



ORIGINALES

Calidad de vida en pacientes nefróticas con distintos tratamientos en un hospital de segundo nivel de atención en Nuevo León.

Quality of life in patients with kidney disease with different treatments in a second level of attention hospital in Nuevo León.

Enoc Isaí Hernández Cantú¹
Margarita Maldonado Saucedo²

¹ Subjefe de Educación e Investigación en Salud. Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 6. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Isai.chanoc@gmail.com

² Docente titular. Universidad Antropológica de Guadalajara. México.

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.322491>

Recibido: 22/02/2018

Aceptado: 02/06/2018

RESUMEN:

Introducción: La insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad con severas consecuencias para quien la padece. La diálisis, principal tratamiento sustitutivo renal, en sus distintas modalidades, invade la calidad de vida del paciente y su familia.

Objetivo: Determinar si existen diferencias significativas de calidad de vida entre los pacientes que reciben diálisis o hemodiálisis en un hospital de segundo nivel de atención en Nuevo León.

Método: Estudio de enfoque cuantitativo, con un apartado cualitativo. Diseño trasversal, prospectivo, comparativo. De un total de 634 pacientes en tratamiento sustitutivo renal, se obtuvo una muestra probabilística de 241. Mediante selección aleatoria se aplicó un instrumento validado para calidad de vida y se entrevistó a los 20 sujetos con mayor tiempo de tratamiento.

Resultados: La diálisis peritoneal permite una mejor calidad de vida que la hemodiálisis en aspectos de una menor limitación en la alimentación, mayor capacidad de trabajo en casa, libertad para viajar, menos tensión nerviosa, una mejor vida sexual y un mejor aspecto físico.

Conclusiones: Trabajar las distintas áreas que conforman la calidad de vida podría contribuir considerablemente a elevar sus niveles. El enfoque actual de la nefrología se centra únicamente en la dimensión física, pero podemos concluir que hay otros factores que conforman e influyen sobre la vida y la salud.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica; calidad de vida; diálisis peritonea; hemodiálisis.

ABSTRACT:

Introduction: The chronic kidney disease it is an illness with severe consequences for who suffers it. The dialysis, main renal substitute treatment, in its different modalities, invades the quality of life of the patient and his family.

Objective: To determine if significant differences of quality of life exist among the patients that receive dialysis or hemodialysis in a hospital of second level of attention in Nuevo León.

Method: A quantitative focus study, with a qualitative section. It was a trasversal, prospective, and comparative design. Of a total of 634 patients in kidney substitute treatment, a probabilistic sampling of 241 was obtained. Through a random selection, the patients were interviewed with instrument validated

for quality of life and the 20 subject with more time of treatment were interviewed by means of qualitative method.

Results: The peritoneal dialysis allows a better quality of life that the hemodialysis in aspects like a smaller limitation in the feeding, bigger work capacity at home, freedom to travel, less nervous tension, a better sexual life and a better physical aspect.

Conclusions: To work the different areas that conform the quality of life, could contribute considerably to elevate their levels. The current focus of the nephrology is only centered in the physical dimension, but we can conclude that there are other factors that conform and they influence about the life and the health.

Key words: Chronic kidney disease; quality of life; peritoneal dialysis; hemodialysis.

INTRODUCCIÓN

Como afirman Giessing y colaboradores, la enfermedad renal crónica (ERC) es un problema grave de salud pública y puede definirse como la alteración estructural y/o funcional de los riñones de más de tres meses de duración.⁽¹⁾ A las personas que padecen dicha enfermedad se les conoce en el ámbito clínico como pacientes nefrópatas.

La ERC resulta de diversas afectaciones crónico-degenerativas o congénitas, y si no se trata conduce lamentablemente a la muerte. Se considera una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, los altos costos de inversión que implica, la detección tardía y altas tasas de morbilidad y mortalidad que genera.⁽²⁾

Cuando la ERC alcanza etapas avanzadas, es necesario recurrir a tratamientos médicos sustitutivos de la función de los riñones. Hoy se cuenta con tres principales opciones de tratamiento que son: el trasplante renal (TR), la diálisis peritoneal (DP) y la hemodiálisis (HD).⁽³⁾ No obstante, ante la baja disponibilidad de órganos para donación, los tratamientos por excelencia más utilizados son la DP y la HD.

La DP es un tratamiento que depura el organismo mediante la infusión por gravedad de un líquido en la cavidad abdominal a través de un catéter especial previamente instalado. El líquido de diálisis se compone por una solución hidroelectrolítica similar al plasma y un agente osmótico, cuya finalidad es eliminar solutos de desecho y agua acumulados en el cuerpo. Utiliza un sistema dual de bolsas o una máquina cicladora que aprovecha al peritoneo (una membrana que recubre la cavidad abdominal y a los órganos huecos) como un medio de intercambio de agua y partículas entre la sangre y el líquido de diálisis^(3,4). Este procedimiento se tiene que realizar a diario, los 365 días del año y puede ser llevado a cabo en el domicilio del paciente o en cualquier otro lugar que cuente con las condiciones necesarias de limpieza e higiene⁽⁴⁾.

Por otra parte, la HD se realiza mediante una máquina que extrae y filtra la sangre del paciente a través de un acceso vascular para eliminar los productos de desecho del organismo. El paciente debe forzosamente asistir a alguna unidad clínica por lo menos tres veces por semana y permanecer allí de tres a cuatro horas por sesión. Debe acompañarse de una estricta dieta alimenticia, para controlar los niveles de electrolitos en la sangre así como restricciones en la ingesta de líquidos y toma de medicamentos.⁽⁵⁾

Estas situaciones condicionantes son típicas de los tratamientos sustitutivos de los riñones, que aunados a los signos y síntomas de la ERC, hacen que los nefrópatas se vean afectados en su bienestar cotidiano.

En la literatura descrita por Barros-Higgins y colaboradores, se destaca el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como un aspecto fundamental en la atención integral de los pacientes con enfermedades crónicas, dado que sus

indicadores han mostrado una estrecha relación con los índices de morbilidad y mortalidad de las personas.⁽⁶⁾

La CVRS es la autoevaluación que el individuo hace respecto a su salud y nivel de funcionamiento en la realización de las actividades cotidianas, lo cual incluye, entre otras, la función física, psicológica, social, la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional.⁽⁶⁻⁸⁾

Actualmente, la forma más completa, exacta y específica de medir la CVRS en pacientes nefrópatas es a través de ocho dimensiones concretas: la función física, limitaciones por problemas de salud físicos, limitaciones por problemas de salud emocionales, la función social, bienestar psicológico, dolor/vitalidad/cansancio, percepción global de la salud, y la autoevaluación de la salud en general. Esto se logra mediante la aplicación de un test denominado *Kidney Disease and Quality of Life Short Form (KDQOL-SF)*, el cual fue desarrollado por un grupo de trabajo profesional patrocinado por la Universidad de Arizona en Estados Unidos, en respuesta a la necesidad de instrumentos psicométricos para evaluar la CVRS, específicamente en nefrópatas.^(9, 10)

Dicho instrumento se encuentra validado en el contexto occidental y adaptado al lenguaje castellano del ámbito latinoamericano. Con una confiabilidad por encima de 0.70 en la escala de cronbach, según lo reportado en distintos estudios⁽¹¹⁻¹³⁾. Dada la importancia de la CVRS en poblaciones de pacientes con ERC, existen estudios que han medido sus niveles y asociación entre indicadores como el apego al tratamiento, la ansiedad, la depresión e incluso la mortalidad. Otero-González y colaboradores, demostraron que la supervivencia en pacientes renales es dependiente de la edad y la coexistencia de diabetes mellitus. Así mismo, tuvieron mayor índice de supervivencia las personas cuya primera opción de tratamiento es la DP, por encima de quienes inician con HD.⁽¹⁴⁾ Otros estudios han medido la CVRS tan solo en poblaciones con un solo tratamiento sustitutivo renal. Costa y su equipo de colaboradores concluyeron que los pacientes en HD poseen una regular CVRS, sin embargo, no ofrecen ningún punto de comparación con otras alternativas de tratamiento como la DP.⁽¹⁵⁾

Así, surgió la necesidad de llevar a cabo un estudio comparativo de la CVRS entre aquellos pacientes que reciben DP y HD, tratando de responder a la pregunta: ¿Existen diferencias significativas de calidad de vida en los pacientes nefrópatas que reciben DP y aquellos reciben HD?

MÉTODOS

Estudio de enfoque mixto. Diseño no experimental. Descriptivo, comparativo. La población (N=634) estuvo compuesta por los pacientes con ERC afiliados a los programas de DP y HD de un hospital de segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México.

Se obtuvo una muestra probabilística n=239 con la ayuda del software estadístico Epidat versión 4.1. Los parámetros de referencia para el cálculo de la muestra fueron: población finita de 634, nivel de confianza de 95% e intervalo de confianza de 5. La selección fue aleatoria simple, excluyendo a pacientes sin vigencia como asegurados o aquellos que se encontraban hospitalizados por complicaciones. Se eliminaron las encuestas incompletas o quienes decidieron retirar su consentimiento informado.

Se aplicó el test KDQOL-SF. Instrumento específico que evalúa la calidad de vida, en los pacientes sometidos a algún programa de diálisis. Es auto-aplicable con 36 ítems en escala de likert, divididos en 8 dimensiones:

1. La función física (10 ítems)
2. Limitaciones de rol por problemas de salud físicos (4 ítems)
3. Limitaciones de rol por problemas de salud emocionales (3 ítems)
4. La función social (2 ítems)
5. Bienestar psicológico (5 ítems)
6. Dolor (2 ítems), vitalidad/cansancio (4 ítems)
7. Percepción global de la salud (5 ítems)
8. En el último ítem del KDQOL-SF los pacientes tienen evaluar su salud en general en una escala de 0-10 donde 0 equivale a "peor salud posible (tan malo o peor que estar muerto)" y 10 equivale a "la mejor salud posible".

Además del instrumento mencionado, se realizó una entrevista semiestructurada para valorar la opinión de los pacientes de una forma más humanista. Se trató de 10 preguntas para explorar la calidad de vida de forma más profunda y desde la realidad y experiencia del sujeto. Las primeras ocho preguntas corresponden con cada una de las dimensiones de la calidad de vida del instrumento cuantitativo. La novena pregunta es acerca de los factores de importancia para el sujeto que más se relacionan con su calidad de vida y la última pregunta es sobre cuál de los dos tratamientos en cuestión es el mejor y por qué.

Acorde con la metodología cualitativa, se entrevistó de manera cuidadosa y detallada a los sujetos, entablando un ambiente de confianza donde el entrevistado pudo expresarse libremente sin prejuicios ni penalizaciones. El entrevistador tomó nota de todas y cada una de las respuestas obtenidas, así como de los detalles importantes que expresasen datos relevantes. Para este apartado, se eligió a los 20 pacientes con mayor antigüedad en los programas sustitutivos renales y que han cursado a lo largo de su enfermedad con ambos tratamientos de estudio. Durante el proceso analítico cualitativo, se hizo énfasis en la construcción o generación inductiva de categorías que permitan clasificar los datos recogidos de acuerdo con unidades de contenido básicas.

El análisis estadístico consistió en medidas de tendencia central para los datos sociodemográficos. Para comprobar hipótesis de comparación se utilizó la prueba t de student, verificando la normalidad de la muestra con la prueba Kolmogorov-Sirmov. Así también, buscando establecer correlaciones entre las distintas variables se usó el coeficiente de Pearson. Para todas las pruebas estadísticas se usó el software SPSS versión 20 y se consideró una significancia aceptable de 0.05 o menor.

RESULTADOS

Se trabajó con 241 pacientes, de los cuales el 52% resultaron ser hombres y el resto (48%) mujeres. La edad media de la población fue de 51.7 ± 13.9 años. El estado civil más predominante fue el de casado (70%), seguido de los solteros (22%) y viudos 8%. Con respecto a la ocupación, una 40% eran jubilados y/o pensionados, mientras que otra parte similar (40%) se dedicaban a las labores del hogar. El resto figuraron como desempleados.

El tiempo promedio de años en tratamiento fue de 4.5 ± 4 . El tipo de tratamiento actual resultó ser 55% DP y 45% HD. Un 30% de los participantes afirmó haber experimentado con ambos tratamientos en algún momento distinto dentro de la etapa

de su enfermedad. Con este último fragmento de la población fue con el que se trabajó la selección para el apartado cualitativo, la cual se explica más adelante.

El 91% de los encuestados dijo contar con alguien que le brinda apoyo en su tratamiento, siendo el cuidador en la mayoría de los casos el cónyuge (79%), seguido de los hijos (21%). Aproximadamente 84% de los encuestados presentaba enfermedades concomitantes, siendo las más frecuentes la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

Salud General

Los participantes definieron su salud general de la siguiente manera:

En general, diría usted que su salud es:	Frecuencia
Excelente	10.80%
Muy buena	4.70%
Buena	44.50%
Pasable	29.00%
Mala	11.00%

No se encontró diferencia entre la salud general y el tipo de tratamiento actual ($t=-1.768$, $p>0.05$). Tampoco hubo diferencia alguna entre hombres y mujeres con respecto a la salud general ($t=0.524$, $p>0.05$). No resultó asociación entre la salud general y el tiempo de tratamiento ($r=0.108$, $p>0.05$).

Limitación Física

¿Su estado de salud actual lo limita para hacer actividades?	Actividades moderadas	Subir escaleras
Sí mi limita mucho	39%	55%
Sí me limita un poco	44%	28%
No me limita en absoluto	17%	17%
Total	100%	100%

No se encontraron diferencias entre la limitación física y el tipo de tratamiento ($t=0.204$, $p>0.05$) ni tampoco entre hombre y mujeres ($t=-0.355$, $p>0.05$). La limitación física no estuvo relacionada con el tiempo de tratamiento ($r=0.8$, $p>0.05$).

Limitación en el trabajo

¿Ha tenido problemas en el trabajo a causa de su salud?	Sí	No
Ha logrado menos de lo que hubiera gustado	84%	16%
Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo	87%	13%

Los resultados de limitación en el trabajo no variaron según el tipo de tratamiento ($t=-0.170$, $p>0.05$). Así mismo ni hombres ni mujeres obtuvieron resultados distintos en esta dimensión de calidad de vida ($t=-0.539$, $p>0.05$). No se halló correlación entre el tiempo de tratamiento y la limitación en el trabajo ($r=0.01$, $p>0.05$).

Rol Emocional

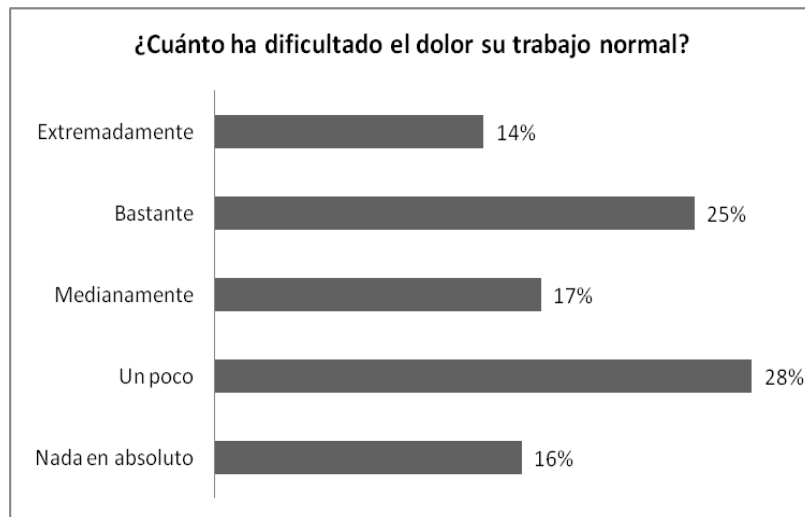
¿Ha tenido problemas a causa de algún problema emocional?	Sí	No
Ha logrado menos de lo que le hubiera gustado	80%	20%
Ha hecho el trabajo u otras actividades con menor cuidado de lo usual	59%	41%

No se presentaron diferencias en cuanto al rol emocional y el tipo de tratamiento del paciente ($t=-0.641$, $p>0.05$). Tampoco difirieron los hombres de las mujeres en esta dimensión ($t=0.863$, $p>0.05$). Existió una correlación positiva entre el tiempo de tratamiento y el rol emocional, lo cual indica que a mayor tiempo de tratamiento mayor estabilidad emocional ($r=0.453$, $p<0.05$).

Dolor

El análisis de frecuencias con respecto a la dimensión del dolor en la calidad de vida se muestra en la siguiente figura:

Gráfico 1: Opinión de los pacientes nefrópatas sobre sus dificultades en el trabajo derivadas del dolor.



Fuente: Instrumento KDQL-SF 36. Aplicado en 2017.

Los pacientes en HD presentaron más dolor que los pacientes en DP ($t=-2.199$, $p<0.05$). Hombres y mujeres no presentaron diferencias en cuanto al dolor ($t=-0.349$, $p>0.05$). No existió asociación entre el dolor y el tiempo de tratamiento ($r=0.392$, $p>0.05$).

Salud mental

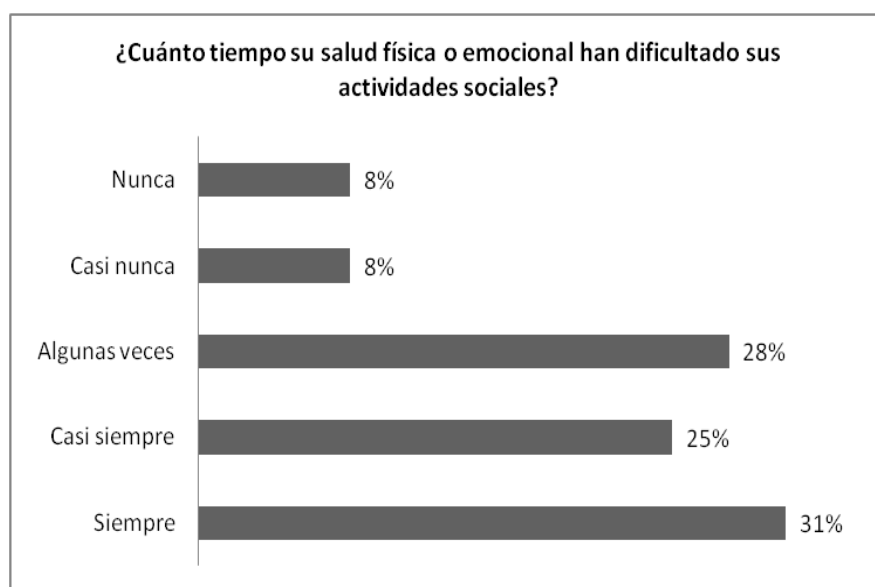
	Se ha sentido tranquilo y sosegado	Ha tenido mucha energía	Se ha sentido desanimado y triste
Siempre	14%	5%	19%
Casi siempre	25%	11%	14%
Muchas veces	8%	5%	8%

Algunas veces	36%	39%	42%
Casi nunca	6%	23%	11%
Nunca	11%	17%	6%

Lo más relevante fue que los pacientes en DP manifestaron sentirse con mayor energía que los pacientes en HD ($t=-2.151$, $p<0.05$). Hombres y mujeres no variaron en salud mental. Tampoco se pudo determinar relación entre el tiempo de tratamiento y la salud mental de los participantes.

Función social

Gráfico2: Opinión de los pacientes nefróticos sobre su salud y sus actividades sociales.



Fuente: Instrumento KDQL-SF 36. Aplicado en 2017.

No hubo diferencia en la función social con respecto al tipo de tratamiento ($t=0.167$, $p>0.05$). Tampoco existió diferencia entre el sexo y la función social ($t=-0.734$, $p>0.05$). Los niveles de función social no estuvieron asociados al tiempo de tratamiento ($r=0.149$, $p>0.05$).

Perspectiva de la enfermedad renal

Mi enfermedad del riñón:	Totalmente cierto	Bastante cierto	No sé	Bastante falso	Totalmente falso
Interfiere demasiado en mi vida	39%	36%	14%	3%	8%
Me ocupa demasiado tiempo	39%	31%	11%	8%	11%
Me hace sentir frustrado	30%	42%	11%	6%	11%
Me hace sentir una carga para mi familia	31%	33%	14%	6%	16%

Los pacientes en HD manifestaron que su enfermedad les ocupa más tiempo que los pacientes en DP ($t=2.393$, $p<0.05$). Así mismo, los pacientes en HD opinaron sentirse una carga para su familia en mayor medida que los pacientes en DP ($t=4.293$,

p<0.01). Por otra parte, no hubo asociación entre el tiempo de tratamiento y la perspectiva de la enfermedad renal.

Molestias

La frecuencia de molestias se presentó de la siguiente manera:

Síntomas	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
Dolores musculares	15%	25%	9%	28%	23%
Dolor en el pecho	44%	11%	25%	17%	3%
Calambres	25%	31%	22%	19%	3%
Picazón en la piel	19%	31%	28%	19%	3%
Sequedad en la piel	17%	20%	27%	33%	3%
Falta de aire	31%	34%	11%	19%	6%
Desmayos o mareos	42%	16%	28%	14%	0%
Falta de apetito	28%	20%	12%	31%	9%
Agotado	11%	14%	28%	25%	22%
Entumecimiento de manos y pies	23%	16%	19%	28%	14%
Náuseas o molestias en el estomago	31%	17%	17%	23%	12%
Problemas con la fístula	62%	8%	3%	15%	12%
Problemas con el catéter	74%	0%	12%	9%	5%

La presencia de molestias se presentó por igual en ambos grupos. No hubo diferencias de molestias entre hombres y mujeres. Del mismo modo, no se presentó asociación entre el tiempo de tratamiento y las molestias.

Efectos de la enfermedad renal

Los efectos de la enfermedad renal se distribuyeron de la siguiente manera:

Qué tanto le molesta su enfermedad en cuanto a:	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
Limitación de líquidos	25%	25%	20%	16%	14%
Limitaciones de la dieta	6%	31%	16%	36%	11%
Capacidad para trabajar en casa	16%	11%	25%	34%	14%
Capacidad para viajar	27%	6%	16%	40%	11%
Depender de terceros	31%	14%	16%	28%	11%
Tensión nerviosa o preocupaciones	22%	14%	17%	33%	14%
Vida sexual	52%	0%	17%	20%	11%
Aspecto físico	22%	8%	22%	29%	19%

Los pacientes en HD manifestaron sentirse más limitados en la dieta que los pacientes en DP ($t=-3.587$, $p<0.05$). De la misma forma, los sujetos en HD se sintieron más limitados en su capacidad para trabajar en casa que aquellos en DP ($t=-2.060$, $p<0.05$).

La capacidad para viajar estuvo más afectada en los pacientes en HD que los pacientes en DP ($t=-3.331$, $p<0.05$). Así mismo los participantes que tenían HD se dijeron más dependientes de terceros que aquellos en DP ($t=-3.853$, $p<0.01$).

Los participantes en DP presentaron menor tensión nerviosa y preocupaciones que aquellos que estaban en HD ($t=-3.530$, $p<0.01$).

La vida sexual de las personas en HD estuvo significativamente más afectada que las personas en DP ($t=-2.733$, $p<0.05$).

Finalmente, el aspecto físico fue significativamente mejor para la gente en DP en comparación con la gente en HD ($t=-2.277$, $p<0.05$).

No se encontraron diferencia en ambos sexos en cuanto a los efectos de la enfermedad renal, ni tampoco existió relación alguna entre dicha dimensión y el tiempo que llevan los sujetos en tratamiento.

Apartado cualitativo. El tratamiento por el cual se inclinó la población fue la DP. Tan solo 3 de los pacientes entrevistados dijeron que el tratamiento no tenía influencia sobre CVRS, el resto eligió la DP como mejor tratamiento justificando este hecho con respuestas como: 'es más práctica', 'menos agresiva', 'lo puedo hacer yo mismo', 'prefiero mi casa al hospital', 'sé que la hemodiálisis es más peligrosa', 'si pudiera, pediría volver a la diálisis (peritoneal)'.

Cualitativamente hablando, se encontró que la CVRS se percibe a través de ocho dominios que son: el apoyo familiar, las buenas relaciones sociales, el tipo de tratamiento (DP), el buen control alimenticio, el buen estado anímico emocional, el tener una ocupación, motivos de vida, y los aspectos psicológicos positivos.

Factores como el apoyo familiar, el buen estado anímico y la fuerza de voluntad se relacionan con un mayor apego al tratamiento de diálisis, lo cual a su vez conlleva a tener un buen estado físico de salud.

La falta de un buen estado anímico influye negativamente sobre la alimentación. El paciente con aspectos psicológicos negativos como la depresión o el enojo tiende a rebelarse y a no cumplir con el tratamiento, como algunos de los participantes así lo manifestaron.

DISCUSIÓN

A diferencia de lo reportado por otros autores como Antolín y colaboradores, en el presente estudio hay una muy marcada diferencia en la que destaca la DP como un tratamiento que permite una mejor CVRS por encima de la HD.⁽¹⁶⁾

Por otra parte, en la literatura actual, los estudios comparativos solo se basan en la medición de la supervivencia y no la CVRS,⁽¹⁷⁾ siendo esto último la mayoría de las veces, lo más importante para las personas. En opinión de muchos, de nada sirve vivir más años sin la calidad de vida adecuada para disfrutarlos.

La diferencia entre ambos tratamientos parece estar basada en los efectos de la enfermedad renal. Aquí los aspectos de mayor relevancia para los nefrópatas es la libertad en la alimentación que les permite la DP por encima de la HD, así como una mayor capacidad para viajar, una menor tensión nerviosa y preocupaciones y una vida sexual menos afectada.

La alimentación se explica en que la DP permite una mayor eliminación de electrolitos como el potasio y productos tóxicos. En cambio, la HD por no ser un tratamiento continuo sino más bien seccionado (cada tercer día) permite mayor acumulación de toxinas y productos de desecho en el organismo, por lo cual se debe ser estricto y no excederse en la alimentación ni en el consumo de líquidos, para no elevar los elementos hemolíticos que producen malestar.

Por otro lado, la capacidad de viajar se encuentra más limitada en HD debido a que el sujeto se encuentra 'atado' a su clínica de atención. No así la gente en DP quien puede viajar si lleva consigo su material para poder dializarse en su lugar de destino, teniendo una mayor libertad que según lo manifestado por los sujetos de estudio, influye significativamente sobre la CVRS.

La mayor tensión nerviosa que presentan los sujetos en hemodiálisis quizá encuentra respuesta en lo manifestado por uno de los entrevistados en el apartado cualitativo: 'Cada vez que acudo a la sala de hemo (sic) me deprimó de ver a mi alrededor tanta gente más amolada que yo y me figuro que en poco tiempo acabaré igual que ellos, incluso en una ocasión que presencié la muerte de otro paciente en una sesión, no pude dormir esa noche y el miedo de ir a las sesiones me duró como dos semanas seguidas.'

En este sentido, el contacto constante con la muerte y con enfermos en estado crítico en el ambiente hospitalario de HD, podría ser un factor influyente sobre la mayor tensión nerviosa y las preocupaciones.

La mejor calidad de vida sexual en los pacientes en DP en la población de estudio, dado que las molestias fueron igual para ambos grupos, podría estar relacionada con la edad media, la cual fue considerablemente menor en los pacientes con este tipo de tratamiento.

Finalmente, es necesario mencionar que en la población de estudio, comúnmente el tratamiento de primera elección es la DP, el cual es prácticamente la única oferta disponible para los pacientes de nuevo ingreso, solamente aquellos que por alguna condición especial no son aptos para la DP, inician con HD. Esto parece generar la idea de que los pacientes que inician con HD es porque su estado general de salud se ha deteriorado y han entrado en una fase más crítica de la enfermedad. En pocas palabras, casi todos los ingresos a HD son producto de una salida de DP, generalmente debida a complicaciones.

Este hecho podría representar un sesgo de falsa percepción hacia la HD, que no obstante se elimina al tener resultados doblemente verificados cuantitativa y cualitativamente hablando. Donde la opinión detallada de sujetos que han experimentado en carne propia ambos tipos de tratamiento parece ser contundente al inclinarse por la DP.

CONCLUSIONES

Los pacientes en HD presentan mayor dolor que los pacientes en DP. Aquellos que están en DP, afirman que su enfermedad les ocupa menos tiempo que aquellos que están en HD. Los nefrópatas en DP se sienten con más energía que aquellos en HD. A mayor tiempo en tratamiento sustitutivo renal, mayor estabilidad emocional.

La DP permite una mejor CVRS que la HD en los aspectos de una menor limitación en la alimentación, mayor capacidad de trabajo en casa, libertad para viajar, menos tensión nerviosa, una mejor vida sexual y un mejor aspecto físico.

El trabajar los diferentes dominios que conforman la CVRS, podría contribuir considerablemente a elevar sus niveles. El enfoque de medicina actual se centra únicamente en la dimensión física, pero podemos concluir que hay otros factores que conforman la calidad de vida y que influyen sobre el aspecto físico. Se deben buscar tratamientos completos que vayan más allá del aspecto físico y tomen en cuenta el enfoque holístico del enfermo.

La principal propuesta es replicar el estudio en poblaciones similares de distintos lugares geográficos con el fin de contrastar resultados y poder llegar a un meta-análisis, además de incorporar las teorías de tipos de personalidad vigentes en la actualidad, para explorar si este factor también puede ser determinante a la hora de preferir uno u otro tratamiento.

REFERENCIAS

1. Mora-Gutiérrez JM, Slon-Robledo MF, Castaño-Bilbao I, Izquierdo-Bautista D, Arteaga-Coloma J, Martínez-Velilla N. Enfermedad renal crónica en el paciente anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [citado el 11 de enero de 2018];52(3):152–8. Disponible en: https://ac-els-cdn-com.ezproxy.conricyt.org/S0211139X16300233/1-s2.0-S0211139X16300233-main.pdf?_tid=c8a955e8-f73c-11e7-9fbb-00000aab0f26&acdnat=1515722790_f89f7169a70ce595d90913429c1d3ce0
2. Ávila-Saldivar MN. Enfermedad renal crónica: prevención y detección temprana en el primer nivel de atención. *Med Int Mex* [Internet]. 2013 [citado el 12 de enero de 2018];29:148–53. Disponible en: <http://content.ebscohost.com.ezproxy.conricyt.org/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=88950873&S=R&D=lth&EbscoContent=dGJyMMTo50Sep7A4yNfsOLCmr1Cep7FSrqu4TLKWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGorku1r65luePfgex44Dt6fIA>
3. Hipólito-Toledo J, Cruz-Corchado M. Seguridad en el cuidado de enfermería al paciente con tratamiento de diálisis peritoneal. *Rev Mex Enfermería Cardiológica* [Internet]. 2011 [citado el 12 de enero de 2018];19(3):99–104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica>
4. Vega N, Coronel F, González-Parra E. Introducción, definición de DP y objetivos. relación con hd y trasplante. incidencia y prevalencia de pacientes. unidades de dp en España. En: Coronel F, Molina A, Caravana F, editores. *Guías de Práctica Clínica en Diálisis Peritoneal* [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Nefrología; 2005 [citado el 12 de enero de 2018]. p. 1–11. Disponible en: http://www.nefro.cl/phocadownload/Registrados/guias_clinicas/Guias_de_practica_clinica_en_dialisis_peritoneal_Espana_2005.pdf
5. Contreras F, Esguerra G, Espinosa JC, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Univ Psychol* [Internet]. 2006 [citado el 12 de enero de 2018];5(3):487–99. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750305.pdf>
6. Barros-Higgins L, Herazo-Beltrán Y, Aroca-Martínez G. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev Fac Med* [Internet]. 2015 [citado el 11 de enero de 2018];63(4):641–7. Disponible en: <http://content.ebscohost.com.ezproxy.conricyt.org/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=114040309&S=R&D=lth&EbscoContent=dGJyMNLe80Sep684yNfsOLCmr1CeqK5Srqa4TLaWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGorku1r65luePfgex44Dt6fIA>
7. Seguí-Goma A, Amador-Peris P, Ramos-Alcarío AB. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* [Internet]. 2010 [citado el 11 de enero de 2018];13(3):155–60. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v13n3/original1.pdf>
8. Perales Montilla CM, Duschek S, Reyes Del Paso GA. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *NEFROLOGIA* [Internet]. 2016 [citado el 11 de enero de 2018];36(3):275–82. Disponible en: <http://content.ebscohost.com.ezproxy.conricyt.org/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=115857658&S=R&D=lth&EbscoContent=dGJyMNLe80Sep684yNfsOLCmr1Ceq>

- K5Sr664TbOWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGorku1r65luePfgex44Dt6fIA
9. Silveira-Duarte P, O.S.-Miyazaki MC, Mesquita-Ciconelli R, Sesso R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). *Rev Assoc Med Bras [Internet]*. 2003 [citado el 15 de enero de 2018];49(4):375–81. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n4/18335.pdf>
 10. Cunha-Franco L, Teles-Zatta L, Vasconcelos P, Alves-Barbosa M, Santana-dos Santos J, De Oliveira-Rosa L. Evaluación de la calidad de vida de pacientes de insuficiencia renal crónica en diálisis renal. *Enfermería Glob [Internet]*. 2011 [citado el 25 de mayo de 2017];(23):158–64. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/administracion2.pdf>
 11. Lugo-A LH, García-G HI, Gómez-R C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]*. 2006 [citado el 22 de enero de 2018];24(2):37–50. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12024205>
 12. Romero Massa E. Confiabilidad del cuestionario de salud SF-36 en pacientes postinfarto agudo del miocardio procedentes de Cartagena de Indias, Colombia. *Rev Colomb Cardiol [Internet]*. 2010 [citado el 22 de enero de 2018];17(2):41–6. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0120563310702187/1-s2.0-S0120563310702187-main.pdf?_tid=9df13cca-ffc6-11e7-b35a-00000aab0f01&acdnat=1516661597_75579f7a8cf63fa439dbc6f441e5bd73
 13. Chaves K, Duarte A, Vesga J. Adaptación transcultural del cuestionario KDQOL SF 36 para evaluar calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en Colombia. *Rev Med [Internet]*. 2013 [citado el 22 de enero de 2018];21(2):34–42. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v21n2/v21n2a04.pdf>
 14. Otero-González A, Iglesias-Forneiro A, Camba-Caride MJ, Pérez-Melón C, Borrajo-Prol MP, Novoa-Fernández E, et al. Supervivencia en hemodiálisis vs. diálisis peritoneal y por transferencia de técnica. Experiencia en Ourense 1976-2012. *Nefrología [Internet]*. 2015 [citado el 12 de enero de 2018];35(6):562–6. Disponible en: <http://content.ebscohost.com.ezproxy.conricyt.org/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=26596690&S=R&D=mnh&EbscoContent=dGJyMMTo50Sep7A4yNfsOLCmr1Cep7FSr6u4TK%2BWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGorku1r65luePfgex44Dt6fIA>
 15. Costa G, Pinheiro M, Medeiros S, Costa R, Cossi M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Glob [Internet]*. 2016 [citado el 11 de enero de 2018];15(43):59–72. Disponible en: <http://content.ebscohost.com.ezproxy.conricyt.org/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=116702179&S=R&D=lth&EbscoContent=dGJyMNLe80Sep684yNfsOLCmr1CeqK5Sr6a4TbSWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGorku1r65luePfgex44Dt6fIA>
 16. Antolín A, Miguel A, Pérez J, Gómez C, Zurriaga O, Blasco MJ, et al. Análisis de la supervivencia en diálisis: hemodiálisis vs diálisis peritoneal y la importancia de la comorbilidad. *Nefrología [Internet]*. 2002 [citado el 3 de diciembre de 2017];XXII(3):253–61. Disponible en: file:///C:/Users/Chanoc/Downloads/X0211699502014862_S300_es.pdf
 17. Rufino J, García C, Vega N, Macía M, Hernández D, Rodríguez A, et al. Diálisis peritoneal actual comparada con hemodiálisis: análisis de supervivencia a medio plazo en pacientes incidentes en diálisis en la Comunidad Canaria en los últimos años. *Nefrología [Internet]*. 2011 [citado el 3 de diciembre de 2017];31(2):174–84. Disponible en: file:///C:/Users/Chanoc/Downloads/X0211699511051664_S300_es.pdf

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia