



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Trabajo Fin de Grado

Grado en Enfermería

**Dializarse para vivir o vivir para
dializarse. Calidad de vida de
hemodiálisis vs. Diálisis peritoneal**

**DIALYZED TO LIVE OR LIVE TO DIALYZE.
QUALITY OF LIFE FOR HEMODIALYSIS VS.
PERITONEAL DIALYSIS**

ALUMNA: Alba María Martín Bueno

TUTORA: Pilar Peña Amaro

Jaén, 9 de Junio de 2015



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Trabajo Fin de Grado

Grado en Enfermería

**DIALIZARSE PARA VIVIR O VIVIR PARA
DIALIZARSE.**

**CALIDAD DE VIDA DE HEMODIÁLISIS
VS. DIÁLISIS PERITONEAL**

**DIALYZED TO LIVE OR LIVE TO DIALYZE.
QUALITY OF LIFE FOR HEMODIALYSIS VS.
PERITONEAL DIALYSIS**

ALUMNA: Alba María Martín Bueno

TUTORA: Pilar Peña Amaro

Jaén, 9 de Junio de 2015

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
Hemodiálisis.....	7
Diálisis peritoneal	10
Calidad de Vida	13
Objetivos	18
Hipótesis de trabajo	18
METODOLOGÍA:.....	18
RESULTADOS	20
Cuestionario SF-36	20
Cuestionario SF-12	22
Cuestionario WHOQOL-BREF y WHOQOL-100	22
Cuestionario EUROQOL-5D.....	24
Cuestionario GHQ-28.....	24
Cuestionario KDQOL-SF	25
Otros cuestionarios	26
DISCUSIÓN	27
LIMITACIONES	33
CONCLUSIÓN.....	34
LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS	34
BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS	39
Anexo 1. Cuestionario SF-36	39
Anexo 2. Cuestionario WHOQOL-BREF.....	41
Anexo 3. Cuestionario EUROQOL-5D	43
Anexo 4. Cuestionario GHQ-28	44
Anexo 5. Cuestionario KDQOL-SF	46
Anexo 6. Tabla 1	49
Anexo 7. Tabla 2	50
Anexo 8. Tabla 3	50

RESUMEN

La Calidad de Vida es un tema cada vez más importante en la sociedad actual, y las técnicas de Hemodiálisis (HD) y Diálisis Peritoneal (DP) influyen directamente en ella en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Hemos realizado una revisión cuyo objetivo es analizar la existencia de diferencias en la Calidad de Vida proporcionada por cada terapia, mediante una revisión de la literatura existente sobre el tema en las bases de datos. La información se agrupó según los cuestionarios que medían la Calidad de Vida y se realizaron comparaciones entre ellos. Los resultados muestran predominancia de la DP como técnica que ofrece mayor Calidad de Vida al paciente en todos los cuestionarios. En conclusión, en comparación con la HD, la DP es la técnica que produce mayor Calidad de Vida, no obstante, estos resultados deben ser interpretados con cautela. Finalmente, se proponen nuevas líneas de investigación futuras para poder realizar mayor cantidad de comparaciones entre ambas técnicas.

Palabras clave: *Hemodiálisis, Diálisis peritoneal, Calidad de Vida, DPCA, diferencias y comparación.*

ABSTRACT

Quality of Life is an increasingly important issue in today's society, and techniques of Hemodialysis (HD) and Peritoneal Dialysis (PD) directly influence it in patients with Chronic Renal Failure. We have conducted a review aimed at analyzing the existence of differences in the Quality of Life provided by each therapy, through a review of existing literature on the subject in the databases. The information is grouped according to the questionnaires that measured the Quality of Life and comparisons between them were conducted. The results show a predominance of the PD as a technique that offers greater Quality of Life to the patient in all questionnaires. In conclusion, compared with HD, PD is the technique that produces higher Quality of Life; however, these results should be interpreted with caution. Finally, new lines for future to perform as much research comparisons between the two techniques are proposed.

Keywords: *Hemodialysis, Peritoneal Dialysis, Quality of Life, CAPD, differences and comparison.*

INTRODUCCIÓN

El sistema urinario está formado principalmente por los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra.

El riñón tiene una serie de funciones, filtración (extracción de líquido de la sangre circulante), también son extraídas las sustancias disueltas en este líquido. El filtrado que se origina en los capilares glomerulares se aproxima a los 180 l/día, control de líquidos y electrolitos, equilibrio ácido-base, excreción de productos de desecho, regulación de la presión sanguínea, producción de hematíes y regulación de metabolismo fosfocálcico.[1]

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal, incapacitando el organismo para la conservación del equilibrio de electrolitos y líquidos y el metabolismo.

Sus causas pueden ser la Diabetes Mellitus, Glomerulonefritis Crónica, Pielonefritis, Hipertensión no controlada, obstrucción del tracto urinario, infecciones, medicamentos o agentes tóxicos, etc.

La IRC consta de una serie de etapas, como son: la reserva renal reducida (pérdida de 40 a 75% de la función de las nefronas), insuficiencia renal (se pierde del 75 al 90%) y nefropatía en etapa terminal (ESRD) cuando se conserva menos del 10% de la función de las nefronas, en este punto, el paciente requerirá técnicas sustitutivas de la función renal.

La uremia que se produce tras el fallo renal afecta a los sistemas del cuerpo produciendo una serie de signos y síntomas, los más frecuentes son neurológicos, integumentarios, cardiovasculares, pulmonares, gastrointestinales, hematológicos, reproductores y musculoesqueléticos.

También podemos encontrar una serie de hallazgos diagnósticos de los pacientes con IRC, como la disminución de la tasa de filtración glomerular, detectada a través de un análisis de la eliminación de creatinina urinaria de 24 horas, y por otra parte a menudo se incrementa el nivel de nitrógeno ureico en sangre. También al riñón le costará más concentrar o diluir la orina, teniendo escasa respuesta en caso de consumición de agua y electrolitos, por lo que el paciente tendrá retención de sodio y agua. Disminuye la excreción de fosfatos y

otros ácidos orgánicos, produciendo acidosis metabólica, y aparecerá anemia, por la escasa producción de eritropoyetina en los riñones. El trastorno del metabolismo del calcio y el fósforo es una anomalía importante de la IRC que puede producir alteraciones en la estructura ósea.

Pueden surgir una serie de complicaciones en esta enfermedad, como la hipercaliemia, la pericarditis, derrame pericárdico y taponamiento pericárdico, hipertensión, anemia y enfermedades óseas y calcificaciones metastásicas, derivados del mal funcionamiento del riñón.

Para tratar esta enfermedad al principio se intentará conservar la función renal y mantener la homeostasia por medio del control nutricional, la farmacoterapia, que permite prevenir o demorar complicaciones (anti-hipertensivos, eritropoyetina, complementos de hierro, agentes fijadores de fosfato y complementos de calcio) y el ejercicio físico. [1,2]

A pesar de intentar preservar la función renal al máximo, cuando la insuficiencia renal avanza hasta sus estados más terminales y el riñón ya no es capaz de funcionar por sí mismo, se necesitan tratamientos sustitutivos, como los diferentes tipos de diálisis o el trasplante renal.

La diálisis implica el movimiento de líquidos y partículas solubles (solutos) a través de una membrana semipermeable. El paso de estas partículas sólo será posible cuando su tamaño sea menor que el de los poros de la membrana, y se producirá en la dirección determinada por el gradiente de concentración desde donde se encuentra en cantidad mayor hacia el otro lado. Cada soluto funciona de una forma independiente en relación con el resto. Contribuye al equilibrio entre ambas soluciones el paso del agua (disolvente) en sentido contrario por un mecanismo de ósmosis.

En la práctica clínica existen dos tipos de diálisis según la membrana semipermeable utilizada. La Diálisis Peritoneal (DP) utiliza el peritoneo (membrana natural); mientras que la Hemodiálisis (HD), emplea dializadores fabricados por la industria con membranas artificiales. [1,3]

Hemodiálisis

Es un método sustitutivo en el que una membrana semipermeable sintética sustituye la función de los glomérulos y túbulos renales y actúa como filtro en lugar de los riñones dañados extrayendo las sustancias nitrogenadas tóxicas de la sangre y retirando el exceso de agua. Este tipo de enfermos debe ser sometido a diálisis durante el resto de su vida (generalmente 3 veces por semana, de 3 a 4 horas por sesión) o al menos hasta que reciban un trasplante de riñón con éxito.

La acción de esta técnica se apoya en 3 principios: difusión, ósmosis y ultrafiltración. Las toxinas y desechos de la sangre se extraen por difusión, pasan del área de mayor concentración en la sangre a la de menor concentración en el dializado. El dializado es una solución compuesta por todos los electrolitos importantes en sus concentraciones extracelulares ideales. Los electrolitos sanguíneos pueden controlarse mediante el ajuste de la solución de dializado. La membrana semipermeable impide la difusión de moléculas grandes, como eritrocitos o proteínas plasmáticas.

El agua excesiva y las toxinas se extraen de la sangre por osmosis. El agua pasa de un área de concentración elevada (sangre) a una de concentración baja (dializado). La ultrafiltración se define como agua que se mueve bajo una presión elevada a un área de menor presión. Este proceso es más eficiente en la remoción de agua que la osmosis. La ultrafiltración se logra al aplicar presión negativa o una fuerza de succión a la membrana de diálisis.

El sistema de amortiguación del cuerpo se mantiene al usar el baño de dializado compuesto de un tampón: bicarbonato. Se administra heparina para evitar la coagulación de la sangre en el circuito de diálisis. La sangre depurada se regresa al cuerpo. Cuando el tratamiento acaba, muchos productos de desecho se han retirado, el equilibrio de electrolitos ha regresado a la normalidad y el sistema de amortiguación se ha reabastecido. [2]

La técnica se realiza en un monitor de diálisis, el cual tiene 3 funciones principales, transporte de sangre del acceso vascular al dializador y viceversa (circuito hemático extracorpóreo), preparar el líquido de diálisis en concentraciones iónicas y temperatura adecuadas (circuito de ultrafiltración) y

establecer la presión negativa adecuada para ultrafiltrar la cantidad programada y el módulo de comunicación (que controla los parámetros).

El circuito extracorpóreo bombea la sangre desde el acceso vascular del paciente hasta el dializador y la devuelve, en condiciones de seguridad, a través de unas líneas especiales: la línea arterial (paciente-dializador) y la línea venosa (dializador-paciente). Para ello consta de las siguientes partes:

- Bomba de rodillos: compuesta de dos rodillos. Su velocidad de giro y el diámetro del segmento de la línea es lo que establece el flujo de sangre.
- Transductor de tensión arterial: situado antes de la bomba de sangre y mide la presión de succión de la sangre.
- Transductor de presión venosa: situado en línea venosa, detecta cambios de presión a este nivel.
- Cámara atrapaburbujas: situada al final de la línea venosa, antes de la entrada de sangre al paciente. Su función es detectar la presencia de aire en el circuito.
- Circuito hidráulico: se encarga de la preparación (tanto de concentración de iones como temperatura) del líquido de diálisis que va al dializador. El monitor deberá realizar una mezcla de agua que previamente calentará y desgasificará, con el bicarbonato. El método usado para conseguir una correcta disolución iónica es la medida de la conductividad, directamente proporcional a la concentración iónica en una solución.
- Circuito de ultrafiltración: establece la presión negativa necesaria en el líquido de diálisis para ultrafiltrar la cantidad programada. Su valor dependerá de las características de la membrana de diálisis y su superficie, de la presión positiva del circuito hemático y la presión oncótica del plasma. Se controla la cantidad de líquido ultrafiltrado comúnmente mediante el control volumétrico. [4]

Para poder conectar al dializador al paciente y depurar la sangre, se necesita un acceso vascular del paciente. Hay varios tipos de accesos:

- Catéteres: son accesos inmediatos a la circulación del paciente que se logran introduciendo un catéter de doble luz o luces múltiples en las venas subclavia, yugular interna o femoral. Pueden ser definitivos o provisionales.

Los catéteres se retiran por mejoría del paciente (en procesos agudos) o por el establecimiento de otro tipo de acceso. Se pueden utilizar para diálisis a largo plazo.

- Fístula arteriovenosa: es una forma más permanente de acceso, creada quirúrgicamente mediante anastomosis de una arteria con una vena. El paso directo de la sangre con presión superior, provoca dilatación e ingurgitación venosa. Las agujas se introducen en el vaso para lograr un flujo sanguíneo adecuado que pase por el dializador. Desde su creación, deberán transcurrir de 4 a 6 semanas para poder emplear la fístula.
- Injerto arteriovenoso: es un implante vascular o sintético anastomosado entre una arteria y una vena que puede canularse con agujas de gran calibre para diálisis. Los injertos se suelen colocar en el antebrazo, brazo o muslo. [2, 5]

La HD tiene una serie de complicaciones agudas que surgen durante la sesión, o en las siguientes horas tras la técnica, como son:

- Hipotensión: a causa frecuentemente de disminución excesiva del volumen plasmático, ajuste inadecuado de las resistencias vasculares a la caída del volumen plasmático y un gasto cardíaco insuficiente.
- Náuseas y vómitos: asociados a las hipotensiones.
- Calambres: suelen aparecer al final y resolverse minutos después de retornar la sangre al paciente. A veces surgen antes y se mantienen durante la diálisis.
- Cefaleas: es una complicación frecuente. Suelen presentarse principalmente al final de la diálisis y persistir después.
- Reacciones alérgicas o hipersensibilidad: sus causas son múltiples. Ante estos casos se valorarán por orden la gravedad de la clínica, momento de aparición, forma de evolución y factores desencadenantes.
- Fiebre: su aparición repentina, habitualmente acompañada de escalofríos, hace pensar en la existencia de un proceso infeccioso. En estos casos se seguirá el protocolo de la unidad.
- Arritmias: predispuestas generalmente por alguna enfermedad subyacente.
- Hipoxemia: producida generalmente al inicio de la HD.

- Hemólisis: complicación grave, potencialmente letal que puede suceder durante la diálisis y precisa un diagnóstico y tratamiento inmediatos. Se manifiesta por dolor torácico, de espalda, opresión retrosternal y disnea. Simula una anemia de causa poco clara e incluso un cuadro de resistencia a la eritropoyetina. Sus causas pueden ser físicas, químicas o dependientes del paciente. [6]

Por otra parte, los riñones se encargan de la excreción de muchos medicamentos. A causa del fallo renal, es la HD la que se encarga de ello, por lo tanto hay que vigilar estrechamente que se mantenga el nivel de medicamento y que no haya acumulación tóxica en sangre o tejidos. Los medicamentos que se fijan a proteínas no se eliminan en la diálisis.

Pero la farmacoterapia no es el único tratamiento, los pacientes con IRC también deberán realizar un tratamiento nutricional, cuyos objetivos son minimizar los síntomas urémicos y los desequilibrios de líquidos y electrolitos.

Diálisis peritoneal

La DP es una técnica sustitutiva de la función renal en la cual se utiliza el peritoneo como membrana semipermeable. Para ello se debe insertar un catéter peritoneal entre las dos hojas del peritoneo; una hoja recubre la cavidad abdominal y la otra las vísceras abdominales. Se introduce el dializado en la cavidad abdominal, donde se deja un tiempo para que se produzca la difusión, filtración y ósmosis entre la sangre del paciente y el dializado para finalmente drenar el espacio peritoneal. [5]

La DP está especialmente indicada en pacientes incapaces o no dispuestos a someterse a HD o trasplante de riñón, con problemas de acceso vascular o que responden mal al estrés hemodinámico de la HD. También los problemas asociados a los rápidos cambios metabólicos, de líquidos y electrolitos de la HD se experimentan menos con la frecuencia más lenta de la DP. Los pacientes diabéticos, con enfermedad cardiovascular o ancianos son también buenos candidatos para la DP. [2, 7]

Para realizar la diálisis es necesario un acceso que se consigue por medio de la inserción de un catéter a través de la pared abdominal anterior. El

prototipo de catéter suele ser el catéter tubular de silicona con múltiples perforaciones distales de Tenckhoff. La parte distal puede ser recta o enroscada. Contiene dos manguitos de Dacrón, en los cuales crece tejido fibroso que fija el catéter e impide la entrada de bacterias al peritoneo. Otros tipos de catéteres son el Gore-tex, con manguito de Dacrón sobre un collarín o el catéter de columna-disco, que tiene un manguito y un gran implante para la entrada abdominal. Estos catéteres pueden colocarse con una técnica no quirúrgica o quirúrgicamente, siempre por personal especializado.

Antes de iniciar la DP es aconsejable que pasen entre 7 y 14 días para un correcto sellado del catéter, aunque algunos facultativos proceden a la diálisis tras la inserción del catéter. [5, 7, 8]

Las soluciones de diálisis están comercializadas en bolsas de plástico de 1 o 2 litros con unas concentraciones de glucosa del 1,5%, el 2,5% y el 4,25%. La composición de electrolitos es similar a la del plasma. Mediante calor seco, la solución de diálisis se calienta hasta alcanzar la temperatura corporal para aumentar así el aclaramiento peritoneal, prevenir la hipotermia y potenciar el bienestar.

Durante la Diálisis Peritoneal, la ultrafiltración (extracción de líquidos) depende de las fuerzas osmóticas (el agente osmótico más utilizado es la glucosa).

El ciclo de la DP consta de 3 fases: flujo de entrada (llenado), permanencia (equilibrio) y drenaje. Las tres fases constituyen lo que se denomina un intercambio. El paciente sometido a Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) realiza unos cuatro intercambios al día.

Durante la fase de flujo de entrada se perfunde una cantidad determinada de solución (normalmente 2 l) a través de un catéter y durante un tiempo de aproximadamente 10 minutos.

La siguiente es la fase de permanencia, en la cual ocurre la difusión y ósmosis entre la sangre y la cavidad peritoneal. Esta fase puede durar 20-30 minutos o hasta 8 horas dependiendo del método utilizado. La fase de drenaje dura 15-30 minutos y puede facilitarse cambiando al paciente de posición o

haciendo un masaje suave en su abdomen. El ciclo comienza de nuevo con la infusión de otros 2 l de solución. En la DP manual, para realizar un intercambio completo se tarda aproximadamente 30-50 minutos. [7]

Los tres tipos básicos de DP son la Diálisis Peritoneal Intermittente (DPI), la Diálisis Peritoneal Continua Cíclica (DPCC), ambas técnicas de la diálisis peritoneal automatizada (DPA), y la DPCA.

Con la DPI, el paciente se somete a diálisis de 3 a 5 veces por semana, durante unas 8-12 horas por sesión. El equipo automático controla los tiempos de infusión y de drenaje del dializador del espacio peritoneal.

Con la DPCA, el paciente se introduce y extrae manualmente el dializado cuatro o cinco veces al día, siendo el tiempo de permanencia de 4 a 8 horas cada vez. El paciente sometido a DPCA suele realizar cuatro pases durante el día y un pase de 8 horas por la noche. Las ventajas de este sistema es que no requiere equipos especiales, se puede utilizar durante la actividad cotidiana con mínimas interrupciones, y el proceso continuo se asemeja mucho a la función normal del riñón. El paciente sufre menos restricciones hídricas y dietéticas y puede mantener la homeostasis con más facilidad.

La DPCC es una combinación de la DPI durante la noche y la DPCA durante el día. Con este sistema, se realizan tres o cuatro pases nocturnos con una máquina automática. En el pase final se deja 2 litros que permanecen en la cavidad peritoneal durante el día y se drenan cuando se vuelve a conectar la máquina automática por la noche. Con este sistema se reduce la incidencia de infecciones, ya que el sistema se abre sólo dos veces cada día, una vez por la mañana para desconectarlo y otra por la noche para volver a conectarlo al sistema automático. [5]

Las posibles complicaciones de la DP son la peritonitis, obstrucción del flujo, dolores abdominales, hemorragias, alteraciones electrolíticas, arritmias y dificultades respiratorias. [7]

La peritonitis es una complicación muy frecuente en DP, que condiciona a medio y largo plazo un fracaso de la membrana que impide la permanencia del paciente en DP. Se han establecido cuatro vías de infección: intraluminal,

periluminal, transmural y otras poco frecuentes (hematógena y ascendente desde los genitales femeninos).

La principal manifestación clínica de peritonitis es la salida de materia de aspecto turbio y con un recuento de leucocitos superior a 100 células/ μ l, apareciendo también dolor abdominal, fiebre, dolor de rebote, diarrea, vómitos y distensión abdominal. Es posible añadir antibióticos al dializado e introducirlos directamente en la cavidad peritoneal. [5, 7, 9]

Según las conclusiones del foro sobre calidad y sostenibilidad del tratamiento sustitutivo renal (marzo 2011), sólo el 10% de los pacientes en diálisis recibe DP domiciliaria. La distribución de las modalidades de diálisis está influenciada por la estructura económica y el diseño sanitario, la DP domiciliaria es más utilizada en países con sistema de salud público que privado.

El Dr. Ortega [10] afirmó que en España el uso de la DP domiciliaria varía mucho de una comunidad autónoma a otra, estando más presente en aquellas en las que el trasplante está más implantado, en Andalucía, Cádiz, seguida de Jaén, tiene valores hasta el triple mayores de DP domiciliaria que en Málaga o Córdoba.

También comenta las razones que han llevado a la infrautilización de la DP domiciliaria, tales como la sobreoferta de puestos en HD, el gran porcentaje de pacientes que inician tratamiento sustitutivo renal de modo urgente, falta de aplicación de la Ley de Autonomía del Paciente, un nivel de formación en DP domiciliaria deficiente por parte de los nefrólogos, una gran escasez de recursos de enfermería destinados a DP domiciliaria comparados con los utilizados en HD en centro, y falta de sensibilidad de los gestores sanitarios hacia el asunto con la consecuente falta de planificación para conseguirlo.

Todo esto favorece el uso de HD, teniendo ésta mayor disponibilidad que la DP domiciliaria, quedando relegada como segunda técnica. [10]

Calidad de Vida

A mediados de los años setenta, el término “Calidad de Vida” aparece como un concepto multidimensional que pretende valorar el efecto que la

enfermedad tiene sobre el individuo en su contexto individual, familiar y social. La OMS define la Calidad de Vida como: “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.” [11, 12]

Existen también varias áreas que afectan a la Calidad de Vida, como son la educación y educación especial, el cuidado de la salud física, salud mental y comportamental, retraso mental y discapacidades intelectuales, envejecimiento y la familia.

También encontramos 8 dimensiones básicas de Calidad de Vida, que son el bienestar físico, bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos. En el área de cuidado de la salud física, cada dimensión tiene una serie de indicadores. [13]

Anteriormente hemos hablado de la Calidad de Vida, y a continuación trataremos la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Con mucha frecuencia ambos términos se utilizan indistintamente, están muy relacionados, pero son diferentes y es un error intercambiarlos. En realidad, el primero incluye al segundo, al ser mucho más abarcador. El segundo se utiliza cuando se desea la percepción de la persona sobre su propia salud y el valor del tiempo de su vida asociado a limitaciones o discapacidades de índole física, psicológica, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, tratamiento, accidentes o determinadas políticas, y no sólo cuánto le queda por vivir.

Para este siglo XXI, al menos en sus inicios, importa más cómo se siente el enfermo, que cómo debía sentirse en relación con las medidas terapéuticas empleadas. Lo nuevo que incorpora a las ciencias de la salud este concepto de CVRS es la percepción del individuo, como una necesidad de evaluación de resultados en salud. Esto refuerza que, estimar CVRS es muy importante, pues permite valorar la percepción que tienen las personas sobre “si valió la pena” someterse a procedimientos médicos. [12]

La IRC, por sus características tiene un gran impacto sobre la CVRS de aquellos que la padecen. Los síntomas, restricciones (en su mayoría dietéticas) y su tratamiento afectan a la vida diaria de estos pacientes.

En el curso de la Enfermedad Renal Crónica se produce un deterioro de la CVRS de los pacientes, relacionada con factores demográficos (edad, sexo, nivel de educación, situación económica, etc.), con las complicaciones de la propia enfermedad (anemia, malnutrición, etc.), con las enfermedades que la causan (diabetes, hipertensión, etc.) o con el propio deterioro de la función renal. Sería de gran importancia conocer la CVRS basal para evaluar los resultados de las intervenciones que se le realizarán al paciente y durante el seguimiento ambulatorio. [14]

Aunque no existe una definición generalmente aceptada y utilizada de la CVRS, Herdman et al. [11] citan la definición propuesta por Shumaker y Baughton, definiéndola como: “la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional”.

Los aspectos más importantes de esta definición son el hecho de que pone el énfasis en la evaluación subjetiva que el individuo hace de su propia Calidad de Vida, e incorpora un número limitado y bien definido de dimensiones.

La CVRS incorpora solamente aquellas dimensiones que el individuo experimenta directamente y no incluye otros elementos que aunque son importantes en la salud, el individuo no percibe directamente, ni aspectos externos como la vivienda, el medio ambiente, o incluso la situación política y económica del país.

Aun así, no es fácil a la hora de operativizar estos conceptos en instrumentos, separar qué parte del bienestar/malestar en algunas dimensiones

es debida a elementos relacionados con la salud y la atención sanitaria, y qué parte es debida a aspectos económicos, sociales o políticos, dado que todo se relaciona entre sí.

De este modo, la CVRS o salud percibida integra aquellos aspectos de la vida que están directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado del bienestar, que pueden ser agrupados en cuatro apartados: estado físico y capacidad funcional, estado psicológico y bienestar, interacciones sociales y estado económico y sus factores. [11]

Las escalas de CVRS tienen que contemplar una serie de requisitos como son: que los beneficios se midan en una escala común para que se puedan agregar, que los intervalos para medir calidad y cantidad de vida sean comparables, y que se puedan comparar con la duración, y por último, que tengan como sostén las preferencias. También los instrumentos de medida de la CVRS deben cumplir los mismos criterios de pertinencia, validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio.

Los instrumentos para evaluar la CVRS (cuestionarios) pueden ser específicos y genéricos. Los específicos se han desarrollado para evaluar la CVRS en enfermedades específicas, relacionando los efectos sobre la salud de tecnologías o evaluaciones económicas de tipo costo y efectos. Son muy sensibles a los cambios ante un problema de salud, siendo una ventaja, pero su desventaja es que no permiten comparar entre diferentes enfermedades. Los genéricos pueden ser utilizados en grupos de poblaciones y enfermedades diferentes, independientemente del problema que les afecte. Con ellos se pueden realizar comparaciones generales y abstractas en relación con el daño que sobre aquellos provocan los procesos morbosos. [12]

La mayoría de los instrumentos de medida de CVRS están compuestos por una serie de ítems o preguntas y unas instrucciones para completar el cuestionario. Los ítems se agrupan generalmente en las dimensiones con las que se miden los diferentes aspectos de la salud. Las opciones de respuesta pueden ser de tipo dicotómico, pudiéndose responder sólo sí o no, o escalas tipo Likert (de 4 a 7 opciones de respuesta), también otros cuestionarios usan escalas visuales analógicas. Los cuestionarios de medida de CVRS deben

disponer de una versión traducida al español que esté correctamente validada. Es importante conocer la utilización, puntuación y análisis de los cuestionarios a causa de las diferencias existentes entre ellos. Para algunos instrumentos existen normas de referencia poblacional muy útiles para la comparación con una población específica. La elección del instrumento depende del tipo de estudio, de sus objetivos, del tipo de pacientes o del modo de administración del cuestionario. [15]

Los instrumentos genéricos usados para la evaluación de la CVRS en España son:

- Nottingham Health Profile (NHP), es autoadministrado, cuenta con 38 ítems y no tiene subescalas.
- Sickness Impact Profile (SIP), auto o heteroadministrado, con 136 ítems y sin subescalas.
- SF-36 Health Survey, también auto o heteroadministrado, cuenta con 36 ítems, y tiene dos subescalas (SF-12 y SF-8).
- EUROQOL 5D, cuenta con 15 ítems y una escala analógica visual, sin subescalas.
- Láminas COOP-WONCA, de 9 ítems, auto o heteroadministrado y sin subescalas.

Los instrumentos específicos usados para la evaluación de la CVRS en España son:

- Kidney Disease Questionnaire, de 26 ítems y heteroadministrado, sin subescalas.
- Kidney Transplant Questionnaire, de 25 ítems, pero autoadministrado, sin subescalas.
- Kidney Disease and Quality of Life-Short Form, de 43 ítems y autoadministrado, es una subescala del KDQOL TM (que tiene 97 ítems).

Todos ellos, tanto genéricos como específicos están validados al castellano.

Para medir la CVRS, los instrumentos mayoritariamente elegidos por los autores en España son, en primer lugar el SF-36 con mucha diferencia,

seguido de KDQOL-SF, igual que el SIP y las láminas COOP-WONCA. Siendo menos usados el NHP y el Kidney Disease Questionnaire. [14]

A continuación, como punto aclarativo, sería interesante comentar que a lo largo de esta revisión aparecerán en repetidas ocasiones las palabras “el paciente”, las cuales serán utilizadas como término neutro, sin ningún tipo de connotación sexista.

Objetivos

GENERAL

Analizar la existencia de diferencias significativas de Calidad de Vida entre Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.

ESPECÍFICOS

- Estudiar la existencia de diferencias de Calidad de Vida entre ambas técnicas dialíticas según los diferentes cuestionarios utilizados.
- Demostrar la supremacía de una técnica sobre la otra en cuanto al ámbito de Calidad de Vida.

Hipótesis de trabajo

¿Existen diferencias de Calidad de Vida entre Hemodiálisis y Diálisis peritoneal?

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una búsqueda en la literatura sobre las diferencias de calidad de vida entre hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP) en los últimos 15 años.

Las bases de datos consultadas han sido Cuiden, Google Académico, Pubmed, Scielo, Sciencedirect, LILACS, Scopus y CINHALL, también se revisaron revistas específicas de nefrología como Revista Nefrología Diálisis y trasplante, Nefrología S.E.N. y SEDEN. Las palabras clave utilizadas fueron: *hemodiálisis*, *“diálisis peritoneal”*, *“calidad de vida”*, *DPCA*, *diferencias* y

comparación (estas dos últimas fueron utilizadas cuando en la búsqueda se obtuvo un número excesivo de resultados, como ocurrió en Google Académico por ejemplo), y sus correspondientes en inglés (*hemodialysis*, “*peritoneal dialysis*”, “*quality of life*”, *CAPD*, *differences* y *comparison*).

Los resultados de las bases de datos escogidas han sido variables, se ha obtenido el mayor número de documentos en Pubmed y en Scopus.

El idioma predominante en la mayoría de los estudios es el inglés, aunque también se han recabado algunos documentos en español.

Para su inclusión, los documentos encontrados debían poseer las siguientes características:

- Texto completo (full text), ya fuera en formato HTML o PDF, este filtro se podía encontrar en algunas bases de datos, siendo de gran utilidad para nuestra revisión.
- Elección de documentos y bases de datos o páginas gratuitas.
- Estudios que fueran publicados entre los años 2000 y 2015 con la finalidad de encontrar los documentos más recientes ya que los cambios en el tratamiento de diálisis han sido notorios con el paso de los años con su correspondiente repercusión en la Calidad de Vida de sus pacientes. Éste criterio ha producido una reducción importante en el número de documentos. Desde el principio encontramos varios artículos de Calidad de Vida en HD y DP pero que trataban ambas terapias por separado, en cambio, no había mucha bibliografía escrita sobre las diferencias de Calidad de Vida entre ellas.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Se excluyeron todos los estudios cuyo método de Tratamiento Sustitutivo Renal fuera la HD domiciliaria, ya que los pacientes de HD se dializan en el hospital y queríamos establecer una comparativa entre las técnicas más utilizadas.
- Los documentos que incluyeran en sus rangos de edad a los menores de 15 años, puesto que a partir de edades inferiores a esa se utilizan cuestionarios de Calidad de Vida diferentes de los del adulto.

En cuanto a la DP se aceptaron las técnicas sustitutivas “DPCA” y la “diálisis peritoneal automatizada” (DPA) sin distinción entre ellas, debido a que la mayoría de documentos englobaba a ambas dentro del mismo término “DP”, o no especificaban cuál de las dos eran utilizadas en el estudio.

En total se encontraron 2011 artículos, de los cuales, tras la aplicación de los filtros y los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados, 150 fueron revisados, siendo finalmente seleccionados 29 artículos, válidos para nuestra revisión.

RESULTADOS

En esta sección hemos agrupado los datos sobre Calidad de Vida obtenidos de nuestra revisión y serán ordenados según los cuestionarios más utilizados.

De todos los cuestionarios que usan los estudios de nuestra revisión, han sido considerados para este trabajo seis (EUROQOL-5D, GHQ-28, SF-12, SF-36, WHOQOL-BREF y KDQOL-SF). Se han descartado los demás por diversas razones, por no medir la Calidad de Vida, ser creados por los profesionales que realizaban el estudio específicamente para el mismo aunque también midieran la Calidad de Vida (pero no estaban validados), por ser utilizados en tan sólo un estudio e impedirnos la realización de comparaciones con los demás y aquellos que no presentaban los datos de manera clara resultándonos inservibles.

Cuestionario SF-36

El cuestionario SF-36 (Medical Outcome Study Short Form 36) es un cuestionario genérico que consta de 36 ítems agrupados en ocho escalas que evalúan diferentes áreas de la salud: función física (PF), rol físico (RF), dolor corporal (BP), salud general (GH), vitalidad (VT), función social (SF), rol emocional (RE) y salud mental (MH). Estas escalas se agrupan en dos medidas de resumen: Salud física (PCS) y Salud mental (MCS). El resultado de sus puntuaciones se convierte a una escala de 0 a 100 puntos, estando relacionadas unas mayores puntuaciones con una mejor Calidad de Vida. [25].

Este cuestionario ([Anexo 1](#)) fue utilizado por 15 estudios de nuestra revisión. De ellos 5 no encontraron diferencias significativas entre ambas técnicas dialíticas, uno tras el ajuste por variables sociodemográficas, ya que sin el ajuste sí obtenía diferencias significativas a favor de la DP. Dos estudios encontraron significación a favor de la HD como terapia que proporciona mayor Calidad de Vida, uno de ellos en los dominios PF, RF, SF y PCS, y el otro sólo en el dominio VT. Nueve estudios encontraron diferencias significativas de Calidad de Vida a favor de la DP.

Desglosándolo según los dominios, mostraremos en la siguiente tabla el número de estudios que presentaban diferencias significativas a favor de cada terapia de reemplazo renal. Sólo tomaremos en consideración aquellos que presenten las diferencias tras los ajustes por variables sociodemográficas para evitar sesgos.

Terapia Dominios	Díálisis peritoneal	Hemodiálisis	Sin significación estadística
Función física	3	1	5
Función social	2	1	
Dolor corporal	6	0	
Salud general	1	0	
Vitalidad	3	1	
Función social	3	1	
Rol emocional	3	0	
Salud mental	2	0	
PCS	1	1	
MCS	1	0	

Como se puede observar hay más estudios con resultados significativos en cuanto a Calidad de Vida a favor de DP.

En especial el dominio de dolor corporal que es el que más puntuación ha obtenido y completamente a favor de la DP.

Por otra parte, los dominios en los que ha destacado en alguna ocasión más la HD (aunque sin superar a los de la DP) son en aquellos relacionados con la función física sobre todo.

Cuestionario SF-12

El cuestionario SF-12 (versión Short Form-12), es un cuestionario de autoevaluación de la salud física y mental que tiene dos resultados principales: la escala componente físico (PCS) y la escala componente mental (MCS). Se trata de una versión abreviada del SF-36, consta de 12 artículos agrupados en 8 escalas que evalúan diferentes áreas de salud: función física (PF), rol físico (RP), dolor corporal (BP), salud general (GH), vitalidad (VT), función social (SF), rol emocional (RE) y salud mental (MH). El resultado de sus puntuaciones se convierte a una escala de 0 a 100 puntos, siendo relacionadas unas mayores puntuaciones con una mejor Calidad de Vida.

De todos los estudios de nuestra revisión, 3 utilizaron este cuestionario para medir la Calidad de Vida, en este caso sólo midieron el PCS y el MCS. De ellos, 2 no encontraron diferencias significativas entre las dos terapias dialíticas estudiadas, pero uno sí las encontró a favor de la DP.

Terapia Dominios	Diálisis peritoneal	Hemodiálisis	Sin significación estadística
PCS	-	-	2
MCS	1	0	

En este caso predominan los estudios que no encuentran significación estadística entre ambos, pero la única referencia para la comparativa muestra la mejoría de Calidad de Vida en el aspecto mental en los pacientes de DP.

Cuestionario WHOQOL-BREF y WHOQOL-100

Ambos cuestionarios fueron creados por la OMS, el WHOQOL-100 es un instrumento de 100 ítems autoadministrable que evalúa seis campos de la Calidad de Vida percibida por el sujeto: físico (SF), psicológico (SPS), independencia (NI), relaciones sociales (RS), ambiente (AM) y espiritual (ES). Estos campos contienen 24 facetas de cuatro ítems cada uno, para un total de 96 ítems y una faceta adicional de 4 ítems que pertenecen a Calidad de Vida

global y Salud General (CVG). El WHOQOL-BREF es una versión reducida del WHOQOL-100 que incluye 26 preguntas que abarcan cuatro ámbitos: salud física, salud psicológica, Salud social y Salud ambiental. Las puntuaciones se aportan según la escala Likert, de 1 a 5 puntos, y el rango de calificaciones es de entre 1 a 20. Siendo las puntuaciones más altas las que indiquen una mejor Calidad de Vida. [18, 33] (Anexo 2)

De entre los estudios de nuestra revisión, seis han utilizado estos cuestionarios para evaluar la Calidad de Vida en las personas con tratamiento de sustitución renal, 5 de ellos el cuestionario WHOQOL-BREF y uno el WHOQOL-100.

De los 6 estudios, dos de ellos no encontraron diferencias significativas entre ambas terapias, dos las encontraron a favor de la DP y otros dos a favor de la HD.

A continuación se muestran el número de estudios que presentan significación según los dominios de los cuestionarios.

Terapias Dominios	Diálisis peritoneal	Hemodiálisis	Sin significación estadística
Salud Física	1	1	2
Salud Psicológica	-	-	
Salud Social	2	0	
Salud Ambiental	2	0	
Nivel independencia	0	1	
Espiritualidad	-	-	
Calidad de vida total	-	-	

Como podemos observar, según los dominios, hay una percepción de mejor Calidad de Vida en salud social y ambiental en los pacientes de DP, siendo los factores físicos en los que más destaca la HD (en igualdad con la DP).

Cuestionario EUROQOL-5D

Es un cuestionario genérico de carácter autoadministrado y compuesto por cinco elementos que abordan: movilidad (problemas para caminar), cuidado personal o auto-cuidado (problemas para bañarse o vestirse por sí mismo), actividades habituales (problemas con su realización), dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada artículo ofrece tres categorías de respuesta, incluyendo “no hay problema”, “algunos problemas” y “problemas extremos”. Además, se pide a cada paciente que evalúe su propia salud en general mediante una escala analógica visual (EQ-VAS o escala del termómetro) que va de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable), dando lugar a una “medida de puntuación de Calidad de Vida”. [29] (Anexo 3).

De los estudios revisados, tan sólo dos han utilizado este tipo de cuestionario para medir la Calidad de Vida, a pesar de la escasez de estudios los resultados se mostrarán a continuación, no presentando significación uno de los estudios, y el otro sí, a favor de HD en el dominio de “actividad habitual”.

Terapias Dominios	Díálisis peritoneal	Hemodiálisis	Sin significación estadística
Movilidad	-	-	1
Cuidado personal	-	-	
Actividad habitual	0	1	
Dolor/malestar	-	-	
Ansiedad/depresión	-	-	
Escala analógica visual	-	-	

Cuestionario GHQ-28

Es un cuestionario para la evaluación de la Calidad de Vida, evaluándola según cuatro ejes principales que pueden afectar a otros aspectos de la vida: los síntomas somáticos, la ansiedad/insomnio, la disfunción social y la depresión severa, finalmente se anota la puntuación total.

Cada eje incluye siete preguntas con cuatro opciones cada una. La escala Likert se utiliza con unas puntuaciones de 0 a 3. La puntuación más alta se asocia con una mejor Calidad de Vida. [26] ([Anexo 4](#))

Terapias Dominios	Diálisis peritoneal	Hemodiálisis	Sin significación estadística
Síntomas somáticos	1	0	0
Ansiedad/insomnio	3	0	
Disfunción social	1	0	
Depresión severa	3	0	
Puntuación total	3	0	

De los estudios recabados en nuestra revisión, 3 han utilizado este cuestionario en la medición de la Calidad de Vida. Todos han hallado diferencias estadísticamente significativas, mostradas en la tabla anterior.

Observando los resultados podemos ver que en los tres estudios que utilizan este cuestionario se encuentra significación estadística a favor de la Calidad de Vida en la DP en contraposición a la HD.

Cuestionario KDQOL-SF

El cuestionario KDQOL-SF combina el instrumento genérico SF-36 con el instrumento específico de la enfermedad renal. Los resultados del instrumento genérico ya han sido agrupados y mostrados en el apartado del cuestionario SF-36. Aquí será analizado el componente específico de la enfermedad, el cual incluye 43 artículos que se pueden resumir en 12 escalas: lista de síntomas/problema, los efectos de la enfermedad renal, la carga de la enfermedad renal, la situación laboral, la función cognitiva, la calidad de la interacción social, la función sexual, el sueño, el apoyo social, los estímulos del personal de diálisis, la salud general y la satisfacción del paciente. Las puntuaciones se transforman a un rango de 0 a 100, y las puntuaciones más altas se relacionan con una mejor Calidad de Vida. [25] ([Anexo 5](#)).

El KDQOL-SF se ha utilizado ampliamente para la evaluación de la CVRS en los pacientes con enfermedad renal, especialmente en los que se encuentran en diálisis.

De los artículos de nuestra revisión, 6 utilizaron este cuestionario. Uno no encontró diferencias significativas entre ambas terapias dialíticas, para el resto hubo significación a favor de DP, con excepción de un estudio en el cual un dominio tuvo resultados favorecedores de la HD. En la siguiente tabla se muestran los resultados de cada estudio según los dominios del cuestionario.

Terapia Dominios	Diálisis peritoneal	Hemodiálisis	Sin significación estadística
Síntomas/problemas	1	0	1
Efectos de la enf. Renal	2	0	
Carga de la enf. Renal	2	0	
Situación laboral	1	1	
Función cognitiva	-	-	
Calidad interacción social	1	0	
Función sexual	1	0	
Sueño	-	-	
Apoyo social	-	-	
Estímulos personal	2	0	
Salud General	2	0	
Satisfacción paciente	3	0	

Según la tabla podemos observar que en todos los resultados, la DP ofrece una mejor Calidad de Vida a los pacientes que se dializan con ella. En cuando a los dominios, las únicas diferencias estadísticamente significativas que consigue la HD con respecto a la DP (sin llegar a sobrepasarla en número) son en la situación laboral.

Otros cuestionarios

De los demás tres cuestionarios de CVRS, que no han podido ser comparados con los demás por ser utilizados sólo en un estudio, realizados o modificados por los profesionales, dos no encontraron diferencias significativas entre ambas modalidades de diálisis, y el tercero sí las tuvo, a favor de DP en todos sus dominios (impacto global de la terapia, vida familiar, independencia, religión/espiritualidad, nivel de energía y situación de la vivienda).

DISCUSIÓN

Aunque existen diversos estudios que evalúan la Calidad de Vida de los pacientes con patología renal, la gran mayoría se centran o sólo en la HD o únicamente en la DP, pero en la bibliografía encontramos relativamente pocos documentos que comparen la Calidad de Vida de los pacientes entre ambas terapias de sustitución renal. Entre los que sí las comparan, se pueden encontrar gran variedad de resultados, unos informan de la no existencia de diferencias significativas entre ellas, otros sí las encuentran, a favor tanto de HD como de DP, aunque tras los ajustes por variables sociodemográficas, las significaciones encontradas se pierden en muchas ocasiones.

En esta revisión, hemos dividido la información según los cuestionarios encontrados en los estudios, en el primero descrito, el SF-36, encontramos que más de la mitad del total de artículos que lo utilizan han encontrado diferencias significativas a favor de la DP como método que más Calidad de Vida ofrece al paciente prácticamente en todos los dominios, tanto del componente físico como mental. ([Anexo 6](#)) En especial llama la atención el dominio del dolor corporal, en el que encontramos 6 estudios con significación a favor de la DP y ninguno para la HD. Esto puede ser debido a la mayor frecuencia con la que los pacientes de HD lo experimentan, por las agujas utilizadas para la conexión del paciente al monitor, recibiendo dos punciones en cada sesión 3 o 4 veces en semana, o las molestias asociadas al proceso de filtración, entre otras.

Entre los estudios a favor de la HD, se encuentra la significación estadística sobre todo en el componente físico, en dominios como la función física, el rol físico, la vitalidad, el PCS, y también en la función social, pero igualmente se encuentran superados en número por estudios a favor de la DP.

En cuanto a las puntuaciones en el componente mental, una posible explicación de la supremacía de documentos favorecedores de la DP es el mayor poder que tienen estos pacientes sobre su terapia, es decir, ellos son los responsables de dializarse a sí mismos, por lo tanto también tienen más conocimientos y están más informados sobre las acciones que deben realizar, las posibles complicaciones y cómo detectarlas, y en general pueden sentir mayor control de su patología resultándoles beneficioso, aunque también

podría llegar a ser contraproducente en algunos momentos, por el exceso de responsabilidad que recae sobre ellos y que pueden llegar a sentir.

En cuanto al cuestionario WHOQOL-BREF, encontramos resultados parecidos. ([Anexo 7](#)) Los estudios que muestran mayor Calidad de Vida en HD, principalmente es en dominios relacionados con la salud física o el nivel de independencia, en la literatura también se informa de mejores puntajes en HD que en DP en el bienestar físico, del mismo modo que se han mostrado efectos más favorables en el tiempo en estudios prospectivos del tratamiento de HD en estos dominios físicos, pero en esta revisión, el número de estudios a favor de la HD no superan a los de DP. En el caso contrario, sí existe supremacía de estudios en DP frente a HD en los dominios de Salud social y salud ambiental. Esto podría deberse a que los pacientes en HD tienen más restricciones impuestas a su vida, y por la dependencia del proceso de diálisis, que pueden causar aislamiento social, debido a la alta frecuencia de tratamiento recibido en un centro y el largo tiempo de espera en la unidad médica.

En cuanto al cuestionario SF-12, fue utilizado por tres estudios, y dos de ellos no encontraron significación entre ambas técnicas dialíticas, en el único donde sí las hubo, fueron a favor de la DP, y en el componente mental, en concordancia con lo mencionado con anterioridad.

El cuestionario EUROQOL-5D también fue utilizado por pocos estudios, dos, y en uno de ellos no se encontraron diferencias significativas de Calidad de Vida entre las terapias de reemplazo renal, pero en el otro sí, a favor de HD, en su dominio “actividad habitual”, cuyo resultado es controvertido con los que obtienen otros estudios, ya que los pacientes de HD deben desplazarse hasta los centros para poder dializarse 3 o 4 veces en semana, mientras que los de DP realizan su terapia en casa y según la literatura pueden llevar a cabo con mayor frecuencia sus actividades cotidianas al tener mayor autonomía y tiempo, ya que la realización de los recambios del líquido de diálisis no implican mucha duración en el caso de la DPCA, y en la DPA todo el proceso de depuración se produce mientras el paciente duerme.

El cuestionario GHQ-28 fue utilizado por 3 estudios, en todos sus resultados se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor de

DP, en uno de los tres documentos, en todos sus dominios dentro del mismo. Este cuestionario mide la Calidad de Vida centrándose en el aspecto psíquico, esto coincide con los resultados mencionados anteriormente, los pacientes en DP tienen una mejor Calidad de Vida en el componente mental. Los dominios de ansiedad/insomnio, depresión severa y la puntuación total fueron afectados en todos los estudios con peores resultados para los pacientes de HD. En la literatura se menciona que en particular los pacientes de HD parecen experimentar estos síntomas durante los años iniciales de tratamiento, lo que puede reflejar su carga emocional al tener que adherirse a un régimen de tratamiento estricto.

El KDQOL-SF fue el cuestionario específico de la enfermedad renal que utilizaron seis de los artículos de nuestra revisión. En un estudio no se encontraron diferencias significativas entre las terapias dialíticas. ([Anexo 8](#)). En los cinco restantes sí se observaron, a excepción de uno, en el cual hubo resultado favorable para HD en el dominio de “situación laboral”, en el resto de los dominios los resultados fueron favorables para DP. Este resultado contrasta con los encontrados en la literatura, ya que las tasas de desempleo suelen ser mayores en los pacientes de HD que en los de DP, debido a la incompatibilidad horaria de las sesiones de diálisis en el centro hospitalario con su trabajo.

Las únicas dimensiones que no obtuvieron ninguna diferencia significativa por parte de ninguna terapia sustitutiva, fueron la función cognitiva, el sueño y el apoyo social. El dominio en el que más estudios encontraron diferencias fue en la “satisfacción del paciente”, favorables para DP pudiendo explicarse por la atención más individualizada que reciben y el cuidado interpersonal de los profesionales de la salud renal.

También llama la atención las diferencias encontradas en el dominio de “función sexual” a favor de DP, ya que en la literatura se menciona que estos pacientes, debido a las modificaciones corporales que sufren por la inserción del catéter peritoneal, suelen tener alterado este patrón ya que la evitan por falta de aceptación de su cuerpo, en comparación con los pacientes de HD.

Por otra parte realizando una comparación general de los estudios, de los 29 de los que consta esta revisión un total de 10 no hallaron ninguna

diferencia significativa en todos los cuestionarios que utilizaran en su artículo. De los 19 restantes, se hallaron en algunos de los dominios de los diferentes cuestionarios que utilizaron, diferencias significativas en 16 documentos a favor de la DP, y en 6 en el caso de la HD.

Esto quiere decir que independientemente de los cuestionarios que se utilizaran, en la mayoría se encontró más significación con respecto a la terapia de DP como técnica que ofrece una mayor Calidad de Vida a sus pacientes.

En general, en las diferentes encuestas, varias coinciden con unos resultados similares, el componente mental se ve mucho más favorecido en los pacientes que se encuentran en DP, por el mayor apoyo del personal que puedan recibir y de carácter más individualizado, el autocontrol que sienten con respecto a su patología y conocimiento de sus cuidados, una mayor autonomía, mayor comodidad al poder dializarse en el hogar sin tener que desplazarse varias veces en semana y menos restricciones que las que tienen los pacientes en HD, entre otras. Y por otra parte, en los dominios en los que la técnica de HD ha obtenido más resultados significativos, con independencia también del cuestionario utilizado, son los relacionados con el componente físico, pudiendo ser debido a la eficacia depuradora de la HD, que elimina los residuos de forma más rápida que la DP, permitiéndoles realizar sus actividades diarias y sentirse más vitales, hasta la siguiente sesión de HD, sin la realización de cambios de líquido de diálisis de forma continua o durante las noches.

En esta revisión, según los resultados obtenidos, se podría decir que la DP ofrece mejor Calidad de Vida a sus pacientes que la HD aunque no es posible asegurarlo ya que existen gran cantidad de variables socio-demográficas que pueden hacer variar los resultados de Calidad de Vida por su influencia en ellos.

Hay muchos factores que influyen en la Calidad de Vida en pacientes en diálisis crónica, Borowiak et al. [38] indican que pueden ser la edad, el sexo, la orientación profesional, la duración de la terapia, la presencia de comorbilidades, el estado de salud, la posibilidad de elegir el método de terapia de reemplazo renal, la condición social y económica, la situación familiar y profesional, el estado emocional, el estrés, la cultura, el apoyo recibido de la

familia, las relaciones entre el personal sanitario y el paciente, la independencia funcional, la actividad física, el estado nutricional, las complicaciones que puedan surgir, las creencias personales, opiniones y la religión.

En la mayoría de los estudios de nuestra revisión no se muestra un número homogéneo de pacientes en la muestra, suele haber mayor cantidad de pacientes de HD que de DP, ya que es una técnica más utilizada y hay mayor continuidad del seguimiento de los pacientes.

En cuanto al sexo en las muestras en ocasiones hay predominancia en número tanto de hombres como de mujeres en cada estudio, sin haber una diferencia a favor de ningún sexo.

Las edades de los pacientes por regla general entre todos los artículos suelen estar comprendidas en un rango entre los 40 y 70 años, no habiendo diferencias entre terapias dialíticas en general, aunque independientemente en cada estudio normalmente los pacientes de HD suelen tener mayor edad que los de DP, en el caso de la escolaridad se podrían encontrar diferencias también, ya que generalmente las personas que están en DP suelen ser personas con más cantidad de estudios terminados porque se les ofrece esta terapia antes que a otros pacientes menos formados.

También encontramos diferencias que pueden influir en los resultados de Calidad de Vida en la permanencia en cada terapia, la media general está entre 3 y 7 años, siendo mayor en casi todos los estudios en la HD.

En prácticamente todos los estudios se ha encontrado que los pacientes suelen estar casados, en esta variable influye mucho el apoyo que estas personas reciban por parte de sus parejas.

En la literatura escrita se ha mencionado la predominancia de empleo en las personas en DP en comparación con las de HD, en nuestros artículos ciertamente suelen tener más empleo con frecuencia los pacientes de DP y abandonarlo con mayor frecuencia los de HD, siendo éste un factor influyente en la Calidad de Vida, aunque en nuestros resultados no se han determinado diferencias significativas que corroboren estos hechos.

La comorbilidad es otro factor que afecta a la Calidad de Vida de los pacientes, tanto más cuanto mayor sea el número de enfermedades comórbidas. Según la literatura, se suele ofrecer más la HD a los pacientes con mayor comorbilidad, esto puede influir en la percepción de Calidad de Vida de los pacientes y en los resultados que se obtienen en los estudios de nuestra revisión, a favor de la DP.

Un factor muy importante es la cultura, que en nuestra revisión podría ser considerada como una limitación, ya que existen disparidades regionales y nacionales en el estudio de la CVRS y en nuestra revisión se obtienen estudios de muchos países, lo cual influye mucho en las comparaciones de la Calidad de Vida, ya que la forma de tratamiento, las necesidades, la financiación de las técnicas, las costumbres, la forma de percibir la enfermedad, etc. son completamente diferentes entre unos países y otros. Así, por ejemplo, no será igual la Calidad de Vida entre un europeo, un africano y un asiático, particularmente en este último caso, según Griva et al. [34] tienen unos valores culturales basados en la interdependencia y el colectivismo, lo que significa que la estabilidad y el bienestar familiar son más estimados que el propio bienestar individual, por lo que estas personas, más dependientes de sus familiares, pueden sentirse como una carga para su familia, impactando en la dinámica de la pareja y desencadenando una mayor tensión y angustia emocional que desemboca en una peor percepción de la Calidad de Vida para este tipo de pacientes.

Otro factor influyente sería la capacidad de selección del tratamiento dialítico, en muchos lugares, según la literatura, se tiene una visión más paternalista de la salud del paciente, por lo que son los profesionales los que deciden la técnica de diálisis de estas personas, sin darle opción de elección, normalmente fomentando su entrada en la HD, en muchos casos por menos experiencia del personal, el cual recomienda esta técnica ya que es la que mejor conoce, en otros porque los pacientes tienen menos formación y no se les explica lo suficiente. La capacidad de elección de la técnica puede influir en unos mejores resultados de la Calidad de Vida, ya que los pacientes estarán más informados sobre las ventajas y desventajas de cada técnica y serán ellos los que decidan sobre su salud según sus preferencias individuales, teniendo una mayor sensación de control y de participación en su tratamiento.

Por otra parte, en nuestros estudios también se encontraron varias comparaciones de Calidad de Vida de nuestros pacientes en terapias de diálisis con “grupos control” de pacientes sanos sin problemas renales escogidos al azar, demostrando una gran disminución significativa de la Calidad de Vida en los pacientes dializados en comparación con el otro grupo. También se encontraron comparaciones con la técnica de Trasplante Renal, obteniendo ésta también mayores resultados significativos de Calidad de Vida en comparación con la HD y la DP, apoyados estos resultados por la literatura.

LIMITACIONES

Podemos encontrar algunas limitaciones que afectarán a los resultados finales:

- La cultura, es un factor que, como comentamos anteriormente, afecta a los resultados finales, dentro de un mismo país ya existen diferencias en la forma de percibir la Calidad de Vida, entre diferentes países aun más, ya sea por sus costumbres, sus creencias, sus hábitos de vida, la forma de percibir la enfermedad, las diferencias en la forma de tratamiento, la financiación de estas técnicas, diferente en cada país, la cual influye mucho en la Calidad de Vida, ya que afectará al bienestar económico de la familia en el caso de que tuvieran que financiárselo ellos, siendo la terapia de reemplazo renal una técnica altamente costosa, y en nuestro trabajo debido a la escasez de documentos, se han aceptado los estudios de diferentes países.
- La no distinción de las terapias de DPA y DPCA dentro del término de DP, ya que en muchos artículos no se especificaba cuál de las dos técnicas de DP era utilizada, o en la selección de pacientes, los mezclaban seleccionándolos de ambas técnicas y realizando las comparaciones con la HD sin distinción, unificándolas bajo el término “DP”. Esto también puede influir en los mejores resultados obtenidos por DP, ya que la técnica de DPA según algunos estudios proporciona mejores resultados de Calidad de Vida que la de DPCA y la HD.
- La diversidad de cuestionarios diferentes para la medición de Calidad de Vida puede constituir un sesgo en nuestra revisión, ya que se han encontrado hasta 9 cuestionarios diferentes, con dominios particulares en cada uno y distintas formas de medición, que no permiten la comparación

entre ellos. Los cuestionarios son: WHOQOL-100 (y su versión WHOQOL-BREF), STAI (no mostrado anteriormente debido a la no presentación de sus datos en los documentos), PSN (tampoco mostrado en nuestra revisión ya que sólo era utilizado por un estudio), GHQ-28, SF-12, SF-36, KDQOL-SF, EUROQOL-5D y en dos documentos, cuestionarios no validados creados por los profesionales que realizaban el estudio, por lo que sólo permiten las comparaciones entre los artículos que usen la misma encuesta.

La Calidad de Vida es un tema que cada día cobra más fuerza en nuestra sociedad, por lo que sería conveniente la elaboración de mayor cantidad de estudios que comparen las diferencias entre ambas terapias dialíticas, para poder comprobar cuál de ellas se ajusta mejor a cada paciente y conseguir el mayor beneficio para estas personas. También sería interesante hacer distinción en esos estudios entre las modalidades de DP, y no evaluar ambas dentro de un todo para favorecer la mayor exactitud posible de los resultados y por último, la unificación o universalización de los cuestionarios de medición de la Calidad de Vida, en beneficio de las futuras comparaciones.

CONCLUSIÓN

Según nuestra revisión, existen mayor cantidad de estudios con diferencias significativas a favor de la DP como técnica de diálisis que ofrece una mejor Calidad de Vida a sus pacientes, aunque estos resultados deberán interpretarse con cautela.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Con vista al futuro, y como actividad pendiente de desarrollar, sería interesante la creación de un cuestionario personal de valoración de Calidad de Vida y la realización de un estudio sobre diferencias de Calidad de Vida entre las técnicas dialíticas elegidas en esta revisión en Jaén. En esta ocasión no ha podido llevarse a cabo a causa de la limitación de tiempo en la entrega de los trabajos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fred Farley H. Capítulo 32 El paciente con problemas urinarios. En: Long BC, Phipps WJ. Enfermería medicoquirúrgica. Vol. 2. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1992. p. 1207-1311.
2. Capítulo 40 Tratamiento de pacientes con disfunciones renales y urinarias. Capítulo 41 Tratamiento de pacientes con trastornos renales y urinarios. En: Smeltzer SC, Bare BG. Enfermería Medicoquirúrgica de Brunner y Suddarth. Vol 2. 9ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 1247-1345.
3. Sociedad Española de Nefrología S.E.N. [sede Web]. [acceso el 15 de enero de 2015]. Álvarez Grande J. Tratamiento sustitutivo. [7 pags]. Disponible en: http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/tratamiento3_copy1.pdf?check_idfile=536
4. Sociedad Española de Nefrología S.E.N. [sede Web]. [acceso el 17 de enero de 2015]. Aljama García P. Monitores de hemodiálisis. [4 pags]. Disponible en: http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/hemodialisis5.pdf?check_idfile=541
5. Jonhnson-Brennan KC. Capítulo 27 Cuidados de enfermería de los adultos con trastornos renales. En: Beare PG, Myers JL. Enfermería medicoquirúrgica. Vol 1. 3ª ed. Madrid: Harcourt; 2002. p. 788-833.
6. Sociedad Española de Nefrología S.E.N. [sede Web]. [acceso el 17 de enero de 2015]. Valderrábano Quintana F. Complicaciones agudas en hemodiálisis. [15 pags]. Disponible en: http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/hemodialisis21.pdf?check_idfile=547
7. Capítulo 45. INTERVENCIÓN ENFERMERA, insuficiencia renal aguda y enfermedad renal crónica. En: Mantik Lewis S, McLeanHeitkemper M, RuffDirksen S. Enfermería medicoquirúrgica Valoración y cuidados de problemas clínicos. Vol. 2. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2004. p. 1244-1283.
8. Sociedad Española de Nefrología S.E.N. [sede Web]. [acceso el 21 de enero de 2015]. Olivares Martín J. Acceso peritoneal. [9 pags]. Disponible en: http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/dialisis3.pdf?check_idfile=558
9. Sociedad Española de Nefrología S.E.N. [sede Web]. [acceso el 21 de enero de 2015]. Selgas Gutiérrez R. Complicaciones agudas. [3 pags]. Disponible en: http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/dialisis12.pdf?check_idfile=567
10. Conclusiones del II Foro sobre Calidad y Sostenibilidad del Tratamiento Sustitutivo Renal, recomendaciones y propuestas. Madrid. 23 y 24 de marzo de 2011. Disponible en: [file:///C:/Users/usuario/Desktop/Descargas%20de%20internet%20%3B\)/conclusiones%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Desktop/Descargas%20de%20internet%20%3B)/conclusiones%20(4).pdf)
11. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev. Soc. Esp. Dolor [revista de Internet]. 2004 Dic [acceso 26 de enero de 2015]; 11(8): 53-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004&lng=es.
12. Castillo Guzmán A, Arocha Mariño C, Castillo Arocha I, Cueto Cañabate ME, Armas Rojas NB. Propuesta de un instrumento para medir la calidad de vida

- relacionada con la salud en instituciones sanitarias cubanas. Rev Cubana InvestBioméd [revista de Internet]. 2009 Jun [acceso 26 de enero de 2015]; 28 (2): Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000200003&lng=es.
13. Schalock RL, Verdugo MA. Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial; 2010.
 14. Rebollo Rubio A, Morales Asencio JM, Pons Raventos ME, Mansilla Francisco JJ. Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad crónica avanzada en España. Nefrología [revista en Internet] 2015 enero [acceso 26 enero de 2015]; 35 (1): 92-109. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&idarticulo=12133&clangart=ES>
 15. AlvarezUde F. Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 2001[acceso 25 enero de 2015] 1 (14): 64-68. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/art134_1.pdf
 16. Rodríguez-Zamora MC. Calidad de vida en pacientes nefrópatas con terapia dialítica. Revista CONAMED. 2008; 13(2): 15-22. Disponible en: http://www.index-f.com/avalos.ujaen.es/new/cuiden/extendida.php?cdid=675891_1
 17. Laudanski K, Nowak Z, Niemczyk S. Age-related differences in the quality of life in end-stage renal disease in patients enrolled in hemodialysis or continuous peritoneal dialysis. Med Sci Monit. 2013; 19: 378-385. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3665666/>
 18. Theofilou P. Quality of life in patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis treatment. J Clin Med Res. 2011; 3(3): 132-138. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3138410/>
 19. Ginieri-Coccossis M, Theofilou P, Synodinou C, Tomaras V, Soldatos C. Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: investigating differences in early and later years of current treatment. BMC Nephrol. 2008; 9: 14. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2611965/>
 20. Brown EA, Johansson L, Farrington K, Gallagher H, Sensky T, Gordon F, et al. 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. 2010; 25(11): 3755-3763. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2957589/>
 21. Juergensen E, Wuerth D, Finkelstein SH, Juergensen PH, Bekui A, Finkelstein FO. Hemodialysis and peritoneal dialysis: patient's assessment of their satisfaction with therapy and the impact of the therapy on their lives. Clin J Am Soc Nephrol. 2006; 1(6): 1191-1196. Disponible en: <http://cjasn.asnjournals.org/content/1/6/1191.long>
 22. Wu AW, Fink NE, Marsh-Manzi JV, Meyer KB, Finkelstein FO, Chapman MM, et al. Changes in quality of life during hemodialysis and peritoneal dialysis treatment: generic and disease specific measures. J Am Soc Nephrol. 2004; 15(3): 743-753. Disponible en: <http://jasn.asnjournals.org/content/15/3/743.long>
 23. Czyzewski L, Sanko-Resmer J, Wyzgal J, Kurowski A. Assessment of health-related quality of life of patients after kidney transplantation in comparison with

- hemodialysis and peritoneal dialysis. *Ann Transplant*. 2014; 19: 576-585. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25382249>
24. Okpechi IG, Nthite T, Swanepoel CR. Health-related quality of life in patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2013; 24(3): 519-526. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23640624>
 25. Fructuoso M, Castro R, Oliveira L, Prata C, Morgado T. Quality of life in chronic kidney disease. *Nefrología*. 2011; 31(1): 91-96. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21270919>
 26. Noshad H, Sadreddini S, Nezami N, Salikzamani Y, Ardalan MR. Comparison of outcome and quality of life: haemodialysis versus peritoneal dialysis patients. *Singapore Med J*. 2009; 50(2): 185-192. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19296035>
 27. Panagopoulou A, Hardalias A, Berati S, Foutounas C. Psychosocial issues and quality of life in patients on renal replacement therapy. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2009; 20(2): 212-218. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19237806>
 28. Zhang AH, Cheng LT, Zhu N, Sun LH, Wang T. Comparison of quality of life and causes of hospitalization between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China. *Health Qual Life Outcomes*. 2007; 5: 49. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1988788/>
 29. Wasserfallen JB, Halabi G, Saudan P, Perneger T, Feldman HI, Martin PY, et al. Quality of life on chronic dialysis: comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant*. 2004; 19(6): 1594-1599. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15004254>
 30. Harris SA, Lamping DL, Brown EA, Constantinovici N, North Thames Dialysis Study (NTDS) Group. Clinical outcomes and quality of life in elderly patients on peritoneal dialysis versus hemodialysis. *Perit Dial Int*. 2002; 22(4): 463-470. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12322817>
 31. De Abreu MM, Walker DR, Sesso RC, Ferraz MB. Health-Related Quality of Life of Patients Receiving Hemodialysis and Peritoneal Dialysis in Sao Paulo, Brazil: A Longitudinal Study. *Value in Health*. 2011; 14(5): 119-121. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S109830151101432X>
 32. Julve Ibáñez M. Comunicaciones presentadas a los Congresos de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica 1981-2007 [CD-ROM]. Madrid: SEDEN.
 33. Acosta Hernández P, Chaparro López LC, Rey Anacona CA. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Rev colomb psicol*. 2008; 17: 9-26. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80411803001>
 34. Griva K, Kang AW, Yu ZL, Moopil NK, Foo M, Chan CM, et al. Quality of life and emotional distress between patients on peritoneal dialysis versus community-based hemodialysis. *Qual Life Res*. 2014; 23(1): 57-66. Disponible en: <http://0-link.springer.com.avalos.ujaen.es/article/10.1007/s11136-013-0431-8/fulltext.html>
 35. Álvares J, Cesar CC, De Assis Acurcio F, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Quality of life of patients in renal replacement therapy in Brazil: Comparison of treatment modalities. *Qual Life Res*. 2012; 21(6): 983-991. Disponible en: <http://0-link.springer.com.avalos.ujaen.es/article/10.1007/s11136-011-0013-6/fulltext.html>

36. Peng Y-, Chiang C-, Hung K-, Chang C, Lin C-, Yang C-, et al. Comparison of self-reported health-related quality of life between Taiwan hemodialysis and peritoneal dialysis patients: A multi-center collaborative study. *Qual Life Res.* 2011; 20(3): 399-405. Disponible en: <http://link.springer.com/avalos.ujen.es/article/10.1007/s11136-010-9755-9/fulltext.html>
37. Izbirak G, Akan H, Mistik S, Gündoğdu B, Uslu U, Cobanoğlu M. Comparison of health-related quality of life of patients on hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Türk Klinikleri J Med Sci.* 2010; 30(5): 1595-1602. Disponible en: <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-comparison-of-health-related-quality-of-life-of-patients-on-hemodialysis-and-continuous-ambulatory-peritoneal-dialysis-59076.html>
38. Borowiak E, Braksator E, Nowicki M, Kostka T. Quality of life of chronic hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Clin Exp Med Lett.* 2009; 50(1): 37-42. Disponible en: <http://www.ceml-online.com/abstract/index/idArt/881651/act/2>
39. Mau L-, Chiu H-, Chang P-, Hwang S-, Hwang S-. Health-related quality of life in Taiwanese dialysis patients: Effects of dialysis modality. *Kaohsiung J Med Sci.* 2008; 24(9): 453-460. Disponible en: [http://www.kjms-online.com/article/S1607-551X\(09\)70002-6/abstract](http://www.kjms-online.com/article/S1607-551X(09)70002-6/abstract)
40. Pacheco A, Saffie A, Torres R, Tortella C, Llanos C, Vargas D, et al. Cost/utility study of peritoneal dialysis and hemodialysis in Chile. *Peritoneal Dial Int.* 2007; 27(3): 359-363. Disponible en: <http://www.pdiconnect.com/content/27/3/359.long>
41. Ören B, Enç N. Quality of life in chronic haemodialysis and peritoneal dialysis patients in Turkey and related factors. *Int J Nurs Pract.* 2013; 19(6): 547-556. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12098/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
42. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D. Gender- and age-related benefit of renal replacement therapy on health-related quality of life. *Scand J Caring Sci.* 2009; 23(4): 721-729. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2008.00670.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
43. Timmers L, Thong M, Dekker FW, Boeschoten EW, Heijmans M, Rijken M, et al. Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychol Health.* 2008; 23(6): 679-690. Disponible en: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14768320701246535#.VRWdgvmG_mI
44. Niu S, Li I. Quality of life of patients having renal replacement therapy. *J Adv Nurs.* 2005; 51(1): 15-21. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03455.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:
1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año
3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año
5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
1 Sí 2 No
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
1 Sí 2 No
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho
21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho
6 Sí, muchísimo
22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUIEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.
EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
 6 Nunca
24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
 6 Nunca
25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
 6 Nunca
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
 6 Nunca
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
 6 Nunca
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
 6 Nunca
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?
 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
 6 Nunca
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?
 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.
 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
34. Estoy tan sano como cualquiera.
 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
35. Creo que mi salud va a empeorar.
 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa
36. Mi salud es excelente.
 1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

Asignación de puntaje.

Enfoque Rand es simple.

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-

100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Los ítems no respondidos no se consideran.

El enfoque del Health Institute, que da diferentes ponderaciones, es el más recomendado; hay un software para hacerlo

Anexo 2. Cuestionario WHOQOL-BREF

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida *durante las dos últimas semanas*. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	④	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy Insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

Anexo 3. Cuestionario EUROQOL-5D

CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

☐
☐
☐

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

☐
☐
☐

Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

☐
☐
☐

Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

☐
☐
☐

Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

☐
☐
☐

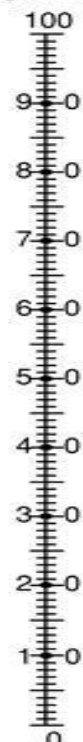
TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado
de salud
hoy

El mejor estado
de salud
imaginable



El peor estado
de salud
imaginable

Anexo 4. Cuestionario GHQ-28

Cuestionario de Salud General De Goldberg -GHQ28-

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
☐ Mejor que lo habitual	☐ No, en absoluto
☐ Igual que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Peor que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho peor que lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual.
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
☐ No, en absoluto	☐ No, en absoluto
☐ No más que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Bastante más que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho más que lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual.
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
☐ No, en absoluto	☐ No, en absoluto
☐ No más que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Bastante más que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho más que lo habitual.	☐ Mucho más que lo habitual.
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
☐ No, en absoluto	☐ No, en absoluto
☐ No más que lo habitual	☐ No mas que lo habitual
☐ Bastante más que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho más que lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual.
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
☐ No, en absoluto	☐ No, en absoluto
☐ No más que lo habitual	☐ No mas que lo habitual
☐ Bastante más que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho más que lo habitual.	☐ Mucho más que lo habitual.
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
☐ No, en absoluto	☐ No, en absoluto
☐ No más que lo habitual	☐ No mas que lo habitual
☐ Bastante más que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho más que lo habitual.	☐ Mucho más que lo habitual.
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?
☐ No, en absoluto	☐ No, en absoluto
☐ No más que lo habitual	☐ No mas que lo habitual
☐ Bastante más que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho más que lo habitual.	☐ Mucho más que lo habitual.

C	D
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
☐ Más activo que lo habitual	☐ No, en absoluto
☐ Igual que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Bastante menos que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho menos que lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
☐ Menos tiempo que lo habitual	☐ No, en absoluto
☐ Igual que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Más tiempo que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho más tiempo que lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
☐ Mejor que lo habitual	☐ No, en absoluto
☐ Igual que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Peor que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho peor que lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?
☐ Más satisfecho que lo habitual	☐ No, en absoluto
☐ Igual que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Menos satisfecho que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho menos satisfecho que lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
☐ Más útil de lo habitual	☐ No, en absoluto
☐ Igual de útil que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Menos útil de lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho menos útil de lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
☐ Más que lo habitual	☐ No, en absoluto
☐ Igual que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Menos que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho menos que lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
☐ Más que lo habitual	☐ Claramente, no
☐ Igual que lo habitual	☐ Me parece que no
☐ Menos que lo habitual	☐ Se me ha cruzado por la mente
☐ Mucho menos que lo habitual	☐ Claramente, lo he pensado

Subescalas	Puntuación GHQ	Puntuación CGHQ
A. Síntomas somáticos		
B. Ansiedad-Insomnio		
C. Disfunción social		
D. Depresión		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Anexo 5. Cuestionario KDQOL-SF

Su Salud

Este cuestionario incluye preguntas muy variadas sobre su salud y sobre su vida. Nos interesa saber cómo se siente en cada uno de estos aspectos.

1. En general, usted diría que su salud es: [Marque con una cruz ☒ la casilla que mejor se corresponda con su respuesta.]

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
☐	☐	☐	☐	☐

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

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
☐	☐	☐	☐	☐

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto? [Marque con una cruz ☒ una casilla en cada línea.]

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	☐	☐	☐
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	☐	☐	☐
Coger o llevar la bolsa de la compra	☐	☐	☐
Subir varios pisos por la escalera	☐	☐	☐
Subir un solo piso por la escalera	☐	☐	☐
Agacharse o arrodillarse	☐	☐	☐
Caminar un kilómetro o más	☐	☐	☐
Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	☐	☐	☐
Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	☐	☐	☐
Bañarse o vestirse por sí mismo	☐	☐	☐

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

	Sí	No
Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas	☐	☐
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer	☐	☐
Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas	☐	☐
Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)	☐	☐

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

	Sí	No
Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional	☐	☐
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional	☐	☐
No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional	☐	☐

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

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐	☐

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

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
☐	☐	☐	☐	☐

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

Durante **las 4 últimas semanas**, ¿cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
Se sintió lleno de vitalidad?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Estuvo muy nervioso?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se sintió calmado y tranquilo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tuvo mucho energía?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se sintió desanimado y triste?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se sintió agotado?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se sintió feliz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se sintió cansado?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
☐	☐	☐	☐	☐

11. Por favor, diga si le parece **cierta** o **falsa** cada una de las siguientes frases.

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	☐	☐	☐	☐	☐
Estoy tan sano como cualquiera	☐	☐	☐	☐	☐
Creo que mi salud va a empeorar	☐	☐	☐	☐	☐
Mi salud es excelente	☐	☐	☐	☐	☐

Su Enfermedad del Riñón

12. ¿En qué medida considera **cierta** o **falsa** en su caso **cada una** de las siguientes afirmaciones?

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
Mi enfermedad del riñón interfiere demasiado en mi vida	☐	☐	☐	☐	☐
Mi enfermedad del riñón ocupa demasiado tiempo	☐	☐	☐	☐	☐
Me siento frustrado al tener que ocuparme de mi enfermedad del riñón	☐	☐	☐	☐	☐
Me siento una carga para la familia	☐	☐	☐	☐	☐

13. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante **las 4 últimas semanas**. Dé a cada pregunta la respuesta que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

Durante **las 4 últimas semanas**, ¿cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
Se aisló, o se apartó de la gente que le rodeaba?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Reaccionó lentamente a las cosas que se decían o hacían?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Estuvo irritable con los que le rodeaban?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tuvo dificultades para concentrarse o pensar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se llevó bien con los demás?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se sintió desorientado?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto le molestó cada una de las siguientes cosas?

	Nada τ	Un poco τ	Regular τ	Mucho τ	Muchísimo τ
¿Dolores musculares? _____	☐	☐	☐	☐	☐
¿Dolor en el pecho? _____	☐	☐	☐	☐	☐
¿Calambres? _____	☐	☐	☐	☐	☐
¿Picores en la piel? _____	☐	☐	☐	☐	☐
¿Sequedad de piel? _____	☐	☐	☐	☐	☐
¿Falta de aire? _____	☐	☐	☐	☐	☐
¿Desmayos o mareo? _____	☐	☐	☐	☐	☐
¿Falta de apetito? _____	☐	☐	☐	☐	☐
¿Agotado(a), sin fuerzas? _____	☐	☐	☐	☐	☐
¿Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies? _____	☐	☐	☐	☐	☐
¿Náuseas o molestias del estómago? _____	☐	☐	☐	☐	☐
(Sólo para pacientes en hemodiálisis)					
¿Problemas con la fistula? _____	☐	☐	☐	☐	☐
(Sólo para pacientes en diálisis peritoneal)					
¿Problemas con el catéter? _____	☐	☐	☐	☐	☐

Efectos De La Enfermedad Del Riñón En Su Vida

15. Los efectos de la enfermedad del riñón molestan a algunas personas en su vida diaria. ¿Cuánto le molesta su enfermedad del riñón en cada una de las siguientes áreas?

	Nada τ	Un poco τ	Regular τ	Mucho τ	Muchísimo τ
¿Limitación de líquidos? _____	☐	☐	☐	☐	☐
¿Limitaciones en la dieta? _____	☐	☐	☐	☐	☐
¿Su capacidad para trabajar en casa? _____	☐	☐	☐	☐	☐
¿Su capacidad para viajar? _____	☐	☐	☐	☐	☐
¿Depender de médicos y otro personal sanitario? _____	☐	☐	☐	☐	☐
¿Tensión nerviosa o preocupaciones causadas por su enfermedad del riñón? _____	☐	☐	☐	☐	☐
¿Su vida sexual? _____	☐	☐	☐	☐	☐
¿Su aspecto físico? _____	☐	☐	☐	☐	☐

16. Las dos siguientes preguntas son personales y se refieren a su vida sexual. Sus respuestas son importantes para comprender los efectos de la enfermedad del riñón en la vida de las personas. ¿Hasta qué punto supusieron un problema cada una de las siguientes cosas, durante las 4 últimas semanas?

	Ningún problema τ	Muy poco problema τ	Algún problema τ	Mucho problema τ	Muchísimo problema τ
Disfrutar de su actividad sexual _____	☐	☐	☐	☐	☐
Excitarse sexualmente _____	☐	☐	☐	☐	☐

17. En la siguiente pregunta valore cómo duerme usted en una escala que va de 0 a 10, por favor. El 0 representa que duerme "muy mal" y el 10 representa que duerme "muy bien."

Si cree que usted duerme justo entre "muy mal" y "muy bien," marque con una cruz la casilla que se encuentra bajo el número 5, por favor. Si cree que duerme un poco mejor que el nivel 5, marque con una cruz la casilla que se encuentra bajo el número 6. Si cree que duerme un poco peor, marque con una cruz la casilla que se encuentra bajo el número 4 (y así sucesivamente).

En una escala que va de 0 a 10, valore cómo duerme usted en general. [Marque con una cruz ☒ una de las casillas.]

Muy mal											Muy bien
τ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	τ
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo...

	Nunca τ	Sólo alguna vez τ	Algunas veces τ	Muchas veces τ	Casi siempre τ	Siempre τ
Se despertó por la noche y le costó volver a dormir? _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Durmió todo lo que necesitaba? _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le costó mantenerse despierto durante el día? _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. En relación con su familia y sus amigos, valore su nivel de satisfacción con...

	Muy insatisfecho τ	Bastante insatisfecho τ	Bastante satisfecho τ	Muy satisfecho τ
El tiempo que tiene para estar con su familia y sus amigos _____	☐	☐	☐	☐
El apoyo que le dan su familia y sus amigos _____	☐	☐	☐	☐

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿realizó un trabajo remunerado?

Si	No
☐	☐

21. ¿Su salud le ha impedido realizar un trabajo remunerado?

Si	No
☐	☐

22. En general, ¿cómo diría que es su salud?

La peor salud posible (tan mala o peor que estar muerto)					A medias entre la peor posible y la perfecta					La mejor salud posible				
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				

Satisfacción Con Los Cuidados Recibidos

23. Piense en la atención que recibe en la diálisis. Valore, según su grado de satisfacción, la amabilidad y el interés que muestran hacia usted como persona.

Muy malos	Malos	Regulares	Buenos	Muy buenos	Excelentes	Los mejores
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

24. ¿En qué medida son ciertas o falsas cada una de las siguientes afirmaciones?

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
• El personal de diálisis me anima a ser todo lo independiente posible	☐	☐	☐	☐	☐
• El personal de diálisis me apoya para hacer frente a mi enfermedad del riñón	☐	☐	☐	☐	☐

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

Anexo 6. Tabla 1

Diferencias significativas entre terapias según dimensiones en cada estudio; Cuestionario SF-36

Dimensiones Estudios	PF	RF	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS	MCS
22			DP		HD					
23			DP							
24	NO SIGNIFICACIÓN									
25	DP		DP						DP	
28			DP	DP	DP	DP	DP	DP		
30	NO SIGNIFICACIÓN									
32	NO SIGNIFICACIÓN									
35	HD	HD				HD			HD	
36			DP		DP	DP				
37	DP	DP								
39			DP				DP			
40	NO SIGNIFICACIÓN									
41										
42	NO SIGNIFICACIÓN									
43	DP	DP			DP	DP	DP	DP		DP

*PF: Función Física; RF: Rol físico; BP: Dolor corporal; GH: Salud general; VT: Vitalidad; SF: Función social; RE: Rol emocional; MH: Salud mental; PCS: Componente físico; MCS: Componente mental

Anexo 7. Tabla 2

Diferencias significativas entre terapias según dimensiones en cada estudio; Cuestionario WHOQOL-BREF, WHOQOL-100

Dimensiones Estudios	Salud Física	Salud Psicológica	Salud Social	Salud Ambiental	Nivel Indepen.	Espiritualidad	Calidad Vida Total
16	NO SIGNIFICACIÓN						
18			DP	DP			
19	DP		DP	DP			
33					HD		
34	HD						
44	NO SIGNIFICACIÓN						

Anexo 8. Tabla 3

Diferencias significativas entre terapias según dimensiones en cada estudio; Cuestionario KDQOL-SF

Dimensiones Estudios	S/P	EER	CER	SL	FC	CIS	FSx	S	AS	EP	SG	SP	PCER
23				HD		DP	DP			DP	DP		
24	NO SIGNIFICACIÓN												
25		DP	DP									DP	
30	DP												
31		DP	DP	DP						DP	DP	DP	DP
34												DP	

*S/P: Síntomas/Problemas; EER: Efectos de la Enfermedad Renal; CER: Carga Enfermedad Renal; SL: Situación Laboral; FC: Función Cognitiva; CIS: Calidad Interacción Social; FSx: Función Sexual; S: Sueño; AS: Apoyo Social; EP: Estímulos del Personal; SG: Salud General; SP: Satisfacción del Paciente; PCER: Puntuación Componente de la Enfermedad Renal.