

4. La insuficiencia renal crónica y los problemas psicológicos y sociales que genera

CHRONIC RENAL FAILURE AND THE PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL PROBLEMS IT GENERATES

Silvia de Miguel Hernando

Graduada en Enfermería por la Universidad de Burgos.

RESUMEN

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica es el deterioro progresivo de la estructura y funciones renales y tiene una elevada prevalencia mundial. Cuando los riñones fracasan, el tratamiento consiste en terapia renal sustitutiva con diálisis o un trasplante renal. Esta enfermedad y su tratamiento producen numerosos cambios en el estilo de vida de las personas.

La presente revisión tiene como objetivo conocer el impacto a nivel psicológico y social que la Enfermedad Renal Crónica tiene en las personas que la padecen.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Pubmed, Cochrane, SciELO, ScienceDirect, Scopus, Embase, Web of Science, Cuiden, Cinahl y Enfispo. Se seleccionaron 15 estudios de distintos tipos, incluyendo estudios cualitativos, descriptivos, revisiones bibliográficas, revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Resultados: Las personas con Enfermedad Renal Crónica tienen una calidad de vida relacionada con la salud menor que la de la población general. Pueden presentar dificultades en sus relaciones interpersonales, para realizar actividades de ocio o en los trabajos o estudios. La prevalencia de depresión en estos pacientes también es más elevada que en individuos sanos.

Conclusiones: Conocer el impacto de la enfermedad y su tratamiento en los pacientes puede servir para proporcionarles una atención más integral e individualizada, con un equipo multidisciplinar que pueda suplir todas sus necesidades, aumentar su calidad de vida y, con ello, el pronóstico de la enfermedad.

Palabras clave: Enfermedad Renal Crónica, Calidad de Vida, Relaciones Interpersonales, Depresión, Terapia de Reemplazo Renal.

ABSTRACT

Background: Chronic Kidney Disease is the progressive failure of the renal structure and functions, and has a high worldwide prevalence. When the kidneys fail, the treatment consists of kidney replacement therapy with dialysis or a kidney transplant. This disease and its treatment produce numerous changes in the lifestyle of people.

The objective of this review is know the psychological and social impact of Chronic Kidney Disease on people who suffer it.

Methods: The literature review was conducted in Medline, Pubmed, Cochrane, SciELO, ScienceDirect, Scopus, Embase, Web of Science, Cuiden, Cinahl and Enfispo databases. 15 publications of different types were selected, including qualitative, descriptive studies, bibliographic reviews, systematic reviews and meta-analyses.

Results: People with Chronic Kidney Disease have a lower health-related quality of life than the general population. They may present difficulties in their interpersonal relationships, to carry out leisure activities or in work or studies. The prevalence of depression in these patients is also higher than in healthy people.

Conclusions: Knowing the impact of the disease and its treatment on patients can serve to provide them with more holistic and individualized care, with a multidisciplinary team that can meet all their needs, increase their quality of life and, with it, the prognosis of the disease.

Keywords: Chronic kidney disease, Quality of life, Interpersonal Relation, Depression, Kidney Replacement Therapy.

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica: Definición

La *Enfermedad Renal Crónica* (ERC) se define, según la Guía de práctica clínica KDIGO 2012 (*Kidney Disease: Improving Global Outcomes 2012*) para la Evaluación y Gestión de la ERC, como “anomalías de la estructura o función renal, presentes durante más de 3 meses, con implicaciones para la salud” (p10). Según esta guía, la ERC se clasifica según la causa, la categoría de *Tasa de Filtrado Glomerular* (TFG) y la categoría de albuminuria. (García-Maset et al., 2022; “KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease,” 2013; Lorenzo Sellarés & Luis Rodríguez, 2022)

También se conoce como *Insuficiencia Renal Crónica* (IRC), y Garrido Arrollo et al. en Torres Torres (2017), la definen como:

“el deterioro lento, progresivo e irreversible de las funciones renales, debido a la destrucción de las nefronas. Se pierde la capacidad de excreción de productos nitrogenados, de concentrar la orina y de mantener la homeostasis del medio interno. Esto se traduce en una reducción del filtrado glomerular. Su evolución oscila entre meses y años.” (Torres Torres, 2017, p.155)

Prevalencia de la ERC

Respecto a la epidemiología de la ERC, se estima una prevalencia mundial del 9,1 %, unos 700 millones de personas padecen esta enfermedad (Fletcher et al., 2022). En Estados Unidos, durante el año 2013, la incidencia de personas diagnosticadas con esta enfermedad aumentó del 6,3 al 9,2% (Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz, 2018). En España, podemos destacar tres estudios sobre la prevalencia de ERC:

- Estudio IBERICAN (Identificación de la población Española de Riesgo Cardiovascular y reNal): Se realizó en 7895 pacientes de Atención Primaria. Padecían ERC un 14,4%, siendo más frecuente en hombres (16,1%) que en mujeres (12,9%), y aumentando la prevalencia con la edad, una de cada cuatro personas mayores de 65 años presentaba ERC. (Llisterri et al., 2021)
- Estudio ENRICA (Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular): Según esta investigación, con 11505 participantes, la ERC tiene una prevalencia en cualquiera de sus estadios del 15,1% para población general, por lo que afecta a uno de cada siete adultos. La ERC es más frecuente en varones (23,1% en varones y 7,3% en mujeres), en personas de edad avanzada (4,8% en individuos de 18-44 años, 17,4% en edades entre 45-64 años, y 37,3% en sujetos ≥ 65 años), y en personas con enfermedad cardiovascular (39,8% de prevalencia en pacientes con enfermedad cardiovascular respecto al 14,6% en los que no tenían enfermedad cardiovascular). (Gorostidi et al., 2018)
- Estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España): Es más antiguo que los anteriores, con una prevalencia menor, aunque también importante. La prevalencia de ERC en cualquiera de sus estadios era de 9,24%, mientras que, en los estadios 3 a 5, fue del 6,8% en personas entre 40 y 64 años, y 21,4% en individuos con más de 64 años. (González et al., 2010)

En resumen, los tres estudios muestran datos similares, principalmente los dos primeros, que son los más recientes. Existe una prevalencia elevada de la ERC en la población general, siendo más frecuente en hombres, personas de edad avanzada y con enfermedad cardiovascular. Tanto estos estudios como otras investigaciones sobre la prevalencia en otras zonas a nivel mundial, muestran la importancia de la ERC como problema de salud pública. (García-Maset et al., 2022).

A estos datos, se puede añadir que el 4,6 % de las muertes anuales son atribuibles a la IRC (Fletcher et al., 2022). En 2010, más de 2 millones de personas en el mundo fueron tratadas por ERC, con una estimación para 2030 de que unos 2,2 millones de personas requerirán terapia de reemplazo renal (Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz, 2018). Además, el tratamiento de la ERC en sus fases más avanzadas

tiene unos costes muy elevados. El avance de la etapa 3 a la 4 ó 5 se asocia con un aumento de 1,3 a 4,2 veces los costes (Fletcher et al., 2022). En España, se estima un coste anual asociado al tratamiento de las fases más avanzadas de ERC superior a los 800 millones de euros. (Alcázar Arroyo et al., 2008)

Debido a estos datos, podemos concluir la importancia que tiene un diagnóstico precoz de la ERC, para prevenir su progresión a estadios más avanzados, así como sus complicaciones e impacto en la vida de las personas que sufren la enfermedad.

Diagnóstico de la ERC

Los criterios diagnósticos para la ERC son:

- a. El descenso de la TFG por debajo de 60 mL/min/1,73 m².
- b. La presencia de marcadores de lesión o daño renal:
 - Alteraciones estructurales o funcionales del riñón detectadas directamente en la biopsia renal.
 - Presencia de albuminuria y/o proteinuria.
 - Alteraciones en el sedimento urinario.
 - Alteraciones en pruebas de imagen.
 - Alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo de origen tubular.
 - Historia de trasplante renal.

Si cualquiera de estos criterios se cumple en un paciente durante un periodo de tiempo superior a 3 meses, puede diagnosticarse la ERC. (García-Maset et al., 2022; Gorostidi et al., 2014).

En la fase inicial de esta enfermedad un paciente puede no manifestar síntomas. Los signos y síntomas aparecen cuando el filtrado glomerular desciende por debajo de 10-15 ml/min. El comienzo de la manifestación de los síntomas se produce en la fase de uremia, por lo cual, puede ser más difícil el diagnóstico precoz de la enfermedad. Los síntomas más comunes de la IRC son náuseas y vómitos, astenia, debilidad y malestar general, pérdida de peso, prurito, nicturia, estreñimiento, dolor, aumento de la pigmentación cutánea, calambres musculares, síndrome de piernas inquietas, anemia, HTA, poliuria y/o fetor urémico. A medida que la enfermedad avanza, comienzan a producirse alteraciones en la mayoría de los sistemas del organismo (digestivas, hematológicas, óseas, cardiovasculares, hidroelectrolíticas, neurológicas, dermatológicas y endocrinas) (Bustamante-Rojas et al., 2021; Lorenzo Sellarés & Luis Rodríguez, 2022; Torres Torres, 2017). Tras un estudio de la sintomatología, junto con la historia clínica y exploración física del paciente, así como distintas pruebas (de laboratorio, de imagen, biopsia renal...), se determinaría el diagnóstico de IRC y se procedería a establecer el tratamiento adecuado. (Lorenzo Sellarés & Luis Rodríguez, 2022; Torres Torres, 2017).

Etiología y factores de riesgo

Los principales factores de riesgo para la ERC son otras enfermedades crónicas, como la *Hipertensión Arterial* (HTA) y la *Diabetes Mellitus* (DM). La población mundial cada vez está más envejecida, con un aumento importante de estas enfermedades en las personas mayores, por lo que favorece la aparición de ERC en un porcentaje más elevado de personas, como hemos visto en estudios de prevalencia. (de Alencar et al., 2020; García-Maset et al., 2022; Lorenzo Sellarés & Luis Rodríguez, 2022).

Lorenzo Sellarés & Luis Rodríguez (2022), dividen los factores de riesgo de inicio y progresión de la ERC en cuatro categorías:

- Condiciones no modificables: Edad avanzada, sexo masculino, raza negra o afro-americanos, bajo peso al nacer, bajo nivel social, cultural o económico. (Bustamante-Rojas et al., 2021; García-Maset et al., 2022; "KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease," 2013; Lorenzo Sellarés & Luis Rodríguez, 2022).
- Alteraciones comórbidas potencialmente modificables, y que de forma directa o indirecta pueden inducir daño renal: HTA, DM, obesidad, dislipemia, tabaquismo, hiperuricemia, hipoalbuminemia, enfermedad cardiovascular, enfermedad autoinmune, infecciones sistémicas, infecciones urinarias, fármacos nefrotóxicos, como los Antiinflamatorios no Esteroideos (AINEs)... (de Alencar et al., 2020; García-Maset et al., 2022; Lorenzo Sellarés & Luis Rodríguez, 2022).

- Alteraciones inherentes a la ERC y que se han propuesto como factores de riesgo de progresión: Anemia, alteraciones del metabolismo mineral, acidosis metabólica. (Lorenzo Sellarés & Luis Rodríguez, 2022; Marín López et al., 2022; Pretto et al., 2020; Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz, 2018).
- Otras moléculas asociadas a progresión del daño renal: Dimetilarginina asimétrica, FGF23.

Etapas de la ERC

Según la KDIGO 2012, la ERC se clasifica según su etiología o causa (presencia o no de enfermedad sistémica o alteraciones anatomopatológicas observadas), según la TFG y según la albuminuria. Se pueden establecer los estadios de la ERC en función de la TFG en 6 etapas, desde G1, con una TFG normal o alta, que va disminuyendo en G2, G3a, G3b y G4, hasta el fallo o fracaso renal en el estadio G5. En cuanto a la albuminuria, se propusieron tres categorías, desde A1, normal o aumento leve, hasta A3, con un aumento grave. En la tabla 1 podemos observar esta clasificación. (García-Maset et al., 2022; Gorostidi et al., 2014; "KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease," 2013; Soriano Cabrera, 2004).

Según los resultados obtenidos en los pacientes y la clasificación de su enfermedad, se deberá monitorizar e implementar un tratamiento preventivo, o derivar al Nefrólogo. Cuando la ERC está en la última etapa, con una TFG por debajo de 15ml/min, se considera IRC terminal, con fallo renal y necesidad absoluta de Terapia Renal Sustitutiva (TRS). (Gorostidi et al., 2014; Soriano Cabrera, 2004).

Tabla 1. Clasificación de la ERC por grados según la TFG y la albuminuria. Fuente: Elaboración propia (Gorostidi et al., 2014; "KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease," 2013; Soriano Cabrera, 2004).

CATEGORÍAS SEGÚN LA TFG		
Categoría	TFG	Descripción
G1	≥ 90	Normal o elevado
G2	60-89	Disminución leve
G3a	45-59	Disminución leve a moderada
G3b	30-44	Disminución moderada a grave
G4	15-29	Disminución grave
G5	< 15	Fallo o fracaso renal
CATEGORÍAS SEGÚN LA ALBUMINURIA		
Categoría	Cociente Albúmina/Creatinina	Descripción
A1	< 30	Normal o elevación leve
A2	30-300	Elevación moderada
A3	> 300	Muy elevada

Tratamiento de la ERC

La ERC tiene carácter irreversible, por lo que se precisará un tratamiento conservador y, cuando este es insuficiente debido a la progresión de la enfermedad, con destrucción de las nefronas y fracaso en las funciones renales, será necesario un tratamiento sustitutivo de estas funciones.

Tratamiento conservador

Debe ser de instauración precoz, y con el objetivo de controlar la sintomatología, prevenir complicaciones y aportar una nutrición adecuada. Este tratamiento se basaría en:

- Dieta hipoproteica, normocalórica, hiposódica, con restricción hídrica, con limitaciones de fósforo y calcio y con restricción de potasio.
- Corrección de la anemia mediante la administración de eritropoyetina recombinante humana, e incluso suplementos de hierro si existe déficit.
- Administración de alcalinizantes, es decir, bicarbonato sódico para corregir la acidosis.
- Administración de vitaminas: Los pacientes con IRC suelen presentar déficit de vitaminas B y C.
- Control de la HTA, y, si se precisan fármacos antihipertensivos, se deben elegir de forma individualizada, aunque por su efecto nefroprotector están recomendados los IECA o los ARA II.
- Control de factores cardiovasculares: Se recomienda un buen control glucémico en los pacientes diabéticos (HbA1c <7%), control lipídico (LDL-col <100), realización de ejercicio moderado y abandono del hábito tabáquico. (Alcázar Arroyo et al., 2008; Pérez Martínez et al., 2005; Torres Torres, 2017)

Tratamiento sustitutivo renal

Debe iniciarse cuando un paciente con insuficiencia renal llega a un estadio terminal, en el que el tratamiento conservador es insuficiente para controlar los síntomas y signos de la enfermedad. Este tratamiento consiste en la sustitución de la función renal para prevenir las complicaciones que se derivan de la pérdida de esta función. Existen tres tipos de tratamiento sustitutivo renal:

- **Hemodiálisis (HD):** Es un tratamiento de la IRC que consiste en la eliminación de los productos de desecho y del volumen de líquidos retenidos en la sangre, mediante un acceso periférico por el que se extrae y se retorna la sangre del cuerpo, pasando por un circuito extracorpóreo hacia un riñón artificial (dializador).

Se llevará a cabo entre 3 y 4 días a la semana, alternos y con una duración de 3 a 5 horas, normalmente acudiendo a un hospital o un centro de diálisis. Este tratamiento no suple las funciones endocrinas y metabólicas del riñón, por lo que hay que administrar cuando se requiera los productos necesarios (EPO, vitamina D...).

- **Diálisis peritoneal (DP):** Es una técnica de depuración extrarrenal que utiliza el peritoneo como membrana semipermeable de diálisis. Existen distintos tipos de diálisis peritoneal. Se puede realizar de forma independiente o con la ayuda de un cuidador, en casa o en cualquier otro lugar limpio. El paciente puede realizarlo varias veces al día cada 4-5 horas, pausándolo más tiempo por la noche, o bien de forma continua durante las 8-10 horas nocturnas consecutivas. Al igual que la hemodiálisis, no suple las funciones endocrinas y metabólicas.
- **Trasplante renal (TR):** Consiste en la extracción de un riñón de un individuo sano, cadáver o vivo, para colocarlo a un paciente con IRC en una de las fosas ilíacas. Para ello, es imprescindible que el donante y el receptor sean compatibles, y tras la intervención se precisa tratamiento inmunosupresor, para evitar el rechazo.

Este tratamiento recupera todas las funciones del riñón, incluida la endocrina. Son importantes todos los cuidados postoperatorios, especialmente la vigilancia de los signos de rechazo. La disponibilidad del trasplante renal es limitada, por lo que la mayoría de los pacientes precisan TSR con diálisis en cualquiera de sus modalidades. (Alcázar Arroyo et al., 2008; Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz, 2018; Torres Torres, 2017; Zazzeroni et al., 2017)

En la tabla 2, se resumen las medidas de actuación para los distintos estadios de la ERC, con el objetivo de minimizar su progresión y evitar complicaciones.

Justificación del estudio: Impacto de la ERC y su tratamiento en la calidad de vida de las personas que la padecen

Todos los datos recogidos en los apartados anteriores, muestran que la ERC es una enfermedad grave e irreversible, con una importancia epidemiológica a nivel mundial, ya que presenta una elevada prevalencia. Unido a esto, es importante destacar que esta enfermedad y su tratamiento causan una disminución de la calidad de vida, una elevada morbimortalidad y mortalidad en los individuos que la padecen, y un gran coste sanitario. (Alcázar Arroyo et al., 2008; García-Maset et al., 2022; Gorostidi et al., 2014; Lorenzo Sellarés & Luis Rodríguez, 2022)

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) se podría definir como:

“la valoración subjetiva que el paciente realiza sobre el impacto de su patología y su tratamiento a través de su percepción física, mental y social, y puede verse afectada por las manifestaciones clínicas de las enfermedades, los efectos secundarios de los tratamientos e incluso por la calidad de las relaciones de los pacientes con sus familiares y con los profesionales de salud. La CVRS proporciona información acerca de la dimensión física y mental del paciente y puede servir de marcador de desarrollo de problemas de salud asociados.” (Marín López et al., 2022, p. 319)

“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

Tabla 2. Estrategias de actuación en los estadios de ERC. Fuente: Elaboración propia. (Alcázar Arroyo et al., 2008; Gorostidi et al., 2014; Pérez Martínez et al., 2005; Soriano Cabrera, 2004).

ESTADÍO	ESTRATEGIA DE ACTUACIÓN	MEDIDAS ESPECÍFICAS
ESTADÍO 1	Evaluar el riesgo en los pacientes, control de factores de riesgo	Control HTA y DM Control lipídico No fumar Evitar fármacos nefrotóxicos
ESTADÍO 2	Prevenir y estimar la progresión de la ERC, control de factores de riesgo	Control TFG cada 6 meses Control HTA y DM Controlar proteinuria
ESTADÍO 3	Prevenir complicaciones	Controlar buena nutrición Evitar complicaciones cardiovasculares
ESTADÍO 4	Preparar para TRS	Decidir modalidad de diálisis o TR. Acceso vascular, catéter...
ESTADÍO 5		Restricción proteica. Control anemia. Control fósforo, potasio...

mantener un nivel global de funcionamiento, que permita seguir aquellas actividades que son importantes para él y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones esenciales para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional. La calidad de vida percibida es un proceso dinámico que se construye como consecuencia de las interacciones entre el paciente y su entorno; su enfermedad, síntomas, cambios que la situación genera en su estilo de vida, el soporte socio-familiar que recibe y percibe, además de la etapa de la vida y enfermedad en que se encuentra donde ocurre un fenómeno de acostumbamiento o resignación, por lo que se puede encontrar personas con limitaciones importantes que consideren que su calidad de vida es buena". (Bustamante-Rojas et al., 2021, p. 1744)

Una herramienta que puede ser útil para evaluar la CVRS es el cuestionario KDQOL (*Kidney Disease Quality of Life*). Este cuestionario es específico para personas con ERC que están en tratamiento con diálisis y fue desarrollado por *Kidney Disease Quality of Life Working Group*. Existen distintas versiones de KDQOL:

- **KDQOL Long-Form:** Primera versión, con 134 preguntas sobre 11 escalas específicas para la ERC.
- **KDQOL-Short Form Version 1.3:** Es una versión más corta de 36 preguntas sobre el estado de salud físico y mental general, y 43 preguntas específicas sobre la ERC y los problemas que suelen tener las personas con TRS.
- **KDQOL-Short Form 36:** Versión aún más reducida, formada por 12 preguntas del funcionamiento físico y mental generales (escala Short Form-12), y 24 preguntas específicas de la ERC. (Bustamante-Rojas et al., 2021; Zazzeroni et al., 2017).

Con el presente estudio, se pretende explorar todos los cambios que experimentan los pacientes con ERC tras su

diagnóstico, además de con los distintos tratamientos, para poder conocer el impacto en los diferentes ámbitos sociales y psicológicos de estos individuos, así como en su CVRS, y aportar a estas personas una atención integral.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer los problemas psicológicos y sociales que padecen los pacientes con ERC.

Objetivos específicos

- Explorar el impacto de la ERC en los distintos ámbitos de la vida de las personas (social, laboral, económico, ocio...).
- Observar las consecuencias psicológicas en los pacientes con ERC.
- Examinar los resultados de distintas investigaciones sobre CVRS en pacientes con ERC.
- Conocer el impacto de los distintos tratamientos de la ERC en los pacientes.
- Evaluar si existen diferencias en el impacto en la CVRS entre las modalidades de TRS.

METODOLOGÍA

Para realizar la revisión bibliográfica, se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos biomédicas: Medline, Pubmed, Cochrane, SciELO, ScienceDirect, Scopus, Embase, Web of Science, Cuiden, Cinahl, Enfispo. También se consultaron páginas web oficiales de Nefrología, así como libros de Nefrología, Diálisis y Trasplante.

Para realizar la búsqueda en bases de datos se utilizaron términos relacionados con el tema a buscar, teniendo en cuenta los descriptores incluidos en el tesauro de *Descriptores en Ciencias de la Salud* (DeCS/MeSH) (DeCS – *Descriptores En Ciencias de La Salud*, 2022). Los descriptores que se utilizaron fueron: “Insuficiencia Renal Crónica”, “Enfermedad Renal Crónica”, “Calidad de Vida”, “Relaciones Interpersonales”, “Relaciones Sociales”, “Terapia de Reemplazo Renal”, “Diálisis”, “Diálisis Peritoneal”, “Hemodiálisis”, “Trasplante Renal”, “Depresión”, “Sexual*”, “Psicológico*”. En la tabla 3 se observan los cuadros de estos descriptores incluidos en el DeCS, con los posibles términos alternativos. Las búsquedas se realizaron con distintas combinaciones de estos descriptores mediante los operadores lógicos o booleanos “AND” y “OR”, en inglés y/o castellano. Los limitadores de búsqueda se ajustaron a idiomas de publicaciones en inglés, castellano o portugués, y fecha de publicación posterior al año 2017, principalmente.

Tabla 3. Cuadros con los Descriptores en Ciencias de la Salud del tesauro DeCS/MeSH. Fuente: DeCS – *Descriptores En Ciencias de La Salud* (2022).

Descriptor en español:	<p>Insuficiencia Renal Crónica Término(s) alternativo(s): Enfermedad Crónica del Riñón Enfermedad Crónica Renal Enfermedad del Riñón Crónica Enfermedad Renal Crónica Enfermedades Crónicas del Riñón Enfermedades Crónicas Renales Enfermedades del Riñón Crónicas Enfermedades Renales Crónicas Insuficiencia Crónica del Riñón Insuficiencia Crónica Renal Insuficiencia del Riñón Crónica Insuficiencias Crónicas del Riñón Insuficiencias Crónicas Renales Insuficiencias del Riñón Crónicas Insuficiencias Renales Crónicas</p>
Descriptor en inglés:	<p>Renal Insufficiency, Chronic Término(s) alternativo(s): Chronic Kidney Disease Chronic Kidney Diseases Chronic Kidney Insufficiencias Chronic Kidney Insufficiency Chronic Renal Disease Chronic Renal Diseases Chronic Renal Insufficiencias Chronic Renal Insufficiency Disease, Chronic Kidney Disease, Chronic Renal Diseases, Chronic Kidney Diseases, Chronic Renal Kidney Disease, Chronic Kidney Diseases, Chronic Kidney Insufficiencias, Chronic Kidney Insufficiency, Chronic Renal Disease, Chronic Renal Diseases, Chronic Renal Insufficiencias, Chronic</p>

Descriptor en portugués:	Insuficiência Renal Crônica
Descriptor en francés:	Insuffisance rénale chronique
Descriptor en español:	<p>Calidad de Vida Término(s) alternativo(s): Calidad de Vida en Relación con la Salud Calidad de Vida Relacionada con la Salud CVRS HRQOL</p>
Descriptor en inglés:	<p>Quality of Life Término(s) alternativo(s): Health Related Quality Of Life Health-Related Quality Of Life HRQOL Life Quality</p>
Descriptor en portugués:	Qualidade de Vida
Descriptor en francés:	Qualité de vie

Descriptor en español:	<p>Relaciones Interpersonales Término(s) alternativo(s): Asuntos de Género Comunicación entre Esposos Comunicación entre Marido y Mujer Cuestión de Género Cuestiones de Género Cuestiones Relativas al Género Interacción Interpersonal Problemática de Género Problemática entre los Géneros Relaciones entre Cónyuges Relaciones entre Hombres y Mujeres Relaciones entre las Parejas Relaciones entre las Personas Relaciones entre los Géneros Relaciones entre los Hombres y las Mujeres Relaciones entre Parejas Relaciones entre Personas Relaciones Sociales Temas de Género</p>
Descriptor en inglés:	<p>Interpersonal Relations Término(s) alternativo(s): Communication, Husband-Wife Communication, Partner Communications, Husband-Wife Communications, Partner Gender Issues Husband Wife Communication Husband-Wife Communication Husband-Wife Communications Interpersonal Relation Partner Communication Partner Communications Relation, Interpersonal Relations, Interpersonal Relationship, Social Relationships, Social Social Relationship Social Relationships</p>

Descriptor en portugués:	Relações Interpessoais
Descriptor en francés:	Relations interpersonnelles

Descriptor en español:	Terapia de Reemplazo Renal Término(s) alternativo(s): Terapia de Reemplazo de Riñón
Descriptor en inglés:	Renal Replacement Therapy Término(s) alternativo(s): Kidney Replacement Therapies Kidney Replacement Therapy Renal Replacement Therapies Replacement Therapies, Kidney Replacement Therapies, Renal Replacement Therapy, Kidney Replacement Therapy, Renal Therapies, Kidney Replacement Therapies, Renal Replacement Therapy, Kidney Replacement Therapy, Renal Replacement
Descriptor en portugués:	Terapia de Substituição Renal
Descriptor en francés:	Traitement substitutif de l'insuffisance rénale

Descriptor en español:	Diálisis
Descriptor en inglés:	Dialysis Término(s) alternativo(s): Dialyses
Descriptor en portugués:	Diálise
Descriptor en francés:	Dialyse

Descriptor en español:	Diálisis Peritoneal
Descriptor en inglés:	Peritoneal Dialysis Término(s) alternativo(s): Dialyses, Peritoneal Dialysis, Peritoneal Peritoneal Dialyses
Descriptor en portugués:	Diálise Peritoneal
Descriptor en francés:	Dialyse péritonéale

Descriptor en español:	Diálisis Renal Término(s) alternativo(s): Diálisis Extracorporea Hemodiálisis
-------------------------------	--

Descriptor en inglés:	Renal Dialysis Término(s) alternativo(s): Dialyses, Extracorporeal Dialyses, Renal Dialysis, Extracorporeal Dialysis, Renal Extracorporeal Dialyses Extracorporeal Dialysis Hemodialyses Hemodialysis Renal Dialyses
Descriptor en portugués:	Diálise Renal
Descriptor en francés:	Dialyse rénale

Descriptor en español:	Trasplante de Riñón Término(s) alternativo(s): Injerto de Riñón Trasplantación de Riñón Trasplantación Renal Trasplante Renal
Descriptor en inglés:	Kidney Transplantation Término(s) alternativo(s): Grafting, Kidney Kidney Grafting Kidney Transplantations Renal Transplantation Renal Transplantations Transplantation, Kidney Transplantation, Renal Transplantations, Kidney Transplantations, Renal
Descriptor en portugués:	Transplante de Rim
Descriptor en francés:	Transplantation rénale

Descriptor en español:	Depresión Término(s) alternativo(s): Síntomas Depresivos
Descriptor en inglés:	Depression Término(s) alternativo(s): Depression, Emotional Depressions Depressions, Emotional Depressive Symptom Depressive Symptoms Emotional Depression Emotional Depressions Symptom, Depressive Symptoms, Depressive
Descriptor en portugués:	Depressão
Descriptor en francés:	Dépression

Como criterios de inclusión se establecieron: Artículos procedentes de publicaciones científicas de ámbito nacional o internacional y artículos referentes a la enfermedad crónica relacionados con el objetivo del estudio. No se han establecido criterios de exclusión con respecto al tipo de publicación, por lo que cualquier formato del tipo de estudio ha sido aceptado, incluyéndose en la revisión distintos tipos de investigaciones (estudios cualitativos, cuantitativos, descriptivos, ensayos clínicos, revisiones bibliográficas, revisiones sistemáticas y metaanálisis...).

Como criterios de exclusión, fueron: Publicaciones anteriores al año 2012 y artículos con imposibilidad de acceder al texto completo.

Tras realizar la búsqueda bibliográfica, se seleccionaron 15 artículos de investigación, que fueron incluidos para la revisión bibliográfica del presente estudio. Además, se tuvieron en cuenta otros 11 estudios, que se utilizaron para obtener información útil para el resto del trabajo de investigación, como justificación, estado de la cuestión, marco teórico, discusión y comparación de resultados con otros estudios, conclusiones y posibles limitaciones y líneas de investigación futuras.

RESULTADOS

En la tabla 4 se recogen los 15 estudios que se han seleccionado para la presente revisión bibliográfica.

Los tres primeros estudios exploran de forma general el impacto de la ERC y su tratamiento, basándose en las experiencias de pacientes. Los dos primeros de forma cualitativa, y el tercero mediante una revisión sistemática y metaanálisis de distintos estudios transversales y longitudinales.

Posteriormente, se han seleccionado tres estudios sobre el impacto de la hemodiálisis en la CVRS, y otro sobre el impacto de la diálisis peritoneal. Los dos siguientes estudios son revisiones de gran interés, ya que analizan la CVRS en pacientes con ERC. Uno de ellos, compara esta calidad de vida en pacientes con ERC sin TRS, con TRS y postrasplante, y en el otro, se observa la CVRS en los dos tratamientos de TRS: HD y DP.

Los siguientes estudios que se han incluido en esta revisión se centran en aspectos más específicos: El primero es una revisión sobre la efectividad de intervenciones psicosociales en la depresión, el siguiente analiza los efectos de la religión y la espiritualidad en los pacientes con ERC, otros dos son investigaciones sobre el impacto y los beneficios del ejercicio físico, otro aborda la influencia e importancia del personal de Enfermería en la atención y seguimiento de estos pacientes, y, el último, es una revisión de intervenciones para tratar la disfunción sexual en personas con ERC.

Tabla 4. Publicaciones seleccionadas para realizar la revisión bibliográfica. Fuente: Elaboración propia.

Artículo (autores y año)	Tipo de estudio y objetivos	Participantes y lugar	Metodología	Resultados
<i>How do patients on dialysis experience their disease? A qualitative approach</i> (Ramírez-Pereira et al., 2022)	Estudio cualitativo para comprender las representaciones sociales de las personas con enfermedad renal crónica en diálisis.	18 pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis o diálisis peritoneal. Coquimbo, Chile.	Se seleccionó la muestra mediante la técnica de bola de nieve y se recolectaron los datos mediante entrevista en profundidad. Se exploraron las percepciones sobre las categorías de: Amigos, Equipo de Salud, Espiritualidad y Enfermedad, Familia, Consecuencias físicas, Consecuencias psicosociales y Autocuidado en el continuo salud-enfermedad.	En general, los pacientes manifestaron distanciamiento de sus amistades y aislamiento, pasando a sentirse apoyados por el equipo sanitario y su núcleo familiar. Refieren una mayor espiritualidad, junto con el sentimiento de dependencia del tratamiento y la presencia de la muerte. Además, las consecuencias de la enfermedad y del TRS impactan negativamente en su vida diaria, trabajo o estudios.
<i>Social construction of the experience of living with chronic kidney disease</i> (Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz, 2018)	Estudio cualitativo para comprender la experiencia de personas con ERC que han sido trasplantadas, a partir de sus vivencias.	11 pacientes con ERC, que están trasplantados, y han estado anteriormente con tratamiento de hemodiálisis y/o diálisis peritoneal. Neiva, Colombia.	Los participantes se seleccionaron mediante un muestreo aleatorio no probabilístico de la base de datos de la Unidad de Trasplantes Surcolombiana. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista en profundidad semiestructurada. Se realizó el análisis de los datos según el método de Van Manen, y se centró en los existenciales del mundo de vida: Relacionalidad, corporeidad, espacialidad, temporalidad y materialidad.	Los participantes del estudio describen que la ERC cambió su vida desde el diagnóstico, debiendo adaptar su estilo de vida a la enfermedad y el tratamiento. Destacan la importancia del apoyo de sus amigos y familiares, aunque por otro lado cabe mencionar la limitación para hacer planes acordes a sus amistades, viajar, actividades de ocio, etc. A estas limitaciones se unen los cambios físicos que experimentan, que pueden llevar a sentir vergüenza y dificultades para establecer relaciones, sobre todo amorosas (unido a los cambios en la vida sexual). Además, también existen dificultades económicas y en el ámbito laboral.

Artículo (autores y año)	Tipo de estudio y objetivos	Participantes y lugar	Metodología	Resultados
<p><i>Symptom burden and health-related quality of life in chronic kidney disease: A global systematic review and meta-analysis</i> (Fletcher et al., 2022)</p>	<p>Revisión sistemática y metaanálisis para sintetizar la prevalencia y gravedad de los síntomas y la CVRS en distintos grupos clínicos de ERC a nivel mundial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estadios 1 a 5 y sin TRS. • Pacientes que reciben diálisis • Con trasplante de riñón. 	<p>Se incluyeron 449 estudios transversales / longitudinales de Medline, PsycInfo y Cinahl, publicados entre enero del 2000 y septiembre de 2021, con 199147 participantes de 62 países.</p>	<p>Los estudios utilizaron 67 medidas de resultado de síntomas y CVRS diferentes, que proporcionaron datos sobre 68 síntomas informados.</p> <p>Se utilizaron metanálisis de efectos aleatorios para agrupar los datos, estratificados por grupo de ERC.</p>	<p>Entre los resultados obtenidos, se observaron puntuaciones de CVRS más bajas en pacientes con ERC con respecto a la población general, con diferencias estadísticamente significativas. Esta calidad de vida es peor en los pacientes que reciben TRS.</p> <p>Los pacientes con ERC informaron una variedad de síntomas, cuya carga dependía de la etapa de la enfermedad y de cómo se trataba. La fatiga era un síntoma muy común y grave en todos los grupos de pacientes.</p> <p>Los pacientes que habían recibido un trasplante de riñón experimentaban menos síntomas y menos graves y tenían una mejor calidad de vida, pero aún peor que la de las personas sin ERC.</p>
<p>Factores asociados a la calidad de vida y su predicción en pacientes renales en hemodiálisis (Marín López et al., 2022)</p>	<p>Estudio no experimental, transversal y correlacional, con el objetivo de conocer los niveles de CVRS (calidad de vida relacionada con la salud) física y mental de personas con ERC avanzada en tratamiento de hemodiálisis; así como observar las variables demográficas, médicas y psicológicas con las que se asocia y sobre las que se puede intervenir para mejorar la CVRS.</p>	<p>302 pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis.</p> <p>Comunidad de Madrid.</p>	<p>Se seleccionaron a los pacientes de tres unidades de hemodiálisis que cumplían los criterios de inclusión, y en ellos se evaluaron distintas variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CVRS: mediante el Cuestionario de Salud SF-12 (<i>Shorter Form Health Survey Questionnaire</i>). • Ansiedad y depresión: Escala de ansiedad y depresión de Goldberg. • Datos sociodemográficos. • Datos médicos. <p>Los datos se analizaron mediante análisis correlacionales, comparación de medias y análisis de vías con variables latentes.</p>	<p>La CVRS en pacientes con ERC en hemodiálisis es inferior a la de la población general española, principalmente la CVRS física. En este estudio no se han encontrado tantas diferencias con la puntuación de la CVRS mental.</p> <p>Los resultados encontrados sobre la CVRS en pacientes con ERC en hemodiálisis, relacionan de forma significativa una CVRS peor asociada a la ansiedad, la depresión, mayor comorbilidad y menor nivel de actividad física.</p> <p>Las variables que más influencia tienen son la actividad física y la depresión, por lo que la promoción de la actividad física y un abordaje adecuado de la depresión en estos pacientes, podría tener efectos positivos en la CVRS, tanto física como mental.</p>
<p><i>Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors</i> (Pretto et al., 2020)</p>	<p>Estudio exploratorio, transversal y analítico, con abordaje cuantitativo, para evaluar la asociación entre la CVRS de pacientes con ERC en HD con características sociodemográficas, clínicas, depresión y adherencia a la medicación.</p>	<p>183 pacientes con ERC de dos unidades de hemodiálisis.</p> <p>Rio Grande do Sul, Brasil</p>	<p>Los datos se recogieron mediante entrevista individual con cuestionarios sociodemográficos y clínicos, <i>Kidney Disease and Quality of Life Short-Form</i> (KDQOL-SF 36), <i>Back Depression Inventory</i> (BDI) y <i>Morisky Medication Adherence Scale</i>.</p> <p>El análisis de datos se realizó mediante análisis descriptivo y prueba Chi-cuadrado.</p>	<p>Los resultados del estudio demostraron una CVRS reducida en pacientes en tratamiento de HD. Esta CVRS estaba relacionada con síntomas depresivos, complicaciones de la enfermedad como infecciones de repetición, cefalea, dolor y anemia, debilidad después de la sesión de diálisis y baja adherencia a la terapia farmacológica.</p> <p>De estos resultados se puede concluir en la importancia de considerar y tratar los síntomas depresivos en estos pacientes, prevenir y detectar las posibles complicaciones de la enfermedad y el tratamiento, así como fomentar la importancia de una buena adherencia y cumplimiento del tratamiento farmacológico.</p>

Artículo (autores y año)	Tipo de estudio y objetivos	Participantes y lugar	Metodología	Resultados
<i>Depression and quality of life in older adults on hemodialysis</i> (de Alencar et al., 2020)	Estudio descriptivo transversal para identificar la prevalencia de depresión, sus factores asociados y la calidad de vida en una población mayor con tratamiento de HD.	173 pacientes mayores, de 60 años o más, con ERC en tratamiento con HD. Recife, Brasil.	Se recogieron datos sobre características sociodemográficas, de laboratorio y de diálisis. Se evaluaron los síntomas depresivos mediante la Escala de Depresión Geriátrica de 5 ítems, y, en caso de resultar un cribado positivo (al menos 2 puntos), se confirmó el diagnóstico con la <i>Mini-International Neuropsychiatric Interview</i> (MINI). La calidad de vida se evaluó con el <i>Control, Autonomy, Self-realization and Pleasure Questionnaire</i> (CASP-16). Para el análisis de datos se utilizaron las pruebas Chi-cuadrado, t de Student y regresión logística multivariante.	El 22,5% de la muestra fue diagnosticada de depresión, y un 43,3% manifestaba síntomas depresivos. Esta prevalencia es más elevada que la de la población general mayor de 60 años en países de bajos ingresos, pero similar a la prevalencia de depresión y síntomas depresivos en la población general en tratamiento con HD. Se observa una tendencia hacia una mayor prevalencia de depresión entre las mujeres, las que tenían menos escolaridad y las que no tenían pareja. Los pacientes con depresión presentaron puntuaciones de calidad de vida bajas, niveles de albúmina bajos y niveles de parathormona altos.
<i>Evaluación de la calidad de vida de pacientes chilenos en diálisis peritoneal mediante el cuestionario KDQOL-36</i> (Bustamante-Rojas et al., 2021)	Estudio descriptivo transversal, para evaluar la calidad de vida en pacientes con modalidad de diálisis peritoneal automatizada.	67 pacientes en tratamiento con DP del Hospital Clínico San Borja Arriarán. Santiago, Chile.	Para la obtención de los datos se recogieron variables sociodemográficas y clínicas, y se aplicó el cuestionario de calidad de vida KDQOL-36 (<i>Kidney Disease Quality of Life-36</i>), específico para pacientes con ERC que están en diálisis, desarrollado por <i>Kidney Disease Quality of Life Working Group</i> . El instrumento está compuesto por 36 preguntas para evaluar la CVRS mediante 4 dimensiones: componente genérico, componente carga de enfermedad, síntomas y problemas y los efectos de la enfermedad renal y su influencia en la vida diaria.	Los participantes del estudio tienen puntuaciones menores de 50 en los componentes físico y mental de la CVRS, por lo que manifiestan una CVRS baja. Por otro lado, en los componentes específicos de la ERC, que incluyen carga, síntomas y efectos de la enfermedad renal, se obtuvieron puntajes superiores a 50. Las mujeres, las personas sin diabetes, los laboralmente activos y las personas que perciben ingresos mayores informaron una mejor CVRS.
<i>Comparison of Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis and Peritoneal Dialysis: a Systematic Review and Meta-Analysis</i> (Zazzeroni et al., 2017)	Revisión sistemática y metaanálisis de estudios en pacientes con ERC, para comparar la calidad de vida entre los tratamientos de hemodiálisis y diálisis peritoneal.	Se incluyeron 7 artículos publicados en las bases de datos Cinahl, Medline, PubMed, Scopus y Proquest, entre 2011 y 2016.	Los artículos comparaban la calidad de vida en hemodiálisis y diálisis peritoneal mediante el uso de los cuestionarios KDQOL-SF 1.3 o KDQOL-SF 36. La muestra de pacientes de estos estudios era de 1857, de los cuales estaban en tratamiento con HD 1165 (62,7%), y 692 (37,3%) en diálisis peritoneal. Los datos se analizaron mediante la prueba t para muestras independientes y el coeficiente de correlación de Pearson.	Tras el análisis de los resultados de los artículos, no se puede llegar a una conclusión unánime. La única diferencia significativa en el análisis cuantitativo fue el efecto de la ERC, concluyendo que es menor en la diálisis peritoneal que en la hemodiálisis. De los siete estudios, cuatro sugieren beneficios en la CVRS en el tratamiento de DP frente al de HD, tres de ellos con puntuaciones más altas sin significación estadística, y uno con diferencias significativas en casi todos los dominios de la CVRS. Por el contrario, otros dos estudios demuestran mejor CVRS en los pacientes de HD, uno con diferencias significativas en los síntomas de la ERC, y otro con mejores puntuaciones en la función física y emocional. Uno de los estudios llega a la conclusión de que la CVRS en los dos tratamientos es equivalente, sin grandes diferencias en las variables medidas.

Artículo (autores y año)	Tipo de estudio y objetivos	Participantes y lugar	Metodología	Resultados
<i>Better Quality of Life of Peritoneal Dialysis compared to Hemodialysis over a Two-year Period after Dialysis Initiation</i> (Jung et al., 2019)	Estudio de cohorte prospectivo desde el inicio de la TRS durante dos años, para comparar a lo largo del tiempo la CVRS entre la HD y la DP, y dentro de cada modalidad de diálisis. El objetivo secundario fue determinar los factores asociados a la alteración de la CVRS.	A los 3 meses, completaron el cuestionario 989 pacientes (652 en tratamiento de HD y 337 con DP). A los 12 meses, 492 pacientes (301 HD y 191 DP). A los 24 meses, 262 pacientes (150 HD y 112 en DP). Corea del Sur.	En los pacientes se realizaron tres evaluaciones, a los 3, 12 y 24 meses del inicio de la diálisis, Los datos recogidos fueron: sociodemográficos, clínicos y bioquímicos, sobre la CVRS mediante el cuestionario de KDQOL-SF 1.3, y síntomas depresivos mediante el Inventario de Depresión de Beck II. Para el análisis estadístico se utilizaron distintas pruebas (Chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher para variables categóricas y la prueba t de Student para variables continuas, análisis de regresión ajustados por variables, ANOVA de medidas repetidas, análisis de regresión logística multivariante y análisis multinivel).	Mediante este estudio se concluye que la CVRS es mayor en los pacientes con tratamiento de DP que con HD, tanto al inicio como durante los dos años del estudio. En las dos modalidades de tratamiento se produce un empeoramiento de la CVRS a lo largo del tiempo, siendo similar esta disminución en DP y HD.
<i>Psychosocial interventions for preventing and treating depression in dialysis patients</i> (Natale et al., 2019)	Revisión sistemática y metaanálisis para evaluar el efecto del uso de intervenciones psicosociales en comparación con la atención habitual o una segunda intervención psicosocial para la prevención y el tratamiento de la depresión en pacientes con ERC en diálisis.	33 estudios con participantes en tratamiento de diálisis hasta junio de 2019.	2056 participantes en todos los estudios. Los estudios evaluaron una variedad de posibles tratamientos: acupresión, terapia cognitivo-conductual, asesoramiento psicológico, educación, ejercicio, meditación, entrevistas motivacionales, técnicas de relajación, actividad social, prácticas espirituales, grupos de apoyo, apoyo telefónico, visualización y control de la voz, en comparación con la atención habitual u otros tratamientos psicosociales.	La terapia cognitivo-conductual, el ejercicio y las técnicas de relajación disminuyen los síntomas de depresión en los pacientes en diálisis a largo plazo (certeza moderada). El asesoramiento psicológico puede disminuir ligeramente los síntomas de depresión, mientras que no se sabe si la acupresión, el apoyo telefónico o la meditación resultan en alguna diferencia. Se encontró evidencia de certeza moderada de que la terapia cognitivo-conductual brinda una mejor calidad de vida para los pacientes en diálisis.
<i>Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with Chronic Kidney Disease: an integrative review</i> (Bravin et al., 2019)	Revisión integrativa para identificar y analizar los beneficios de la espiritualidad y la religión en los pacientes con ERC.	Se seleccionaron 26 artículos hasta diciembre de 2017.	Tras analizar los artículos, se recogieron los datos en cuatro categorías: • Beneficios como modalidad de enfrentamiento. • Beneficios en la percepción de la calidad de vida. • Beneficios en la salud mental. • Beneficios en la mejora de la función renal post-trasplante.	Las creencias religiosas ayudaban a los pacientes a enfrentar su ERC, aumentando su esperanza y el apoyo social, disminuían el riesgo de suicidio y los síntomas depresivos, e influían en la mejora de la calidad de vida y de la función renal tras el trasplante.
<i>Impacto del ejercicio físico en pacientes con enfermedad renal crónica: revisión sistemática y metaanálisis</i> (Villanego et al., 2020)	Revisión sistemática para revisar los ensayos sobre ejercicio en pacientes con ERC y describir su impacto sobre la progresión de la enfermedad renal y otros factores asociados.	Se incluyeron 21 estudios encontrados en las bases de datos PubMed, Scopus, Embase, Ovid (Medline) y PEDro.	Los estudios seleccionados eran ensayos clínicos aleatorizados desde 2007 a 2018, en inglés y en español, que comparaban un grupo intervención con un componente de ejercicio con un grupo control sin ejercicio físico en pacientes con ERC en prediálisis.	La práctica de ejercicio de forma rutinaria y a baja-media intensidad no tiene impacto negativo sobre la función renal. El ejercicio mejora la capacidad aeróbica y funcional, y repercute de forma positiva en la calidad de vida.

Artículo (autores y año)	Tipo de estudio y objetivos	Participantes y lugar	Metodología	Resultados
<i>Association of physical activity with quality of life in patients with chronic kidney disease</i> (Pinillos-Patiño et al., 2019)	Estudio de corte transversal para evaluar la relación entre actividad física y CVRS en pacientes con ERC.	130 pacientes con ERC de la consulta por nefrología y la unidad de diálisis durante los 4 meses del estudio. Barranquilla, Colombia.	Se recogieron variables sociodemográficas, la CVRS se evaluó con el cuestionario <i>Kidney Disease Quality of Life-36</i> (KDQOL-36), y la actividad física con el <i>Cuestionario Internacional de Actividad Física</i> (IPAQ) formato corto. El análisis de datos se realizó con SPSS versión 24.	La actividad física moderada y vigorosa se correlacionó directamente con una mejor CVRS en pacientes con ERC que acudían a TRS. La actividad física moderada y vigorosa está directamente relacionada con las dimensiones funcionamiento físico y percepción general de salud física. Además, está inversamente relacionada con la dimensión carga de enfermedad.
<i>Influencia del profesional de Enfermería en la calidad de vida de pacientes receptores de trasplante renal</i> (Ortiz Pastelero & Martínez Lara, 2021)	Revisión bibliográfica para conocer los componentes físicos, psicológicos y sociales alterados de la CVRS en los receptores de TR como una forma de mejorar la calidad de la atención a través de las intervenciones de enfermería más adecuadas.	Se incluyeron 18 artículos de las bases de datos PubMed, Medes, LILACS, CINAHL, Dialnet y Scopus.	Tras la búsqueda, se seleccionaron los artículos que cumplían con los criterios de inclusión, exclusión y la Declaración PRISMA. El análisis de calidad se realizó mediante las recomendaciones de la escala PEDro para los ensayos clínicos, y de la escala Amstar para revisiones bibliográficas.	La CVRS en los pacientes con TR es mejor respecto al período anterior de diálisis, aunque sigue siendo menor que la de la población general. La esfera física es la más afectada. La necesidad de continuar con el tratamiento terapéutico y un seguimiento clínico, el posible rechazo del injerto y el riesgo de infecciones afectan a la CVRS. El profesional de enfermería puede mejorar la CVRS con actividades de educación sanitaria, asesoramiento psicológico y autocuidados.
<i>Interventions for treating sexual dysfunction in patients with chronic kidney disease</i> (Vecchio et al., 2010)	Revisión para conocer los efectos beneficiosos y perjudiciales de intervenciones existentes para el tratamiento de la disfunción sexual en pacientes con ERC.	Se incluyeron 15 artículos hasta 2010: ensayos controlados aleatorios (ECA) y cuasialeatorios.	Los estudios seleccionados eran sobre cualquier intervención farmacológica y no farmacológica usada para el tratamiento de la disfunción sexual en pacientes con ERC. Participaron un total de 352 personas. Se evaluaron los efectos de los inhibidores de fosfodiesterasa 5, zinc, vitamina E, vitamina D o bromocriptina en comparación con placebo.	Los inhibidores de fosfodiesterasa 5 y el zinc pueden ser intervenciones exitosas para el tratamiento de disfunciones sexuales en pacientes con ERC. Existe poca investigación en este campo.

El diagnóstico de la ERC: cambios en el estilo de vida

Todos los estudios encontrados demuestran un gran impacto de la ERC y su tratamiento en los pacientes. El diagnóstico de la ERC supone, para la persona que lo recibe "una ruptura de la vida cotidiana" (Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz, 2018; p.4), y conlleva aceptar un proceso patológico crónico, con grandes cambios globales para toda la vida y una situación dura y difícil de afrontar. En el estudio de Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz (2018), los participantes refieren que "enterarse de que padecen Enfermedad Renal Crónica se convierte en un momento traumático", con un diagnóstico y tratamiento "repentinos, abrumadores y desconocidos" (p.4).

Se observa que el diagnóstico de la ERC suele ser tardío, realizándose cuando la enfermedad está establecida definitivamente, en muchas ocasiones con necesidad de inicio de una TRS de forma urgente, lo que causa un aumento de la morbilidad y mortalidad en estos pacientes. Estudios cualitativos refieren que las personas con ERC no identificaron

los síntomas o señales relacionadas con la enfermedad previas a su detección, y manifestaron una falta en sus autocuidados a lo largo de su vida, con transgresiones dietéticas, debido al desconocimiento y la escasa educación para la salud en estos ámbitos. (Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz, 2018; Ramírez-Pereira et al., 2022)

Tras el diagnóstico, los pacientes experimentan numerosos cambios en todos los ámbitos de su vida diaria, como el ámbito social y familiar, afectivo, psicológico, la alimentación, ámbito laboral o estudios, actividades de ocio, etc., debido a los síntomas de la ERC y su tratamiento.

Impacto de la ERC en las relaciones interpersonales: relaciones sociales con la familia, amistades, pareja y con los profesionales sanitarios

En el ámbito social adquiere gran importancia el apoyo familiar. En general, los pacientes describen en distintos estudios que se sienten acompañados y que perciben la

ayuda de su familia en los cuidados y para sobrellevar los problemas, la enfermedad y el tratamiento, con apoyo emocional y económico. Las personas con ERC consideran indispensable a su núcleo familiar, normalmente pareja, hijos, padres, hermanos e incluso nietos y cuñados, y refieren un mayor sentimiento de bienestar, seguridad y facilidad para enfrentarse a la ERC cuando tienen el soporte de estos. (Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz, 2018; Ramírez-Pereira et al., 2022)

Por otro lado, algunas personas con ERC también perciben como fundamental el sostén que reciben de las amistades, manifestando que lo reciben en distintos ámbitos (económico, emocional, laboral, cuidados...). Adquiere importancia la confianza y el apoyo recibido, mostrando preocupación e impulsando a las personas que sufren la enfermedad a seguir hacia delante (Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz, 2018). Sin embargo, algunos pacientes refieren distanciamiento de sus amistades, normalmente por un afrontamiento y aceptación difícil de la ERC, que lleva a ocultar la patología y su severidad porque sienten vergüenza, miedo o que pueden provocar lástima. Esta situación implica la pérdida del apoyo de las amistades, generando un mayor aislamiento y sentimientos de soledad, junto con una pérdida del sentido de pertenencia a la comunidad. (Ramírez-Pereira et al., 2022)

Respecto a las relaciones sentimentales o de pareja, existe miedo al abandono, tanto emocional, con disminución o falta de interés y preocupación (a pesar de continuar conviviendo), como físico, con distanciamiento espacial. Este miedo genera ansiedad, y también lo pueden experimentar con otras relaciones interpersonales aparte de su pareja. Además, algunos estudios muestran que las personas con ERC sienten que no pueden establecer relaciones más allá de una amistad, por lo que experimentan dificultades en las relaciones con el sexo opuesto o el sexo que les atrae. Esta sensación se respalda en muchas ocasiones porque no se consideran atractivos y sienten inseguridad y vergüenza, debido a la presencia de la fístula o catéteres y a los cambios en su cuerpo y su imagen personal, como deterioro corporal, pérdida de peso, cambios en la piel, hinchazón abdominal... (Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz, 2018; Ramírez-Pereira et al., 2022).

Unido a esto, otro aspecto que puede tener un impacto elevado en las relaciones de pareja son los cambios en la vida sexual. La ERC y su tratamiento pueden afectar en gran medida a la sexualidad, con pérdida en el interés sexual, miedo a experimentar problemas en el sexo, influencia de los fármacos, uremia u otras comorbilidades, e incluso percibir como obstáculo la presencia de la fístula arteriovenosa o el catéter peritoneal. Se estima que entre el 50-80% de los hombres con ERC presentan disfunción eréctil, y también pueden referir disminución de la libido y dificultades para alcanzar el orgasmo. En las mujeres con ERC, el 55% manifiesta dificultad en la excitación sexual, y es frecuente que presenten dismenorrea, dispareunia, falta de lubricación vaginal y dificultades para alcanzar el orgasmo. Todos estos factores dificultan el mantenimiento de una vida sexual activa, apareciendo en los pacientes con ERC sentimientos de angustia, desesperación y reparo para expresar su situación o buscar ayuda. (Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz, 2018; Vecchio et al., 2010)

Debido a que la Enfermedad Renal tiene el carácter de crónica, las personas que la padecen precisan estar en contacto continuo con un equipo sanitario que les acompaña en su proceso de enfermedad. Estos profesionales sanitarios pueden representar un apoyo fundamental para los pacientes, proporcionando y fomentando unos cuidados de calidad y estableciendo un vínculo adecuado y un respaldo donde las personas con ERC puedan solucionar sus dudas, expresar sus miedos y recibir la ayuda que necesiten de un equipo experto y especializado. Ramírez-Pereira et al. (2022), destacan que los participantes de su estudio, con ERC, describen al equipo sanitario de forma muy positiva. Sin embargo, existen estudios en los que las personas con ERC refieren no haber recibido la información completa sobre su enfermedad o su tratamiento, por lo que no manifiestan una buena conexión con los profesionales sanitarios (Ramírez-Pereira et al., 2022). En la revisión de Ortiz Pastelero & Martínez Lara (2021), se refleja la importancia y la gran labor que puede realizar el personal de Enfermería en los pacientes con ERC, abordando de forma integral las necesidades de estas personas.

Impacto de la ERC en el ámbito laboral, los estudios y el ocio

Las personas con ERC, sobre todo las que precisan TRS, manifiestan sentirse perjudicados y desatendidos en los ámbitos laborales y estudiantil, debido a que no son contratados en los trabajos por acudir al tratamiento, o presentan numerosas dificultades para mantener una continuidad en los trabajos o sus estudios. Esta situación convierte a las personas con ERC en sujetos más vulnerables en sus derechos a trabajar y a estudiar, causando discriminación e importantes cambios en sus proyectos de vida. (Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz, 2018; Ramírez-Pereira et al., 2022) En algunos estudios se ha observado que los pacientes que acuden a HD pueden presentar más dificultades que los pacientes que reciben DP en su domicilio, principalmente los que la realizan durante la noche, aunque también manifiestan la presencia de obstáculos en estos y otros ámbitos de su día a día. (Zazzeroni et al., 2017)

Debido a los problemas para trabajar, que llevan en algunos casos a renunciar al trabajo o a una situación de invalidez, la ERC también tiene impacto económico en los pacientes, con la disminución de los ingresos. Unido a esto, se añaden los costes del tratamiento. En España, la mayoría de los gastos los asume la Seguridad Social y el Sistema Público de Salud, pero destaca, en estudios realizados en otros países, como América, la gran importancia que tienen los costes del tratamiento y los desplazamientos necesarios tras el diagnóstico de ERC. (Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz, 2018; Ramírez-Pereira et al., 2022)

Respecto a las actividades de ocio, la ERC y el tratamiento causan muchas limitaciones para realizarlas, con numerosos problemas para asistir a actividades sociales y viajar. Las personas con ERC, y en especial los más jóvenes, refieren sentirse estancados y excluidos de actividades de ocio y otros planes debido a su enfermedad. En muchas ocasiones también tienen que aplazarlas, existiendo en todo

momento miedo a realizar un viaje, a aceptar un trabajo o a comprometerse con actividades que podrían no poder llevar a cabo o interferir con su tratamiento. (Ramírez-Perdomo & Solano-Ruíz, 2018).

Impacto de la ERC en el ámbito psicológico y emocional

Todos los cambios descritos anteriormente pueden influir en la esfera psicológica de las personas con ERC de forma negativa. Las dificultades y limitaciones en las relaciones sociales, en los ámbitos laboral y estudiantil, y en las actividades de ocio, unidos a los cambios biológicos y a los síntomas que se experimentan por la ERC y su tratamiento, causan en los pacientes sentimientos de frustración, insatisfacción, rabia, impotencia, soledad, aislamiento, tristeza e incluso rechazo a la enfermedad y a su tratamiento, pudiendo llevar a experimentar ansiedad y estados depresivos. Las personas con ERC manifiestan momentos en los que no saben qué hacer, así como desesperación y tristeza, llevando en ocasiones a pensar en acabar con su vida, en el suicidio. Por otro lado, estos sujetos destacan el apoyo que reciben, junto con la medicación, como las claves para aceptar la enfermedad y superar estos pensamientos. (Ramírez-Perdomo & Solano-Ruíz, 2018)

La depresión es el trastorno mental más común en la población con ERC. Diversos estudios demuestran una asociación alta entre padecer ERC, estar en tratamiento de diálisis y el aumento del riesgo de desarrollar depresión. (de Alencar et al., 2020; Pretto et al., 2020) En los pacientes con ERC las tasas de depresión son de tres a cuatro veces más altas que en la población general, y de dos a tres veces más altas que en individuos con otras enfermedades crónicas. (Pretto et al., 2020) Existen investigaciones en pacientes con tratamiento de HD que afirman una prevalencia entre el 22,8% de diagnóstico de depresión y 39,3% de síntomas depresivos. De Alencar et al. (2020), realizaron un estudio en población de HD mayor de 60 años en Brasil y obtuvieron unas cifras de depresión similares a las de la población general de HD, con una prevalencia de depresión y síntomas depresivos de 22,5 y 43,3%, respectivamente. En comparación con toda la comunidad mayor de 60 años, en las que las tasas de prevalencia se encuentran entre 4,7 y el 18,2%, se observa gran diferencia. Por otro lado, Pretto et al. (2020) realizan otro estudio en pacientes en tratamiento con HD en otra zona de Brasil, entre los que más de la mitad presentan síntomas depresivos, en concordancia con otro estudio realizado en la India. Al igual que en otros estudios realizados en población general, se encontraron que los índices de depresión y ansiedad eran mayores en la población femenina. (Marín López et al., 2022; Pretto et al., 2020)

La relevancia de este trastorno se observa en distintos factores, tanto clínicos como económicos: en los pacientes con ERC, padecer depresión puede acelerar la progresión de la enfermedad, aumentando el riesgo de complicaciones y comorbilidades, empeorando los resultados clínicos, causando un impacto negativo en la calidad de vida de los sujetos y aumentando la mortalidad en un 45%. Todas estas consecuencias negativas en la salud de las personas con ERC, llevan asociadas una mayor necesidad de utilización de los servicios de emergencia y hospitalización, así como un aumento de los costes de tratamiento (de Alencar et al.,

2020; Pretto et al., 2020). Un hallazgo destacable en los pacientes con ERC y con diagnóstico de depresión, es su asociación con niveles de albúmina bajos (hipoalbuminemia) y niveles elevados de parathormona, que podría tenerse en cuenta como señal de alarma en estos sujetos. (de Alencar et al., 2020)

El hecho de padecer una enfermedad crónica y, en la mayoría de los casos, depender de un tratamiento imprescindible para sobrevivir (mediante la máquina de diálisis o el trasplante y la medicación en pacientes trasplantados), adquiere importancia y miedo en las personas con ERC el concepto de la muerte. Los pacientes refieren angustia al escuchar esta palabra, al igual que "crónico terminal", pues esta etapa de la enfermedad hace que sientan la muerte más cercana. (Ramírez-Perdomo & Solano-Ruíz, 2018; Ramírez-Pereira et al., 2022)

Un estudio de Bravin et al. (2019) demuestra que la religión y la espiritualidad pueden servir de ayuda en los pacientes con enfermedad crónica, tanto en el enfrentamiento, con el aumento de la esperanza, el apoyo social y el afrontamiento del dolor, como a nivel de salud mental, disminuyendo el riesgo de suicidio y los síntomas depresivos. Existen investigaciones en América en la que los participantes, con ERC, manifiestan la utilidad de las creencias religiosas para hacer frente a su enfermedad diariamente (Ramírez-Pereira et al., 2022). Natale et al. (2019), realizan una revisión sistemática sobre distintas intervenciones para tratar la depresión en paciente con ERC, destacando la importancia de la terapia cognitivo-conductual, el ejercicio y las técnicas de relajación como intervenciones efectivas para mejorar los síntomas depresivos y la CVRS. Del mismo modo, encontraron una baja certeza en la evidencia de prácticas espirituales, acupresión, apoyo telefónico y meditación.

Calidad de vida en los pacientes con ERC: impacto global de la enfermedad y el tratamiento

Los resultados presentados anteriormente están extraídos, en gran medida, de estudios cualitativos, en los que se explora la experiencia y los sentimientos manifestados por los pacientes con ERC. Por otro lado, se han tenido en cuenta para la revisión estudios en los que se han utilizado escalas y distintas mediciones en pacientes con ERC, sobre los cambios observados y el impacto de su enfermedad en distintos ámbitos, así como en la CVRS.

En general, todos los estudios encontrados concluyen que, la CVRS en pacientes con ERC, es significativamente más baja que la del resto de la población sin la enfermedad (Bustamante-Rojas et al., 2021; Fletcher et al., 2022; Marín López et al., 2022; Pretto et al., 2020; Zazzeroni et al., 2017). Fletcher et al. (2022), realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis en el que se incluyeron 499 estudios, con un total de 199147 pacientes con ERC de 62 países. Además de concluir que la CVRS era menor en los pacientes con ERC que en los individuos sanos, independientemente de si recibían tratamiento conservador, diálisis o estaban trasplantados, exploraron las diferencias de la CVRS en la población con ERC. En estos pacientes, observaron que la calidad de vida era peor en los sujetos

que recibían TRS, y mejor en los que habían recibido un trasplante de riñón, con una sintomatología menor y más leve, coincidiendo con los resultados de la revisión de Ortiz Pastelero & Martínez Lara (2021).

En los distintos estudios realizados sobre la CVRS en pacientes con ERC, se han encontrado distintas variables asociadas, que contribuyen a una peor calidad de vida. Una de las principales causas de la reducción de la CVRS en las personas con ERC es la sintomatología que aparece unida a la enfermedad, desde los estadios iniciales. Los síntomas y su gravedad dependen de la etapa de la enfermedad y su tratamiento, aunque en todos ellos destaca que aparece la fatiga (Fletcher et al., 2022). Otros síntomas comunes son debilidad, prurito, náuseas, dolor, alteraciones en el hábito miccional, cambios en el patrón del sueño, ansiedad, disnea, piernas inquietas y depresión. (Bustamante-Rojas et al., 2021)

Otro de los factores más importantes que influyen en la CVRS es el estado de ánimo, que podemos relacionar con la definición de calidad de vida como una valoración subjetiva, por lo que los pacientes perciben una peor CVRS tanto a nivel físico como mental cuando su estado de ánimo es

bajo. Como se ha hecho referencia anteriormente, varias investigaciones han encontrado tasas de depresión y ansiedad elevadas en personas con ERC, por lo que sería un aspecto fundamental a tener en cuenta, que influiría en la calidad de vida de estos individuos. (Bustamante-Rojas et al., 2021; Marín López et al., 2022; Pretto et al., 2020)

Según estudios previos, existen otras variables que pueden contribuir a una disminución de la CVRS: comorbilidad y complicaciones de la enfermedad (como infecciones de repetición, cefalea, anemia), baja adherencia terapéutica, debilidad y otros efectos secundarios tras las sesiones de la TRS (Pretto et al., 2020), edad avanzada, sexo femenino (por mayor predisposición a presentar síntomas depresivos), presencia de diabetes, menor nivel de hematocrito (Marín López et al., 2022), bajo nivel de educación, situación económica (menores ingresos) y situación laboral (menor calidad de vida en personas inactivas laboralmente). (Bustamante-Rojas et al., 2021)

En la figura 1, podemos observar, de forma resumida, las distintas variables principales que influyen en la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que padecen ERC.

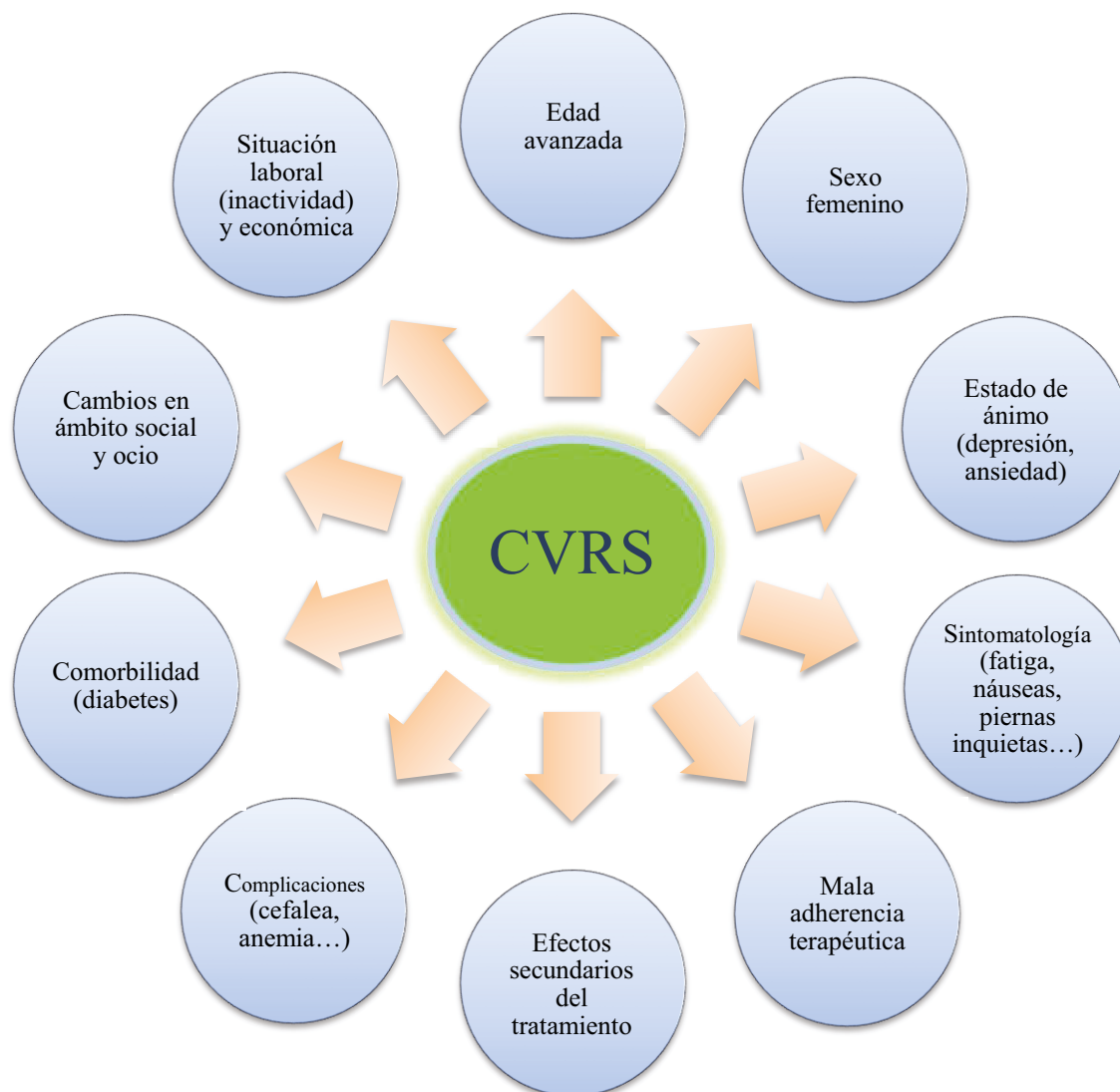


Figura 1. Factores asociados a un empeoramiento de la CVRS en pacientes con ERC. Fuente: Elaboración propia.

Unido a la importancia que puede tener una peor CVRS en los pacientes con ERC, estos niveles bajos de calidad de vida se han relacionado, en distintos estudios, con una mayor mortalidad, un aumento del riesgo de hospitalización y un peor pronóstico de la enfermedad (Marín López et al., 2022). Investigaciones previas demuestran los efectos positivos que pueden tener una buena valoración e intervención sobre la CVRS de las personas con ERC. Los beneficios que se obtendrían serían una mejora del pronóstico en los pacientes, mejores resultados en los valores de las analíticas, disminución de las tasas de mortalidad y de hospitalización, funcionamiento cognitivo y emocional más elevado y mejor adherencia terapéutica. (Bustamante-Rojas et al., 2021; Zazzeroni et al., 2017)

Tradicionalmente, existían dudas sobre si la actividad física podría tener un impacto negativo en la función renal y la elevación de la albuminuria. Sin embargo, distintos estudios han encontrado efectos muy beneficiosos del ejercicio físico en las personas con ERC. La práctica de ejercicio físico de forma rutinaria, realizado durante ocho semanas o más, al menos 3 veces por semana durante más de 30 minutos cada sesión, con una intensidad y frecuencia adaptadas al paciente, mejora la capacidad aeróbica y funcional, el estado físico, la tensión arterial y el estado nutricional. Además, repercute de forma muy positiva en la CVRS, ya que las personas con ERC que realizan actividad física tienen una mejor percepción general de salud y refieren una menor carga de la enfermedad, por lo que su calidad de vida percibida es más elevada. (Marín López et al., 2022; Pinillos-Patiño et al., 2019; Villanego et al., 2020)

Comparación del impacto en la CVRS en las distintas modalidades de tratamiento de la ERC

La ERC es una enfermedad irreversible que no tiene cura, por lo que, el objetivo del tratamiento no es su eliminación, sino aumentar la CVRS de los pacientes, con adaptación a las limitaciones y consecuencias físicas que causa la enfermedad, a un nuevo estilo de vida y a los efectos del tratamiento (Marín López et al., 2022; Zazzeroni et al., 2017). Por lo tanto, la modalidad de tratamiento elegida, puede ser una variable que influya, en gran medida, en la calidad de vida de las personas con ERC. En esta línea, se han analizado distintos estudios que comparan las distintas modalidades de TRS: principalmente HD y DP, así como el TR, para observar si existen diferencias y si se puede establecer la modalidad de mejor elección en estos sujetos.

En el estudio de Fletcher et al. (2022), se observó que la sintomatología era similar en pacientes con ERC que recibían TRS y los que recibían tratamiento conservador, pudiéndose asociar los síntomas en gran medida a la enfermedad. Sin embargo, los pacientes receptores de TR tenían una disminución de los síntomas, siendo de menor gravedad, apareciendo como síntomas más frecuentes los cambios en la apariencia, visión borrosa y apetito excesivo. El TR, por lo tanto, es la opción con menos impacto en la CVRS de los pacientes, y sustituye todas las funciones del riñón, incluidas las endocrinas, por lo que sería el tratamiento más adecuado en la mayoría de los casos, preferentemente de donante vivo. Sin embargo, esta opción depende de que exista un donante compatible, por lo que no siempre es viable y, nor-

malmente, los pacientes reciben HD o DP. (Fletcher et al., 2022; Lorenzo Sellarés & Luis Rodríguez, 2022)

Centrándonos en las modalidades de diálisis, el análisis de las investigaciones existentes no permite concluir con unanimidad sobre la mejor TRS entre HD y DP. Se puede destacar la revisión sistemática y metaanálisis de Zazzeroni et al. (2017), que compara en 7 estudios las puntuaciones de CVRS entre HD y DP. De los siete estudios, cuatro sugieren beneficios en la CVRS en el tratamiento de DP frente al de HD, tres de ellos con puntuaciones más altas sin significación estadística, y uno con diferencias significativas en casi todos los dominios de la CVRS. Por el contrario, otros dos estudios demuestran mejor CVRS en los pacientes de HD, uno con diferencias significativas en los síntomas de la ERC, y otro con mejores puntuaciones en la función física y emocional. Una de las investigaciones, defiende que la CVRS en los dos tratamientos es equivalente, sin grandes diferencias en las variables medidas. En todos ellos, se demuestra que, a lo largo del tiempo, la CVRS empeora en ambas modalidades de diálisis, de forma similar.

Las ventajas que aporta la DP son: Menores restricciones dietéticas, mejor control de los niveles de fósforo y de las hormonas tiroideas, de la acidosis y de la anemia, menos cambios del volumen extracelular y mayor preservación de diuresis residual. Por otro lado, las desventajas serían: La presencia de un catéter abdominal, que podría tener más impacto en la imagen corporal que la fístula arterio-venosa, la menor supervivencia de la técnica, la incidencia considerable de peritonitis como complicación, el peor control lipídico, el empeoramiento de la vasculopatía periférica, y el requerimiento de apoyo para realizar la técnica en el domicilio, además de la importancia de unas condiciones básicas de higiene y espacio físico en su casa. (Lorenzo Sellarés & Luis Rodríguez, 2022)

En cuanto a la mortalidad, la mayoría de las investigaciones defienden que la esperanza de vida se reduce ligeramente en la DP respecto a la HD, pero hay estudios que demuestran que, los pacientes, están dispuestos a aceptar esta reducción para poder aumentar su disponibilidad para viajar y reducir las visitas a los centros hospitalarios. (Jung et al., 2019; Lorenzo Sellarés & Luis Rodríguez, 2022)

En todo caso, la elección de la TRS debe realizarse de forma individualizada para cada paciente, considerando todas las opciones y procurando proporcionar la información necesaria y detallada a las personas con ERC y a sus familias, para que se escoja la modalidad más adecuada a su situación. (Jung et al., 2019; Lorenzo Sellarés & Luis Rodríguez, 2022; Zazzeroni et al., 2017).

DISCUSIÓN

Tras los resultados analizados, se observa que la ERC tiene un gran impacto en todos los ámbitos de la vida de una persona. Comenzando por el diagnóstico, que se ha detectado que suele realizarse de forma tardía, sería muy interesante y de gran importancia establecer programas de promoción y prevención, desde equipos multidisciplinares de Nefrología e incluso desde Atención Primaria u otros ámbitos, tanto para fomentar y divulgar estrategias

de educación y cuidado, como para realizar una detección y tratamiento precoz de la enfermedad. Estos programas podrían prevenir la enfermedad estableciendo hábitos saludables e identificando los factores de riesgo reversibles en pacientes que aún no la han desarrollado y, en el caso de padecerla, realizar un diagnóstico menos tardío para minimizar el impacto de la ERC y retrasar su progresión con un abordaje temprano, lo que conllevaría una menor morbilidad y mortalidad en los pacientes, una reducción de los ingresos hospitalarios y una disminución de los costes económicos. (Alcázar Arroyo et al., 2008; Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz, 2018; Ramírez-Pereira et al., 2022)

En los pacientes con ERC, adquiere una gran importancia su red de apoyo, comenzando por su familia, como sus amistades y parejas. Pueden ser un pilar fundamental para ayudarles a afrontar y aceptar su enfermedad. Las personas con ERC manifiestan en ocasiones problemas en sus relaciones sociales y personales, referenciados en el apartado de resultados (como sentimientos de vergüenza, miedo al abandono o aislamiento) (Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz, 2018; Ramírez-Pereira et al., 2022). Para evitar que esto cause dificultades en sus relaciones y se transformen de lo que podría ser un buen apoyo a un obstáculo o preocupación, sería muy interesante fomentar la comunicación en las relaciones sociales de sujetos con ERC, así como explorar y conocer sus posibles miedos, para aportarles un mejor manejo y consejos para gestionar sus conexiones interpersonales.

En cuanto a las relaciones sentimentales, podría ser también de gran utilidad trabajar la aceptación de los cambios en la imagen corporal que se producen en los sujetos con ERC. Además, una consecuencia de la ERC y su tratamiento con bastante prevalencia es la aparición de disfunción o problemas en la vida sexual, por lo que es interesante explorar si existen estas dificultades y, en cada caso, realizar una intervención adecuada. Vecchio et al. (2010), realizaron una revisión sistemática sobre 15 estudios con 352 pacientes, principalmente varones (solo en uno participaban mujeres), para evaluar distintas intervenciones existentes para la disfunción sexual en pacientes con nefropatía crónica. Destacaron como las intervenciones más eficaces el tratamiento con inhibidores de fosfodiesterasa 5 y zinc, aunque sería interesante continuar investigando respecto a este tema, aumentando la inclusión del sexo femenino en los estudios.

Otros ámbitos de la vida diaria de las personas con ERC que pueden verse muy afectados por la enfermedad o el tratamiento son el laboral y el estudiantil, debido a las dificultades para compaginarlos con los horarios y necesidades del tratamiento o los efectos de la ERC. Los pacientes con ERC perciben su ocio muy limitado, con grandes problemas para viajar, acudir a reuniones sociales, etc., debido a las condiciones derivadas de la ERC y el tratamiento. Es primordial tener en cuenta estos aspectos a la hora de elegir el tratamiento más adecuado, o adaptarlo a las características individuales de cada persona, teniendo en cuenta en todo momento las dificultades que puedan surgir, para proporcionarles el apoyo que precisen. Por ejemplo, para personas más activas o jóvenes podría proporcionar una mejor calidad de vida la DP (si no es posible o no hay disponibilidad de TR), ya que la pueden realizar en su domicilio e incluso

durante la noche, limitando menos su vida personal. Sin embargo, si un paciente no tiene apoyos o, incluso, tiene alguna limitación física, será más adecuada la TRS con HD, ya que no contaría con ayuda para realizarse la DP. (Jung et al., 2019; Zazzeroni et al., 2017)

Los grandes cambios en el estilo de vida y el impacto en las distintas esferas de una persona tras el diagnóstico de ERC, producen también consecuencias a nivel psicológico. Aceptar y afrontar la enfermedad y el tratamiento es un proceso difícil. Numerosos pacientes presentan problemas de ansiedad o depresión. En todo momento, se debe tener en cuenta las necesidades psicológicas de estos pacientes, proporcionando la ayuda profesional adecuada en cada caso.

De forma global, el equipo sanitario puede ser fundamental para la atención y cuidados de los pacientes con ERC. Desde los inicios, es muy importante detectar, desde Atención Primaria, los posibles factores de riesgo, promoviendo estilos de vida saludables y derivando, cuando sea necesario, a los distintos especialistas. Nefrología será la especialidad encargada de la monitorización y tratamiento de los pacientes con ERC, pero el objetivo será realizar un abordaje de estos pacientes multidisciplinario e integral. Además de proporcionar información y cuidados necesarios, el equipo de salud será el encargado de detectar las necesidades de los pacientes con ERC, proporcionando apoyo y gestionando la red de profesionales que precisen, previniendo comorbilidades y complicaciones y emprendiendo las medidas imprescindibles para mejorar la CVRS de estos sujetos. La adherencia terapéutica también adquiere importancia y se puede fomentar desde la atención sanitaria, ya que existen estudios que demuestran que una buena adherencia terapéutica se asocia con una mejor CVRS y un mayor bienestar físico, psicoemocional y social en los pacientes con ERC (Ramírez-Pereira et al., 2022). Desde la Atención Primaria como desde la Atención Especializada y las Urgencias, se procurará tratar al paciente de forma holística e integral, procurando abordar todos los requerimientos que surjan con su enfermedad y su tratamiento. Revisiones como la presente pueden servir para conocer las opiniones y sentimientos de estos pacientes, y el impacto de la ERC en su calidad de vida, para poder tenerlos en cuenta, abordarlos e intervenir de la forma más completa y adecuada en estos sujetos.

Podemos destacar la labor que puede realizar el personal de Enfermería en los pacientes con ERC, siempre trabajando conjuntamente junto con el resto de profesionales sanitarios que atienden a cada persona. En el seguimiento clínico, puede servir de enlace para explorar las necesidades de los pacientes y prestarles atención. Desde la consulta de Enfermería se puede realizar Educación para la Salud en estos pacientes, informándoles adecuadamente sobre hábitos higiénico-dietéticos adecuados para su enfermedad, aportando toda la información sobre medidas dietéticas o del sueño, fomentando la actividad física y resolviendo las dudas que puedan surgirles respecto a su dieta, restricciones, signos de alarma, prevención de infecciones o signos de rechazo en caso de TR, cuándo deben consultar con los servicios de urgencias o profesionales sanitarios, etc. Además, desde Enfermería también

se puede trabajar el asesoramiento emocional, derivando a otros profesionales cuando sea preciso, observando las preocupaciones o problemas que aparezcan en los pacientes, y potenciando su autoestima y autoimagen corporal. Se pueden realizar intervenciones para la mejor adherencia terapéutica y ayudar a los pacientes y familiares o cuidadores en la autogestión de la enfermedad y el tratamiento. (Ortiz Pastelero & Martínez Lara, 2021).

CONCLUSIONES

La ERC es una enfermedad con una prevalencia elevada, con un gran impacto en todos los ámbitos de la vida de una persona. Es una enfermedad crónica, en la que el tratamiento no tiene como objetivo la curación, sino minimizar la carga de síntomas y obtener una mejor CVRS en las personas que la sufren.

Mediante la presente revisión, se pueden conocer, de forma global, los cambios más importantes que se producen tras el diagnóstico de la ERC. De este modo, sería fundamental tenerlos en cuenta para proporcionar a los pacientes una atención integral, holística y multidisciplinar, según sus necesidades.

Aunque se ha encontrado mucha bibliografía relacionada con los efectos psicosociales de la ERC en los pacientes, sería muy interesante continuar investigando, ya que hay aspectos en los que aún no se ha obtenido una evidencia clara. Tendría gran interés investigar sobre las distintas posibilidades de TRS, para concluir con mayor evidencia sobre los beneficios de cada una y su impacto en la CVRS. Los estudios realizados sobre temas específicos, como intervenciones para la depresión o la disfunción sexual, también concluyen que se requiere mayor investigación.

Con la presente revisión, se ha intentado tener en cuenta todos los cambios que la ERC y su tratamiento producen en las personas que la padecen, aportando una visión global. Podría tener gran interés incluir a los cuidadores, familiares o entorno de los pacientes en los futuros estudios, ya que se ha observado la importancia que tienen, y, en muchas ocasiones, proporcionan mucha ayuda a los pacientes y cargan con buena parte de la enfermedad y/o el tratamiento.

En conclusión, la ERC produce muchos cambios en el estilo de vida de las personas que la sufren, disminuyendo su CVRS. Conocer su impacto permite proporcionar unos cuidados de calidad, en los que se tenga en cuenta al paciente como un ser holístico, teniendo en cuenta sus valores y sus propias creencias, para explorar y atender todas sus necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcázar Arroyo, R., Orte, L., González Parra, E., Górriz, J. L., Navarro, J. F., Martín de Francisco, A. L., Egocheaga, M. I., & Álvarez Guisasaola, F. (2008). Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica | Nefrología. *Nefrología*, 28(3). <https://www.revistanefrologia.com/es-documento-consenso-sen-semfyc-sobre-enfermedad-renal-cronica-articulo-X0211699508005614>
- Bravin, A. M., Trettene, A. D. S., Andrade, L. G. M. de, & Popim, R. C. (2019). Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with Chronic Kidney Disease: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 541–551. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0051>
- Bustamante-Rojas, L., D'Peña-Ardaillon, F., Durán-Agüero, S., Tiscornia-González, C., Aicardi-Spalloni, V., Bustamante-Rojas, L., D'Peña-Ardaillon, F., Durán-Agüero, S., Tiscornia-González, C., & Aicardi-Spalloni, V. (2021). Health-related quality of life of patients on peritoneal dialysis. *Revista Médica de Chile*, 149(12), 1744–1750. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872021001201744>
- de Alencar, S. B. V., de Lima, F. M., Dias, L. D. A., Dias, V. D. A., Lessa, A. C., Bezerra, J. M., Apolinário, J. F., & de Petribu, K. C. (2020). Depression and quality of life in older adults on hemodialysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(2), 195. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0345>
- DeCS – Descriptores en Ciencias de la Salud. (2022). <https://decs.bvsalud.org/es/>
- Fletcher, B. R., Damery, S., Aiyegbusi, O. L., Anderson, N., Calvert, M., Cockwell, P., Ferguson, J., Horton, M., Paap, M. C. S., Sidey-Gibbons, C., Slade, A., Turner, N., & Kyte, D. (2022). Symptom burden and health-related quality of life in chronic kidney disease: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 19(4). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1003954>
- García-Maset, R., Bover, J., Segura de la Morena, J., Goicoechea Diezhandino, M., Cebollada del Hoyo, J., Escalada San Martín, J., Fácila Rubio, L., Gamarra Ortiz, J., García-Donaire, J. A., García-Matarín, L., Gràcia Garcia, S., Gutiérrez Pérez, M. I., Hernández Moreno, J., Mazón Ramos, P., Montañés Bermudez, R., Muñoz Torres, M., Pablos-Velasco, P. de, Pérez-Maraver, M., Suárez Fernández, C., ... Luis Górriz, J. (2022). Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 42(3), 233–264. <https://doi.org/10.1016/J.NEFRO.2021.07.010>
- González, A. O., de Francisco, A., Gayoso, P., & García, F. (2010). Prevalence of chronic renal disease in Spain: Results of the EPIRCE study. *Nefrología (English Edition)*, 30(1), 78–86. <https://doi.org/10.3265/NEFROLOGIA.PRE2009.DIC.5732>
- Gorostidi, M., Sánchez-Martínez, M., Ruilope, L. M., Graciani, A., de la Cruz, J. J., Santamaría, R., del Pino, M. D., Guallar-Castillón, P., de Álvaro, F., Rodríguez-Artalejo, F., & Banegas, J. R. (2018). Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular. *Nefrología*, 38(6), 606–615. <https://doi.org/10.1016/J.NEFRO.2018.04.004>
- Gorostidi, M., Santamaría, R., Alcázar, R., Fernández-Fresnedo, G., Galcerán, J. M., Goicoechea, M., Oliveras, A., Portolés, J., Rubio, E., Segura, J., Aranda, P., de Francisco, Ángel L. M., del Pino, M. D., Fernández-Ve-

- ga, F., Górriz, J. L., Luño, J., Marín, R., Martínez, I., Martínez-Castelao, A., ... Ruilope, L. M. (2014). Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología (Madrid)*, 34(3), 302–316. <https://doi.org/10.3265/NEFROLOGIA.PRE2014.FEB.12464>
11. Jung, H. Y., Jeon, Y., Park, Y., Kim, Y. S., Kang, S. W., Yang, C. W., Kim, N. H., Choi, J. Y., Cho, J. H., Park, S. H., Kim, C. D., & Kim, Y. L. (2019). Better Quality of Life of Peritoneal Dialysis compared to Hemodialysis over a Two-year Period after Dialysis Initiation. *Scientific Reports*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/S41598-019-46744-1>
 12. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. (2013). Official Journal of the International Society of Nephrology, 3(1). www.publicationethics.org
 13. Llisterri, J. L., Micó-Pérez, R. M., Velilla-Zancada, S., Rodríguez-Roca, G. C., Prieto-Díaz, M. Á., Martín-Sánchez, V., Barquilla, A., Polo-García, J., Segura-Fragoso, A., Cinza-Sanjurjo, S., García, A. B., Rodríguez, Á. D., Cervantes, C. E., Moreno, F. J. A., Roca, G. C. R., Martín, J. V., Caro, J. L. L., Badimón, J. J., García, J. P., ... González, A. S. (2021). Prevalencia de la enfermedad renal crónica y factores asociados en la población asistida en atención primaria de España: resultados del estudio IBERICAN. *Medicina Clínica*, 156(4), 157–165. <https://doi.org/10.1016/J.ME-DCLI.2020.03.005>
 14. Lorenzo Sellarés, V., & Luis Rodríguez, D. (2022). Enfermedad Renal Crónica. *Nefrología al Día*. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>
 15. Marín López, M. T., Rodríguez-Rey, R., Montesinos, F., Rodríguez de Galvis, S., Ágreda-Ladrón, M. R., & Hidalgo Mayo, E. (2022). Factores asociados a la calidad de vida y su predicción en pacientes renales en hemodiálisis. *Nefrología*, 42(3), 318–326. <https://doi.org/10.1016/J.NEFRO.2021.03.010>
 16. Natale, P., Palmer, S. C., Ruospo, M., Saglimbene, V. M., Ravidranath, K. S., & Strippoli, G. F. M. (2019). Psychosocial interventions for preventing and treating depression in dialysis patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(12). https://doi.org/10.1002/14651858.CD004542.PUB3/MEDIA/CDSR/CD004542/IMAGE_N/NCD004542-CMP-016-04.PNG
 17. Ortiz Pastelero, P., & Martínez Lara, C. (2021). Influencia del profesional de Enfermería en la calidad de vida de pacientes receptores de trasplante renal. *Rev Esp Salud Pública*, 95, 1–13. www.msccbs.es/resp
 18. Pérez Martínez, J., Llamas Fuentes, F., & Legido, A. (2005). Insuficiencia Renal Crónica: Revisión y tratamiento conservador. *Archivos de Medicina*, 1(3), 1–10. <http://www.archivosdemedicina.com>
 19. Pinillos-Patiño, Y., Herazo-Beltrán, Y., Cataño, J. G., & de Ávila, J. R. (2019). Association of physical activity with quality of life in patients with chronic kidney disease. *Revista Medica de Chile*, 147(2), 153–160. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000200153>
 20. Pretto, C. R., Winkelmann, E. R., Hildebrandt, L. M., Barbosa, D. A., Colet, C. de F., & Stumm, E. M. F. (2020). Quality of life of chronic kidney patients on hemodialysis and related factors. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1–11. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3641.3327>
 21. Ramírez-Perdomo, C. A., & Solano-Ruiz, M. C. (2018). Social construction of the experience of living with chronic kidney disease. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2439.3028>
 22. Ramírez-Pereira, M., Figueredo-Borda, N., Zapata-Sepúlveda, P., Ferrada-Muñoz, M., Muñoz-González, L. A., Ramírez-Pereira, M., Figueredo-Borda, N., Zapata-Sepúlveda, P., Ferrada-Muñoz, M., & Muñoz-González, L. A. (2022). How do patients on dialysis experience their disease? A qualitative approach. *Revista Médica de Chile*, 150(3), 289–294. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000300289>
 23. Soriano Cabrera, S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24(6), 27–34. <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699504030666>
 24. Torres Torres, L. F. (2017). Puesta al día en Nefrología (4a). Formación Alcalá: Editorial Zumaque.
 25. Vecchio, M., Navaneethan, S. D., Johnson, D. W., Lucisano, G., Graziano, G., Saglimbene, V., Ruospo, M., Querques, M., Jannini, E. A., & Strippoli, G. F. (2010). Interventions for treating sexual dysfunction in patients with chronic kidney disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007747.PUB2/MEDIA/CDSR/CD007747/IMAGE_N/NCD007747-CMP-003-04.PNG
 26. Villanego, F., Naranjo, J., Vigar, L. A., Cazorla, J. M., Montero, M. E., García, T., Torrado, J., & Mazuecos, A. (2020). Impacto del ejercicio físico en pacientes con enfermedad renal crónica: revisión sistemática y metaanálisis. *Nefrología*, 40(3), 237–252. <https://doi.org/10.1016/J.NEFRO.2020.01.002>
 27. Zazzeroni, L., Pasquinelli, G., Nanni, E., Cremonini, V., & Rubbi, I. (2017). Comparison of Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis and Peritoneal Dialysis: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Kidney and Blood Pressure Research*, 42(4), 717–727. <https://doi.org/10.1159/000484115>