Los programas de atención a pacientes con ERC que cuentan con equipos interdisciplinarios que acompañan las diferentes dimensiones del paciente, muestran un incremento en la CVRS y la adherencia a tratamientos farmacológicos.

Tabla 7. Estudios incluidos en esta investigación. (Continuación).

Autor	Diseño	Pacientes	Intervención	Comparación	Resultados/Outcomes
Boté i Fernandez (2009) ⁽²⁹⁾	Estudio cohorte	de 30 individuos de los cuales, 13 pacientes con IRC.	Detección y manejo precoz de la ERC y adecuada remisión al nefrológo en casos indicados, puede disminuir morbimortalidad y reducir costes.	Formulario: edad, estudios, tabaquismo, HTA o DM, antihipertensivos, dieta y ejercicio y si tuviesen IRC o alguna enfermedad renal. Pre y post intervención educativa: cuestionario sobre ERC.	Intervención educativa sencilla como la utilizada puede mejorar el conocimiento de la ERC entre la población general añosa, más susceptible de padecerla.
Zamudio et al. (2002) ⁽³⁰⁾	Estudio casos y controles	de Y 63 pacientes con IRC	Valorar programa de educación sanitaria en los pacientes con IRC, después de cuatro años de funcionamiento de la consulta de la enfermera.	El esquema de elaboración del programa consta de tres situaciones distintas, que abarcan tres diferentes fases. Cada una de estas fases se desglosa según las etapas del Proceso de Atención de Enfermería	Un programa de educación sanitaria fomenta el compromiso y la responsabilidad hacia los pacientes, fundamenta científicamente el trabajo de la enfermera y nos sirve como parámetro de calidad de los cuidados ofertados, a su vez facilita la toma de decisiones informadas y mejora la imagen del profesional.

Tabla 7. Estudios incluidos en esta investigación. (Continuación).

Autor	Diseño	Pacientes	Intervención	Comparación	Resultados/Outcomes
Contreras et al. (2007) ⁽³¹⁾	Estudio de casos y controles	41 pacientes con ERCA	Evaluar la calidad de vida de pacientes con ERCA	CVRS se evaluó mediante el Cuestionario de Salud SF 36	Resultados con importantes implicaciones en cuanto a permitir identificar algunas estrategias de afrontamiento que se relacionan de manera directa e inversa con las dimensiones de CVRS que percibe el paciente, lo cual brinda elementos para la atención del paciente con ERC y puede promover su bienestar, aspecto fundamental para favorecer la CVRS.
Vinaccia et al. (2011) ⁽³²⁾	Estudio de casos y controles	40 pacientes con IRC.	Analizar relaciones de resiliencia, creencias y afrontamiento espiritual-religioso y percepción de la CVRS en pacientes con IRC.	-Cuestionario Percepción de Enfermedad -IPQB. -Escala de Resiliencia -RS -Escala Afrontamiento espiritual -SCS -Cuestionario de Salud MOS SF-36	El estudio aporta información sobre el papel que juegan en los pacientes de IRC la percepción negativa de las consecuencias de la enfermedad. Altera la percepción de calidad de vida a nivel físico. La resiliencia juega un papel importante como variable amortiguadora y moduladora para mejorar la percepción de calidad de vida a nivel mental y las consecuencias negativas de la enfermedad.

Tabla 7. Estudios incluidos en esta investigación. (Continuación).

Autor	Diseño	Pacientes	Intervención	Comparación	Resultados/Outcomes
Gutiérrez et al. (2003) ⁽³³⁾	Estudio de cohorte	20 pacientes	Evaluar plan estandarizado de educación sanitaria de la consulta prediálisis, comparando conocimientos de los pacientes de ésta en el momento de iniciar tratamiento sustitutivo con los pacientes que no han pasado por ella.	Cuestionario prediálisis	<p>Se reafirma la importancia de seguir un plan estandarizado de educación sanitaria. Las carencias puestas de manifiesto a lo largo del estudio nos hacen reflexionar sobre la necesidad de mejorar el plan actual, reforzando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación inicial de los conocimientos del paciente a la llegada en la CPD- - Valoración inicial de enfermería. - Programa educacional estructurado en diferentes niveles. - Evaluación continua de los conocimientos que va adquiriendo el paciente. -Evaluación final. Evaluación periódica de los conocimientos del paciente para reforzar aquellos aspectos en los que se denoten carencias. <p>La metodología ha de adaptarse al perfil de paciente.</p>

Tabla 7. Estudios incluidos en esta investigación. (Continuación).

Autor	Diseño	Pacientes	Intervención	Comparación	Resultados/Outcomes
Gomez et al. (2011) (34)	Estudio de casos y controles	151 pacientes	Conocer porcentaje de pacientes a los que se intervino en educación sanitaria por parte de la enfermería de la consulta ERCA para elegir tratamiento y su impacto en la toma de decisión.	Se efectuó estudio estadístico con SPSS 17.0 mediante promedios, desviaciones y rango para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para variables cualitativas	Consideramos importante mantener contactos con la enfermería de AP, para la detección y derivación a las consultas especializadas de pacientes con ERC en estadios tempranos que posiblemente son seguidos en los programas de enfermedades crónicas como la HTA y DM. La enfermería necesita ampliar la educación sanitaria en materia renal a todos los pacientes.
Aguilera et al. (2012) (35)	Estudio de cohorte	Los criterios de inclusión son: MDRD<20 ml/min/1.73m ² 18 pacientes.	Valorar si la educación grupal impartida por un equipo multidisciplinar de profesionales aumenta los conocimientos en nuestros pacientes con ERCA y su familia sobre su enfermedad, sobre el tratamiento renal sustitutivo y su correcto cuidado (farmacológico, higiénico y mental).	Nivel de conocimientos: cuestionario de conocimientos con 12 preguntas. Nivel de ansiedad: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI Grado de satisfacción con la intervención de enseñanza en grupo. Cuestionario de evaluación con 15 preguntas	La educación grupal presenta ventajas, ya que las inquietudes y problemas que puedan surgir a un individuo y que a otro aún no se le han presentado, pueden resolverlas dentro del grupo y podrían servir como guía para cuando se le presenten a otros. También favorece la interacción entre personas en un estadio similar de la enfermedad y que se presentan ante la necesidad de planificar cambios inminentes en el estilo de vida propio y de su familia.

El nivel de evidencia y grado de recomendación de los artículos analizados vienen reflejados en la siguiente tabla:

Tabla 8. Nivel de evidencia y grado de recomendación de los artículos incluidos.

Estudio	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Rebollo et al. (2014)	2+	C
Cirera et al. (2013)	1++	A
Gómez et al. (2007)	1+	B
Inaguma et al. (2006)	1++	A
Álvarez et al. (2007)	2+	C
Jansà et al. (2018)	3	D
Garrido et al. (2018)	3	D
Pulido et al. (2008)	2++	B
Vázquez et al. (2017)	1++	A
Candelaria et al. (2018)	2++	B
Díaz-Soto et al. (2017)	2++	B
Boté i Fernandez(2009)	2+	C
Zamudio et al. (2002)	2++	B
Contreras et al. (2007)	2+	C
Vinaccia et al. (2011)	2+	C
Gutiérrez at al. (2003)	2++	B
Gomez et al. (2011)	2+	D
Aguilera et al. (2012)	2+	C

5. DISCUSIÓN

Este trabajo final ha podido analizar en la bibliografía existente la Educación para la Salud que reciben los pacientes crónicos renales y la importancia de la Consulta Prediálisis. Además, se han descrito estudios que revelan los beneficios de realizar seguimientos de Enfermería en este tipo de pacientes y conseguir aumentar la calidad de vida relacionada con la salud en ellos.

Se han encontrado un total de 18 artículos en revistas científicas. Los artículos consultados se comprenden entre 2002 y 2020 y en ellos encontramos variedad de estudios que analizan la importancia de realizar planes de Educación para la salud en pacientes renales y la Consulta Prediálisis.

Con respecto a nuestro objetivo general sobre conocer la evidencia científica sobre la mejora de la calidad de vida y bienestar en pacientes con ERCA que acuden a EpS y CPD, según algunos autores como Viniccia et al. ⁽³²⁾ y Gómez et al. ⁽³⁴⁾ se sabe que la enfermedad altera la percepción de calidad de vida a nivel físico y que los pacientes en prediálisis tienen disminuida su calidad de vida en cuanto a carga de la enfermedad renal, sueño, salud general, vitalidad, función y rol físicos ^(24,32).

Zamudio et al., Inaguma et al., Gómeza et al., Pulido et al., Contreras et al., Candelaria et al., Álvarez et al., entre otros ⁽²⁰⁻³¹⁾, afirman que los programas de atención a pacientes con ERC que cuentan con equipos interdisciplinarios muestran un incremento en la CVRS y la adherencia a tratamientos farmacológicos ⁽²⁸⁾.

Asimismo, los programas de Educación para la Salud fomentan el compromiso y la responsabilidad hacia los pacientes, fundamenta científicamente el trabajo de la enfermera, facilita la toma de decisiones informadas y mejora la imagen del profesional.

⁽³⁰⁻³³⁾

También se asocia al programa de educación para la salud mejores niveles de albumina, hemoglobina, hematocrito, vitamina D y menos incidencia de insuficiencia cardíaca cuando los pacientes con ERCA comienzan su tratamiento renal sustitutivo una vez la

enfermedad sigue su curso ⁽²⁰⁾. Además, la CPD favorece la atención de los pacientes con ERC al permitir la toma con tiempo, tanto paciente como familia, de una decisión informada respecto al método de diálisis, la estandarización y protocolización del seguimiento; la implantación con suficiente antelación de un acceso idóneo; la vacunación e Hepatitis B, la disminución de la morbimortalidad y el incremento en el bienestar de los pacientes. En general, los pacientes sienten satisfechos con el trato y la información recibida y contribuye en gran medida al conocimiento de su estado de salud y a la mejora de la CVRS progresivamente conforme avanza el seguimiento con ellos ^(22, 25, 27, 31).

Otro estudio destaca también, según Aguilera et al. ⁽³⁵⁾ por hacer referencia a la educación grupal y sus beneficios, pues se ha demostrado que la educación grupal impartida por un equipo multidisciplinar de profesionales aumenta los conocimientos en nuestros pacientes con ERCA y su familia sobre su enfermedad, sobre el tratamiento renal sustitutivo y su correcto cuidado farmacológico, higiénico y mental, lo que directamente favorece en la CVRS. La educación grupal presenta también múltiples ventajas, ya que las inquietudes y problemas que puedan surgir a un individuo y que a otro aún no se le han presentado, pueden resolverlas dentro del grupo y podrían servir como guía para cuando se le presenten a otros. También favorece la interacción entre personas en un estadio similar de la enfermedad ⁽³⁵⁾.

El análisis de la literatura también ha hallado evidencias sobre nuestros objetivos específicos. En cuanto al de establecer la relación entre el cuidado integral y la calidad de vida del paciente con ERCA, a través de la atención, información, formación, educación e investigación, según Vázquez et al. ⁽²⁷⁾ se muestra evidencia científica de la influencia positiva que el apoyo educativo tiene en el patrón de vida de los pacientes en hemodiálisis para favorecer conductas de autocuidado y mejorar así su calidad de vida. ⁽²⁶⁾.

Por último, con respecto al objetivo sobre explorar el papel de los cuidados enfermeros para la mejora de la calidad de vida del paciente con IRCA, según los autores ⁽¹⁹⁻²⁰⁾ queda demostrado que gracias a las intervenciones de enfermería en pacientes con IRCA, se

mantuvieron diuresis y que, por lo tanto, las actividades desarrolladas en la consulta ERCA pueden contribuir al mantenimiento de la función renal ⁽¹⁹⁾. También es importante mantener contacto con la enfermería de Atención Primaria para la detección y derivación a las consultas especializadas de pacientes con ERC en estadios tempranos que deben ser seguidos en los programas de enfermedades crónicas como la HTA y DM ⁽³⁴⁾.

Además, Boté (2009) apoyan que la detección y manejo precoz de la ERC en la consulta de enfermería y la adecuada remisión al nefrólogo, pueden disminuir la morbimortalidad y reducir costes ⁽²⁹⁾.

En contraposición, el análisis de la literatura ha encontrado autores como Rebollo et al. (2014) que afirman no hallar diferencias en la CVRS en pacientes seguidos o no por la enfermera en la etapa prediálisis ⁽¹⁸⁾.

6. CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos planteados al principio para este trabajo final, se obtienen como principales conclusiones:

- 1- Los programas de Educación para la Salud fomentan el compromiso y la responsabilidad hacia los pacientes, contribuyen en gran medida al conocimiento de su estado de salud, al autocuidado y a la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud.
- 2- La Consulta Prediálisis favorece la atención de los pacientes con ERC al permitir tomar una decisión informada respecto al método de diálisis, aprender sobre autocuidados y tratamiento renal. Consigue que disminuya el temor por la enfermedad y el paciente tiene expectativas reales del tratamiento.
- 3- El papel de Enfermería es fundamental para mantener la función renal mediante intervenciones enfermeras realizadas en las consultas especiales para los pacientes con ERCA. Además, la detección precoz y la correcta derivación a Nefrología puede ahorrar costes y disminuir la morbimortalidad.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres C. Insuficiencia renal crónica. Rev Médica Hered. 2003; 14(1): 1-4.
2. Lorenzo V. Iniciación a la diálisis, elección de modalidad, acceso y prescripción. Nefrolog Dia. 2019; 136: 1-30.
3. Gómez R. Prevalencia de la enfermedad renal crónica determinada mediante la aplicación de ecuaciones predictivas en personas hipertensas atendidas en Atención Primaria. Rev Esp Salud Publica. 2009; 83(3): 463-69.
4. Dehesa E. Enfermedad renal crónica: definición y clasificación. Residente. 2008; 3(3): 73-8.
5. Boffa JJ, Cartery C. Insuficiencia renal crónica o enfermedad renal crónica. EMC Trat Med. 2015; 19(3): 1-8.
6. Cabrera SS. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Nefrolog. 2004;24: 27-34.
7. Bonilla FJ. Educación sanitaria al paciente con enfermedad renal crónica avanzada: ¿existe evidencia de su utilidad?. Enferm Nefrolog. 2014; 17(2): 120-31.
8. Arroyo RA, Martínez LO, González AO. Enfermedad renal crónica avanzada. Nefrolog. 2008; 28: 3-6.
9. Gómez-Fernández P. El bloqueo del sistema renina-angiotensina-aldosterona y su efecto en la nefropatía diabética. Nefrolog Dia. 2016; 109: 1-15.
10. Forero J, Barrios S. Rol de enfermería en la consulta de prediálisis en el paciente con enfermedad renal cónica avanzada. Enferm Nefrolog. 2016; 19(1): 77-86.
11. Osorio AG, Rosero MYT, Ladino AMM, Garcés CAV, Rodríguez SP. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Revista hacia la Promoción de la Salud. 2010; 15(1): 128-43.

12. Riquelme M. Metodología de educación en salud. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012; 14(22): 77-82.
13. Patrick D, Erickson P. Health policy, quality of life: health care evaluation and resource allocation. [New York]: Oxford University Press. New York; 1993.
14. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc Enferm*. 2003; 9(2): 9-21.
15. Gorostidi M, Sánchez-Martínez M, Ruilope LM, Graciani A, Juan J, Santamaría R, et al. Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. *Nefrol*. 2018; 38(6): 606-15.
16. Ruiz MDC, Gómez M, Crespo M, Tierno C, Crespo R. Análisis de la calidad de vida del paciente en la etapa prediálisis. *Enferm Nefrol*. 2017; 20(3): 233-40.
17. Miller J. The Scottish intercollegiate guidelines network (SIGN). *Br J Diabetes Vasc Dis*. 2002; 2(1): 47-9.
18. Rebollo A, Morales JM, Pons M. Influencia de la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada en pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo. *Enferm Nefrol*. 2014;17(4): 243-50.
19. Cirera F, Reina M, Pérez Á, Espejo M, Lucas J. Las actividades enfermeras en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada contribuyen a mantener la función renal. *Enferm Nefrol*. 2013; 16: 38-39.
20. Gómez MC, Gómez SM, Ramos CS, Andrés MDM, Vazquez PVG, Meca EH, et al. Influencia de la consulta prediálisis en los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. *Enferm Nefrol*. 2016; 10: 76-80
21. Inaguma D, Tatematsu M, Shinjo H, Suzuki S, Mishima T., Inaba S, Kurata K. Effect of an educational program on the predialysis period for patients with chronic renal failure. *Clin Exp Nephrol*. 2006; 10(4): 274-78.

22. Álvarez R, Velasco S. La consulta de predialisis de enfermería: logros y oportunidades de mejora. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2007; 10(3): 166-71.
23. Jansà M, Bertran MJ, Vilardell J, Garcia F, Escarrabill J. Analysis of the quality of patient therapeutic education and information in a high complexity reference hospital. *J Healthc Qual Res*. 2018; 33(6): 343-51.
24. Garrido R, Arroyo E, Arana AI, López MD, Tierno C, Crespo R. Calidad de vida y enfermedad renal crónica avanzada. Influencia del aclaramiento renal. *Enferm Nefrol*. 2018; 21(4): 359-67.
25. Pulido F, Arribas P, Fernández A. Satisfacción de los pacientes en la consulta de enfermería de enfermedad renal crónica avanzada. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2008; 11(3): 167-72.
26. Vázquez JA, Velasco R, Alcaraz N, Pérez MG, Casique L. Apoyo educativo y patrón de vida en el paciente con tratamiento de hemodiálisis. *Enferm Nefrol*. 2017; 20(1) :28-36.
27. Candelaria JC, Gutiérrez C, Bayarre-Vea HD, Acosta-Cruz C, de Oca DMM, Labrador-Mazón O. Caracterización de la enfermedad renal crónica en adultos mayores. *Rev Colomb Nefrolog*. 2018; 5(2): 166-78.
28. Díaz-Soto CM, Présiga-Ríos PA, Zapata-Rueda CM. Calidad de vida relacionada con la salud y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en Antioquia-Colombia. *Rev Edu Desarrollo*. 2017; 41: 17-25.
29. Boté C. Intervención educativa sobre la enfermedad renal crónica en atención primaria. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2009;12(4): 90-2.
30. Zamudio CM, Vilalta CP, Garrido MLG. Valoración de un programa de educación sanitaria a pacientes con insuficiencia renal crónica. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2002; 5(4): 14.
31. Contreras F. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Act Colom Psicolog*. 2007; 10(2): 169- 79.

32. Vinaccia S, Quiceno JM. Resiliencia y Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica - IRC. *Rev Arg Clin Psicolog.* 2011; XX(3): 201-211.
33. Gutiérrez JM, Ibars P, Pitarch G. Evaluación de los conocimientos adquiridos en la consulta prediálisis. In Libro de comunicaciones del XXVII Congreso Nacional de la SEDEN; 2002: 180-85.
34. Gómez AC, Guerrero MAO, Baena JC, Gordillo DF, Romero CC, Lopez MAR. Impacto de la educación sanitaria en la elección de la modalidad de diálisis. *Enferm Nefrol.* 2011; 36: 24-9.
35. Aguilera AI, Prieto M, González L, Abad B, Martínez E, Robles I, et al. Una estrategia poco utilizada en el cuidado de pacientes con enfermedad renal crónica: la educación en grupo y multidisciplinar de pacientes y sus familiares. *Enferm Nefrol.* 2012; 15(1): 14-21.