



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL. COMPARANDO SU IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

Lourdes Ariza López

Grado de: Enfermería

Facultad de: Enfermería y Fisioterapia

Año académico 2020- 21

HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL. COMPARANDO SU IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

Lourdes Ariza López

Trabajo de fin de grado

Facultad de: Enfermería y Fisioterapia

Universitat de les Illes Balears

Año académico 2020-21

Palabras clave del trabajo:

Calidad de vida, hemodiálisis y diálisis peritoneal

Nombre del tutor / la tutora del trabajo Dra. Rosa Miró Bonet

Nombre del tutor / la tutora (si es necesario) Dra. Joana Fornés Vives

Autorizo a la Universidad para incluir este trabajo en el repositorio institucional para consultarlo en acceso abierto y difundirlo en línea, con finalidad exclusivamente académica y de investigación	Autor/a		Tutor/a	
	Sí	No	Sí	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resumen

La enfermedad renal crónica (ERC) es la consecuencia de sufrir varias patologías poco controladas y de manera simultánea, durante un período de tiempo prolongado. Actualmente, afecta a un elevado porcentaje de población por lo que se ha convertido en un problema de salud pública. Los pacientes que padecen ERC en estadio avanzado han de someterse a hemodiálisis o diálisis peritoneal, y aprender a convivir con las restricciones derivadas de la terapia.

El objetivo general de este trabajo es llevar a cabo una revisión de literatura que permita identificar qué tipo de terapia impacta menos sobre la calidad de vida del paciente con ERC.

En primer lugar, se han buscado y seleccionado los descriptores más adecuados para encontrar artículos relacionados con la temática. Una vez definidos, se han consultado dos bases de datos, Pubmed e Ibecs. Finalmente, se han seleccionado un total de 22 artículos.

Todos los autores están de acuerdo en que ambas terapias renales sustitutivas afectan a la calidad de vida de los pacientes. Pero, la diálisis peritoneal cuenta con ciertos beneficios como que se puede realizar en el domicilio y disminuye los sentimientos de dependencia. Motivos por los que el impacto sobre su calidad de vida es menor.

Esta opinión no es unánime ya que existe cierta controversia entre los autores. Por lo que sería adecuado realizar más estudios para poder aproximar conclusiones.

Lo que sí queda claro es que los profesionales enfermeros han de formar y apoyar al paciente durante todo este proceso.

Palabras clave: calidad de vida, hemodiálisis y diálisis peritoneal.

La malaltia renal crònica és la conseqüència de patir un nombre de patologies poc controlades i simultànies, durant un període de temps prolongat. Actualment, afecta a un elevat percentatge de la població pel que s'ha convertit en un problema de salut pública. Els pacients que pateixen malaltia renal crònica en estadi avançat han de ser sotmesos a

hemodiàlisi o diàlisi peritoneal, i aprendre a conviure amb les restriccions derivades de la teràpia.

L'objectiu general d'aquest treball es dur a terme una revisió de literatura que permeti identificar quin tipus de teràpia impacta menys sota la qualitat de vida del pacients amb malaltia renal crònica.

Primer, s'han cercat i seleccionat els descriptors més adequats per trobar articles relacionats amb la temàtica. Una vegada definits, s'ha consultat dues bases de dades, Pubmed e Ibecs. Finalment, he seleccionat un total de 22 articles.

Tots els autos estan d'acord en que ambdues teràpies renals substitutives afecten a la qualitat de vida dels pacients. Però, la diàlisi peritoneal té certs beneficis com que es pot realitzar al domicili i disminueix els sentiments de dependència. Motius pels quals l'impacte sota la qualitat de vida és menor.

Aquesta opinió no és unànime ja que existeix una mica de controvèrsia entre els autors. De manera que seria adequat realitzar més estudis per poder aproximar conclusions.

El que si queda clar es que els professionals infermers han de formar i donar suport als pacients durant aquest procés.

Paraules claus: qualitat de vida, hemodiàlisi i diàlisi peritoneal

Chronic kidney disease (CKD) is the consequence of suffering from several poorly controlled pathologies simultaneously, for a long period of time. Currently, it affects a high percentage of the population, which is why it has become a public health problem. Patients with advanced – stage CKD must undergo hemodialysis or peritoneal dialysis and learn to live with the restrictions derived from the therapy.

The general objective of this work is to carry out a literature review to identify what type of therapy has the least impact on the quality of life of patients with CKD.

In first place, the most suitable descriptors have been searched and selected to find articles related to the subject. Once defined, two databases, Pubmed and Ibecs, have been consulted. Finally, a total of 22 articles have been selected.

All authors agree that both renal replacement therapies affect the quality of life of patients. But peritoneal dialysis has certain benefits such as that it can be performed at home and reduces feelings of dependency. Reasons why the impact on their quality of life is less.

This opinion is not unanimous as there is some controversy between the authors. Therefore, it would be appropriate to carry out more studies to be able to draw conclusions.

What is clear is that nursing professionals must train and support the patients throughout this process.

Key words: quality of life, hemodialysis and peritoneal dialysis.

Índice

Introducción.....	7
Objetivos.....	10
Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	10
Resultados de la búsqueda bibliografía literatura.....	12
Discusión	14
HD: Definición y aspectos relevantes	14
Complicaciones de la HD y percepción de los pacientes	16
DP: Definición y aspectos relevantes	20
Complicaciones de la DP y percepción de los pacientes.....	21
Conclusión.....	24
Bibliografía.....	26
Anexos	30
Anexo 1: Tabla 1. Artículos seleccionados para la revisión.....	30
Anexo 2: Tabla 2. Estrategia de búsqueda bibliográfica	37
Anexo 3: Fichas técnicas para revisiones bibliográficas	39

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como un conjunto de enfermedades diferentes que afectan a la estructura y a la función renal. De manera progresiva, se va deteriorando el sistema, hasta que la enfermedad alcanza una fase irreversible.

En este momento, el paciente debe someterse a una de las terapias renales sustitutivas (TRS) que más se adecue a su situación y características personales.

La ERC supone una gran morbimortalidad, además de un gran impacto económico para el Sistema Nacional de Salud (SNS). Actualmente, se considera un problema de salud pública (Gorostidi et al., 2018).

La “GBD Chronic Kidney Disease Collaboration” en una de sus publicaciones informa de que, a nivel mundial, en 2017 se notificaron 697.5 millones de casos de ERC en todas las etapas, y una prevalencia global del 9,1%. Además, en el año 2015 en España se habían diagnosticado un total de 4 millones de personas con ERC (Vargas, 2015).

El número de pacientes diagnosticados en los últimos diez años ha aumentado progresivamente.

La ERC es el desenlace de sufrir diferentes patologías crónicas, mal controladas y que afectan al riñón. Las principales causas son: diabetes, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica. De manera, que nos encontramos con un perfil de paciente pluripatológico y crónico.

Los factores de riesgo más significativos son:

- Edad: Existe una asociación directa entre el aumento de la edad y la presencia de ERC. El 22% de los casos diagnosticados son en mayores de 64 años y el 40% en mayores de 80 años (Vargas, 2015).
- Sexo: Es más frecuente en varones (23,1% vs 7,3% en mujeres) (Gorostidi et al., 2018).
- Padecer alguna de las enfermedades mencionadas en el párrafo anterior. La probabilidad aumenta si están mal controladas.

- Personas que han incorporado a su estilo de vida el tabaquismo. Además, que padecen de obesidad y dislipemia, entre otras alteraciones metabólicas.
- Historia familiar de: ERC, enfermedades obstructivas del tracto urinario o con enfermedades renales hereditarias.
- Personas que hayan padecido enfermedad renal aguda o hayan estado en tratamiento con fármacos nefrotóxicos un largo periodo de tiempo.

Para poder diagnosticar a un paciente con esta patología existen dos opciones. En primer lugar, conocer una estimación del filtrado glomerular (FG). Actualmente la ecuación más utilizada es la CKD-EPI, publicada en la guía de práctica clínica KDIGO 2012. En este perfil de pacientes el valor del FG es inferior a 60ml/min/ 1,73 m² (Vargas, 2015).

En segundo lugar, presentar uno o más de los siguientes marcadores de daño renal (Ballarin et al., 2016):

- Albuminuria (TEA \geq 30mg / 24 horas)
- Anormalidades estructurales detectadas por imagen
- Alteraciones en el sedimento urinario
- Alteraciones hidroelectrolíticas
- Alteraciones funcionales del riñón
- Historia de trasplante renal

Además, para completar el diagnóstico, es imprescindible que tanto la disminución del FG como la presencia de alguna anomalía en la función o estructura renal esté presente durante mínimo tres meses.

Se considera que una persona padece de ERC cuando se encuentra en una categoría igual o superior a G3. Por lo tanto, son pacientes que tienen desde un descenso ligero/moderado de la tasa de filtrado glomerular (G3a / G3b) hasta aquellos que tienen un fallo renal (G5). Se estima que la prevalencia global de ERC en estadios 3-5 es, aproximadamente, del 6.8% (Ballarin et al., 2016).

TABLA 1. PRÓNOSTICO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA POR FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO Y ALBUMINURIA.

KDIGO 2012 Filtrado glomerular Categorías, descripción y rangos (ml/min/1,73 m ²)			Albuminuria Categorías, descripción y rangos		
			A1	A2	A3
			Normal a ligeramente elevada	Moderadamente elevada	Gravemente elevada
			< 30 mg/g ^a	30-300 mg/g ^a	> 300 mg/g ^a
G1	Normal o elevado	≥ 90			
G2	Ligeramente disminuido	60-89			
G3a	Ligera a moderadamente disminuido	45-59			
G3b	Moderada a gravemente disminuido	30-44			
G4	Gravemente disminuido	15-29			
G5	Fallo renal	< 15			

El color verde se utiliza para categorizar el “bajo riesgo” de padecer ERC. En segundo lugar, el color amarillo hace referencia a “riesgo moderado”. Seguidamente, el color naranja que se traduce como “riesgo alto”. Finalmente, el color rojo indica “riesgo muy elevado” de sufrir ERC.

FUENTE: Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney inter., Suppl.* 2013; 3:1

Es interesante mencionar que la población con ERC está infradiagnosticada porque existen muchos métodos de diagnóstico y clasificación. Esto genera, que, al haber diferentes protocolos, los pacientes con ERC no cumplan los requisitos de todos, y por ende, no se les reconozca la patología.

Como ya he mencionado anteriormente es un problema de salud pública, el cual necesita de una detección precoz para así evitar que el paciente acabe siendo candidato a TRS.

Vargas en su guía de práctica clínica expone que de todos los pacientes con TRS, el 43,8% está con hemodiálisis (HD), el 5,42% con diálisis peritoneal (DP) y el 50,78% están trasplantados. Si comparo el coste sanitario de ambas terapias, puedo observar que la DP (118 millones de euros / 1.645 millones de € de coste total) es mucho más barata que la HD (1.140 millones de euros / 1.645 millones de € de coste total) (Vargas, 2015).

Esta enorme diferencia entre el uso de HD y DP me hace replantearme y cuestionarme, además de los motivos, la diferencia que hay en la calidad de vida de las personas que están sometidas a estas terapias.

Este último año en el que he tenido que adaptar mi vida a las restricciones que otros profesionales me marcaban, me ha llevado a pensar cómo deben sentirse aquellas personas cuyas vidas están habitualmente limitadas. Además, que mejor forma para empatizar con un perfil determinado de personas, que adentrarme e investigar sobre su situación. Estas razones me han motivado para desarrollar una revisión de literatura sobre este tema.

Viendo la magnitud del problema al que nos enfrentamos, y que está en constante aumento, me pregunto: ¿Quién tiene mejor percepción de calidad de vida, los pacientes con ERC sometidos a hemodiálisis o a diálisis peritoneal?

Objetivos

Objetivo general: Analizar el impacto de la HD y la DP sobre la calidad de vida del paciente con ERC

Objetivos específicos:

- Definir la HD y sus complicaciones.
- Explicar el impacto de la HD en la calidad de vida, la percepción de los pacientes y estrategias de mejora.
- Definir la DP y sus complicaciones.
- Analizar el impacto de la DP en la calidad de vida y sus beneficios.

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Este trabajo de fin de grado es una revisión de la literatura publicada sobre el tema. La búsqueda de artículos científicos la he llevado a cabo en dos bases de datos: PubMed e Ibecs.

El primer paso es identificar los descriptores relacionados con mi temática. Para encontrarlos introduje en DeCS las siguientes palabras clave, que, a su vez, eran descriptores:

- Descriptores primarios:
 - Insuficiencia renal crónica / Renal insufficiency, chronic
 - Terapia de reemplazo renal / Continuous renal replacement therapy
 - Diálisis peritoneal / Peritoneal dialysis
 - Diálisis renal / Renal dialysis

- Descriptores secundarios:
 - Calidad de vida / Quality of life
 - Sexualidad / sexuality: He decidido incluirlo ya que los artículos relacionados con la calidad de vida no tenían en cuenta este aspecto.
 - Fístula arteriovenosa / Arteriovenous fistula: He visto necesario añadirlo para profundizar en las complicaciones que puede sufrir y en el impacto físico-psicológico que genera en el paciente.
 - Atención de enfermería / Nursing care: Lo he incorporado porque me ha proporcionado estrategias de intervención enfermera en pacientes con HD.

Dentro de las bases de datos, en la opción de búsqueda avanzada he introducido y relacionado los diferentes descriptores, tal y como indico en el siguiente apartado de este proyecto. En todas las búsquedas el booleano que he aplicado es “AND”, ya que quiero artículos en los que se habla de las cosas que hay en común entre los dos descriptores. Se puede consultar la estrategia de búsqueda en el anexo 2.

Después de combinar dos descriptores, he establecido los siguientes límites de búsqueda:

- Artículos cuya fecha de publicación no sea superior a 10 años
- Publicaciones en inglés y castellano

En este punto, y para comenzar a seleccionar artículos, tuve que aplicar los siguientes criterios:

1. Criterios de inclusión:
 - Pacientes con ERC en tratamiento con HD
 - Pacientes con ERC en tratamiento con DP
 - Población adulta

- El título del artículo interesante y relevante para mi tema
- Todo tipo de metodología de investigación, descriptivos y revisiones de literatura.

2. Criterios de exclusión:

- Artículos relacionados con Enfermedad renal aguda
- Pacientes paliativos con ERC
- ERC relacionada con SARS-CoV-2
- Pacientes con trasplante renal

Resultados de la búsqueda bibliografía literatura

Para la búsqueda bibliográfica he combinado diferentes descriptores, tanto que abarcaran una perspectiva más general como más concreta. Estos son los que he clasificado previamente como descriptores primarios y secundarios.

Una vez relacionados los descriptores en la base de datos, he hecho una lectura de los títulos. De aquellos que más me interesaban, he leído el resumen y la conclusión. Y, aplicando los criterios de inclusión y exclusión indicados, si me ha parecido acertado para el desarrollo de esta investigación lo he incluido en la bibliografía.

En total, cuento con 22 artículos adquiridos a través de las bases de datos mencionadas anteriormente. Para ello, he relacionado en MeSH, los descriptores y booleanos de la siguiente manera:

- Renal dialysis “AND” Quality of life: Obtuve un total de 16 resultados en PubMed. De estos, acabé seleccionando 5.
Para delimitar más resultados obtenidos, en la base de datos Pubmed seleccioné que: los artículos se basaran en humanos y que, la población a estudio fuera mayor de 18 años.
- Renal dialysis “AND” Sexuality: Obtuve un total de 4 resultados en PubMed. Acabé seleccionando 2.
- Diálisis renal “AND” Sexualidad: Obtuve un total de 3 resultados en Ibecs. De los cuales, incluí en esta investigación 2.

- Peritoneal Dialysis “AND” Quality of life: Tras esta búsqueda, los resultados fueron 238 en PubMed. Tras una evaluación general, seleccioné 3.
- Fístula arteriovenosa “AND” Calidad de vida: Esta búsqueda la realicé en ibecs. Me proporcionó un artículo y una guía de práctica clínica. Ambos incluidos en la bibliografía.

Esta guía se denomina “*Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis*”. Ha sido publicada por la revista de la Sociedad Española de Nefrología.

Para esta búsqueda, seleccioné en la base de datos unos años específicos. Para así poder delimitar más los resultados. Estas dos publicaciones seleccionadas se colgaron entre el año 2015 y el 2019.

- Renal dialysis “AND” Nursing care: Estos descriptores los introduje en PudMed y el resultado fue un total de 124 artículos. Tras una lectura generalizada, seleccioné 3 de estos.
- Diálisis peritoneal “AND” Calidad de vida: Tras realizar la búsqueda en Ibecs, el total de resultados es de 18 artículos. Seleccioné 3 que consideraba interesantes para mi investigación.
- Renal insufficiency, Chronic “AND” Quality of life: Relacionando ambos descriptores en el buscador PubMed, los resultados fueron de 17 artículos. Tras una lectura generalizada, 2 de ellos los consideré relevantes para mi investigación. Para delimitar la búsqueda seleccioné en la base de datos que me interesaban publicaciones de entre 2015 a 2019. Además, restringí la búsqueda seleccionando personas mayores de 18 años.

Adjunto una tabla resumen de los artículos seleccionados (Anexo 1). Para poder completarla, he realizado una lectura crítica de los artículos con dos escalas de evidencia. Para aquellos elaborados con metodología cualitativa he consultado la clasificación de Gálvez Toro.

Si el artículo era un estudio cuantitativo, para determinar su nivel de evidencia he consultado la Escala Sign. Además, adjunto una ficha técnica de cada uno de los artículos seleccionados (Anexo 3).

Para acabar este apartado, he de añadir que he hecho uso de un gestor bibliográfico denominado Mendeley, que me ha permitido organizar las referencias bibliográficas y obtener sus citas.

Discusión

HD: Definición y aspectos relevantes

La HD es un tipo de TRS cuya finalidad es eliminar del torrente sanguíneo aquellas sustancias de deshecho que no son de utilidad para el organismo. Este proceso se consigue mediante la extracción de la sangre, en un período prolongado de tiempo, a la máquina de diálisis. Esta posee un dializador que se encarga de separar del concentrado hemático sustancias como la urea, el agua o los electrolitos.

Además, para que este proceso se pueda realizar de manera exitosa, es necesario que se administre heparina para evitar que la sangre se coagule una vez entra en contacto con el sistema extracorpóreo. Se puede administrar en perfusión continua o en bolus (Keifer & Effenberger, 2005).

No todos los pacientes diagnosticados con ERC tienen como tratamiento la HD, y si la tienen es poco probable que la comiencen de manera inmediata. Entiendo el concepto “inmediato” como una o dos semanas tras el diagnóstico de ERC en estadio avanzado.

La selección de la HD como tratamiento de la patología es factible cuando se evidencia que evoluciona rápidamente y continúa progresando.

Tal y como explica Ibeas en su publicación, se comienza con HD cuando el filtrado glomerular (FG) es menor a $10\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$.

Previo al comienzo de este tratamiento, es primordial que el paciente tenga un acceso vascular que permita la extracción y administración del volumen sanguíneo. Existen varias opciones (Ibeas et al., 2017).

En primer lugar, se encuentra la Fístula Arteriovenosa nativa (FAVn). Es el resultado de unir una vena y una arteria, con el fin de que aumente el volumen de sangre arterial dentro de una vena. Para que se pueda usar es necesario que madure, es decir, que aumente el riego sanguíneo, y, por ende, la presión. De manera que acaba dilatándose (Ibeas et al., 2017).

Generalmente, suele tardar entre 6 – 8 semanas en madurar. Entre el 25 y el 60% de FAV primaria dejan de ser útiles como consecuencia de la inmadurez. Con los porcentajes mencionados anteriormente, se evidencia que la incidencia de fracaso temprano de la FAV es elevada (Remuzzi, & Bozzetto, 2017).

También existe la FAV protésica (FAVp), formada a partir de la inserción de una prótesis de Goretex, que une y comunica una vena con una arteria. Los beneficios de esta es que requiere menor tiempo de maduración, en comparación con la FAVn (Ibeas et al., 2017).

Está recomendado realizar la FAV en el antebrazo no dominante. Aunque, lo más idóneo sería realizar una valoración de los vasos sanguíneos, proponerle las diferentes opciones tanto de ubicación como de tipo de acceso vascular al paciente, y, sobre todo, individualizar y adaptar la decisión.

Otra opción dentro de los accesos vasculares sería el catéter venoso central (CVC). Se trata de introducir en una vena de mayor calibre un catéter que permite comunicar el torrente sanguíneo con el exterior. El hecho de comenzar HD con CVC aumenta de dos a tres veces más el riesgo de muerte. Esto se debe a que es un tipo de acceso que tiene mayor probabilidad de infectarse, lo que produce un aumento de los días de hospitalización. Además, se ha evidenciado que interviene negativamente en la evolución de la hemodiálisis. Por lo que debe ser la última opción en el momento de decidir qué tipo de acceso vascular va a tener el paciente (Fila et al., 2016).

En resumen, el mejor y más recomendado acceso vascular para pacientes en HD es la FAVn. Esto se debe a que tiene mayor tasa de supervivencia y menor incidencia de infección y complicaciones, en comparación con la FAVp y el CVC (Remuzzi, A. & Bozzetto, M.,2017).

Aunque la FAVn es el mejor acceso vascular para realizar la HD, no está exenta de poder sufrir complicaciones. Las más frecuentes son (Keifer & Effenberger, 2005):

- Estenosis venosa: Se produce como consecuencia de la disminución del flujo sanguíneo y, por ende, la presión dentro de la FAV es más baja. Si esto ocurre, aumenta el riesgo de sufrir trombosis en este acceso vascular.

Puede ocurrir inmediatamente tras la anastomosis o tiempo después de haberla hecho.

Hay dos opciones de tratamiento, la trombosis y la cirugía. Sino se consigue solucionar de manera rápida será imposible que la FAV madure. Y, por lo tanto, no será útil para el proceso de HD.

- Aneurisma: Es la dilatación que se produce en la pared de un vaso sanguíneo. Cuando se vaya a canalizar la FAV para comenzar con la HD, está altamente recomendado no punzar la zona abombada.
- “Síndrome del robo”: La parte más distal del miembro donde está la FAV comienza a estar fría, edematizada y dolorida, ya que el riesgo sanguíneo que llega a las manos es menor.

A la hora de realizar una FAV primaria a un paciente es importante tener presente la gran respuesta emocional que va a producir y desencadenar en él. Un gran número de veces los pacientes rechazan este tipo de acceso vascular como consecuencia de la manera en la que han sido informados tanto por los profesionales sanitarios, como por otros pacientes o por familiares.

No olvidar que tras esta patología todavía existen prejuicios y estigmatización social que van a acompañar al paciente durante, mediante y tras la HD (Fila et al., 2016).

Complicaciones de la HD y percepción de los pacientes

El hecho de comenzar la HD supone que el paciente deba estar en el hospital durante un largo periodo de tiempo. La media está entre unas 4 – 5 horas tres días en semana. Este procedimiento repercute negativamente en los pacientes ya que les produce una gran y desagradable cantidad de síntomas. Por lo que su día a día se ve afectado, y, por ende, su calidad de vida también.

Diferentes autores explican en sus artículos cuáles son las principales complicaciones que sufren los pacientes durante y después de las sesiones de HD.

En primer lugar, destaca la hipotensión arterial. A lo largo de los años se ha investigado y actuado para conseguir minimizar su aparición. Entre otras cosas se ha evidenciado que la situación mejora cuando la temperatura del dializador es menor. Es importante que la tensión arterial se vaya monitorizando durante y después de las sesiones de HD (Kuipers et al., 2019).

Esta complicación repercute directamente en el bienestar del paciente, ya que

favorece y acentúa el síntoma de debilidad (49,1%). Que incluso, puede perdurar hasta días después de la sesión (Pretto et al., 2020).

Esta sensación de cansancio extremo afecta en su día a día, ya que muchos de ellos tienen que dejar de lado un gran abanico de actividades por muy tranquilas que sean.

En segundo lugar, el dolor es un síntoma muy prevalente en este perfil de pacientes ya no solo por los procedimientos invasivos a los que están expuestos, sino también por toda la patología base que padecen. Es importante recordar que, a pesar de que es un síntoma subjetivo, los profesionales sanitarios no tienen que quitarle credibilidad a la percepción de dolor que dicen tener.

Entre el 50 y el 70% de los pacientes padecen dolor de origen musculoesquelético en miembros inferiores. Que es descrito como una sensación de calambre y hormigueo no continuo e intenso.

El dolor en general está muy presente en el día a día de este perfil de pacientes, ya no solo por las sesiones de HD, sino también por las comorbilidades y la edad. Este síntoma es más frecuente en mujeres que en hombres.

A pesar de que tienen tratamiento analgésico pautado, muchos de los pacientes continúan sintiendo este estímulo desagradable. Por lo que su vida diaria se acaba viendo repercutida y limitada (Gómez et al., 2017).

Renz propone que una estrategia dentro del cuidado enfermero es identificar y gestionar de manera adecuada esta complicación, con la finalidad de minimizar su impacto sobre la calidad de vida de la persona. Además, afirma que es un derecho del paciente que debe ser cubierto por los profesionales sanitarios (Renz et al. 2020).

En este perfil de pacientes son muy frecuentes las disfunciones sexuales cuya prevalencia está alrededor del 50% (Jalón et al, 2019). No se conoce la etiología de esta alteración. Se puede relacionar con las comorbilidades (Hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo II), alteraciones hormonales, efectos secundarios de algunos fármacos y conflictos o afecciones psicológicas (Muñoz et al., 2010). Otros autores, como Ahís no pueden corroborar que exista una relación entre la disfunción sexual y las comorbilidades (Ahís et al., 2016).

A nivel físico y hormonal, la HD produce una disminución de testosterona, en hombres, y de estrógenos en mujeres. Por lo que, la libido y el deseo sexual van disminuyendo. La mayoría de las afectadas son féminas cuyo apetito sexual

desciende más por los problemas de salud que por la edad.

En varones puede ocurrir que se atrofién los testículos, disminución de la síntesis de espermatozoides e impotencia parcial o total. En las mujeres, amenorrea, menor lubricación vaginal e infertilidad. En un estudio realizado en Melilla, muestra que un 75% de los hombres que participaron están dispuestos a tratar y revertir su afección sexual, frente al 62,5% de las mujeres que no lo harían (Muñoz et al, 2010).

Jalón Monzón afirma que la disfunción sexual repercute directamente en la calidad de vida del paciente, ya no solo porque su vida sexual se ve abandonada, sino porque acaba generando un gran impacto psicológico y comportamental. Tanto hombres como mujeres manifiestan sentir sentimientos de culpabilidad, baja autoestima e insatisfacción con la vida. También menciona que esta situación acaba repercutiendo en la relación de pareja (Jalón et al., 2019).

La principal complicación es la depresión, que, a su vez, también es causa.

La difícil adherencia al tratamiento, la afectación de su estado de salud y el gran abanico de limitaciones a los que están expuestos genera que desarrollen sentimientos de despersonalización, dependencia y vulnerabilidad. El 18% de los pacientes que se encuentran en tratamiento con HD, antes de los 4 años, la abandonan debido a la depresión. Esta situación se puede mejorar con terapia cognitiva-conductual cuya finalidad es identificar y sustituir pensamientos negativos, y conseguir que controlen y regulen sus emociones. Y, por ende, generar cambios positivos en su comportamiento y afrontamiento. Además, de que puede ser una gran ayuda para incentivar la adherencia al tratamiento, incluyendo su tolerancia a la HD (Valsaraj et al., 2021).

La buena respuesta a la terapia dialítica va a depender de diferentes factores, entre los que destacan: el estado físico y psicoemocional, el apoyo por parte de personas cercanas y la capacidad para mantener el trabajo (Renz et al, 2020).

Es imprescindible abordar la depresión a través de medidas educativas, que facilitarán la resolución de problemas psicoemocionales. Las enfermeras, quienes pasan la mayor parte del tiempo con el paciente en la unidad de diálisis, son las encargadas de desarrollar estas estrategias de intervención basadas en actividades educativas (Renz et al., 2020). A mayor nivel de escolaridad, y, por ende, mayor

nivel de educación, mejor es la supervivencia de los pacientes con tratamiento dialítico (Vázquez et al., 2017). Además, el porcentaje de personas en HD que padecen depresión es de entre tres y cuatro veces superior si se compara con la población general (Renz et al., 2020).

Una técnica para mejorar su estado emocional y comportamental es a través de la realización de ejercicio físico. Pone como ejemplo montar en bicicleta, ya que es compatible con la HD (Dashtidehkordi et al., 2019). La actividad física mejora los niveles de tensión arterial y disminuye el peso. Por lo que, repercute positivamente en su calidad de vida (Del Ángel et al., 2019).

La depresión acaba repercutiendo negativamente sobre la calidad del sueño. Entre el 45 y el 80% de las personas en HD sufren alteraciones en el sueño. Las más frecuentes son: insomnio, problemas para quedarse dormido y sueño no continuo.

El insomnio puede llegar a convertirse en crónico si ocurre, como mínimo, tres veces por semana durante tres meses. Los propios pacientes reconocen que el insomnio compromete y amenaza a su calidad de vida (Cukor et al., 2021).

Para minimizar el impacto de la HD en la calidad de vida, los profesionales enfermeros tienen que proporcionar apoyo educativo a los pacientes. Por lo que han de desarrollar estrategias que se basen en fomentar el autocuidado, la autonomía y los conocimientos sobre la HD. Así se puede conseguir que estén un paso más cerca de la adherencia al tratamiento (Vázquez et al., 2017).

Para terminar de comprender el impacto que genera la HD en la calidad de vida, es imprescindible conocer la perspectiva de los pacientes que están sometidos a la terapia. En el estudio de Hagren, tras entrevistar a 114 pacientes, nos da a conocer sus opiniones. Lo que más destaca es (Hagren et al., 2005):

- La terapia les imposibilita realizar actividades normales. Ya que entre el tiempo que necesitan para llegar a los hospitales y las horas de sesión, no pueden hacer planes espontáneos. Expresan que la HD los hace sentirse atados. El hecho de acudir con tanta frecuencia al hospital genera que lo vean como un lugar triste, gris y deprimente. Además, sienten que la HD les invade su tiempo y espacio personal.

- La terapia los separa de las actividades sociales. Les produce restricciones sociales, sexuales, económicas y de pareja. Manifiestan echar de menos irse de viaje con sus seres queridos más de un día.
El hecho de no poder trabajar y ganar dinero como una persona “normal” les produce sentimientos de desesperación e inutilidad.
- Los pacientes comentan que la relación con los profesionales sanitarios, sobre todo con los médicos, es muy fría. Se limitan a comunicar aspectos de la terapia, y no se interesan por su estado emocional.
- Se sienten vulnerables, tanto por la enfermedad que padecen como porque acaban siendo personas dependientes de sus cuidadores y de los profesionales sanitarios. Manifiestan sentir que su cuerpo es una extensión de la máquina de HD.
- Finalmente, expresan que su calidad de vida se ha visto perjudicada. Que se limitan a cumplir restricciones viéndose en la obligación de abandonar su vida. Además de sentirse poco comprendidos por la sociedad que los rodea.

Los pacientes están satisfechos con el trato por parte de las enfermeras. Tienen confianza y seguridad en la manera en la que realizan el trabajo. Además, resalta que son profesionales capaces de transmitir su interés y esfuerzo para conseguir que mejore su estado de salud (Turrado et al., 2017).

DP: Definición y aspectos relevantes

Otro tipo de TRS es la DP que se caracteriza por eliminar tanto las sustancias de deshecho como el exceso de fluido que hay en la sangre a través de la membrana peritoneal.

En este procedimiento el fluido y las sustancias para excretar que se encuentran en los vasos sanguíneos del peritoneo, mediante los procesos de difusión y ósmosis, atraviesan la membrana peritoneal. Estas sustancias serán reemplazadas por una solución de diálisis. Una vez en el peritoneo, serán expulsadas al medio extracorpóreo gracias al catéter peritoneal (CP).

Para que esta terapia se pueda llevar a cabo es imprescindible que al paciente se le coloque un CP. De manera, que permita la infusión de la solución dializadora y la excreción de las sustancias no útiles para el organismo.

Es importante comprobar y asegurar continuamente que el catéter es permeable y, por lo tanto, se puede proceder a la diálisis.

Una vez que el CP ha sido insertado de manera quirúrgica, se debe esperar unas dos semanas hasta el comienzo de la DP. Es una forma de asegurar que ha cicatrizado correctamente, y el riesgo de que se infecte disminuye significativamente.

Durante las dos primeras semanas, es especialmente importante que el CP se limpie y cure de manera estéril. Además, para disminuir el riesgo de traumatismo o tirón, el CP se inmoviliza y sujeta.

La inserción del CP puede provocar complicaciones inmediatas, entre las que destacan: hemorragia en el punto de inserción; obstrucción del CP; dolor; y, perforación intestinal. La DP es una técnica que se puede realizar en el domicilio del paciente. Es necesario que se haga el procedimiento unas 3 o 4 veces al día (Keiffer & Effenberger, 2005).

La diálisis peritoneal tiene diferentes modalidades en cuanto a su uso. Si se realiza de manera intermitente, a lo largo del día se van produciendo intercambios. Entre estos ciclos de funcionamiento, el peritoneo estará libre de sustancias de deshecho. Por otro lado, está la DP nocturna, que se caracteriza porque, una vez programada, va realizando el intercambio de fluidos durante el periodo que el paciente duerme. De manera que, durante el día la cavidad abdominal no tendrá líquido en su interior.

Existen otro tipo de modalidades que se denominan continuas. Las principales que destacan son; la continua con cilcladora y la ampliada o plus (Mejía et al., 2019).

Complicaciones de la DP y percepción de los pacientes

La peritonitis es la principal complicación que pueden sufrir los pacientes sometidos a DP. Además de ser el primer motivo de hospitalización, también compromete y pone en riesgo la continuidad de la terapia, e incluso puede llegar a producir la muerte del paciente. Esta complicación la padecen entre el 30 y el 80% de los pacientes con DP.

Para el 55,8% de los pacientes, es uno de los motivos que influye y repercute negativamente en su calidad de vida y en su patrón de sueño nocturno.

Hay una serie de factores que aumentan el riesgo de peritonitis, entre los que destacan: nivel educacional bajo; poco compromiso con la higiene personal; manipular el CP de manera no aséptica o estéril; un ambiente poco favorable para la técnica; y, presentar factores de riesgo para la salud (Pungchompoo et al, 2020).

A diferencia de la HD, como el procedimiento no requiere la extracción continuada de sangre, el riesgo de sufrir hipotensión o anemia durante el tiempo de diálisis es mucho menor.

El dolor es un síntoma frecuente en este perfil de población, sobre todo después de la intervención para la colocación del CP. A diferencia de los pacientes con HD, no requieren que les sea canalizada la vía al comienzo de cada sesión. Esto permite que los pacientes con DP no tengan que pasar por procedimientos invasivos extra, y disminuye este síntoma.

Los pacientes con DP pueden presentar dolor en el hombro o espalda consecuencia del catéter o por estar colocados en mala posición durante el tiempo de diálisis (Keiffer & Effenberger, 2005).

Los pacientes que inician DP tienen mejor calidad de vida. Esto se debe a que el dolor que presentan es menos intenso, en comparación al de los pacientes en HD. Además, la terapia produce menos sintomatología. En su escrito destaca que pueden continuar ejerciendo y acudiendo a su puesto de trabajo (Jung et al., 2019).

Otra diferencia significativa, y que marca la adherencia a la terapia, es que los pacientes sometidos a DP no tienen pautadas tantas restricciones en cuanto a la dieta e ingesta hídrica. Acontecimiento totalmente opuesto al de los pacientes que están bajo HD (Keiffer & Effenberger, 2005).

Al igual que los pacientes con HD, los que están bajo DP también padecen algún tipo de disfunción o alteración sexual. El 62,5% de los pacientes con DP afirma que el impacto se produce, sobre todo, a la hora de disfrutar de las relaciones sexuales. El principal motivo de que esto ocurra es por la incomodidad que puede generar el CP en el momento de la actividad sexual. Además, pueden acumular volúmenes elevados de líquido intraabdominal, lo que dificulta y supone una desventaja extra (Ahís et al., 2016).

Los pacientes con DP tienen una vida social mucho más activa. De hecho, cuentan con la ventaja de poder hacer viajes de varios días, a diferencia de los que se encuentran con HD. Todo lo mencionado hasta ahora genera que los pacientes se sientan satisfechos con la terapia. Además de que presentan un mejor estado físico y emocional.

Los pacientes en DP tienen menos problemas con las funciones sexuales y el patrón de sueño. Según su estudio, todos los pacientes sometidos a algún tipo de TRS presentan síntomas depresivos (Jung et al. 2019).

No obstante, Turkmen, entre otros autores, expone que sí existen diferencias entre la depresión y la TRS. Menciona que los pacientes sometidos a DP tienen más sentimientos depresivos, en comparación con los que están en sesiones de HD. Esto acaba repercutiendo negativamente en su calidad de sueño (Turkmen et al., 2012).

Como he mencionado anteriormente, un beneficio de esta terapia renal es que no han de acudir frecuentemente al hospital ya que la pueden completar desde su domicilio. Esto puede tener dos vertientes. La primera negativa, ya que puede aumentar el sentimiento de soledad por el hecho de tener que permanecer en su domicilio hasta que finalice la sesión dialítica. Añade que su imagen física se ve alterada, y al igual que los pacientes con HD, sienten que su cuerpo es una extensión de la máquina (Carrillo et al., 2016). El hecho de que tengan que permanecer en casa en cada sesión de diálisis genera que no puedan desarrollar una vida social “normal” (Pungchompoo et al., 2020).

Para evitar que esto ocurra, una buena opción es hacer sesiones grupales de pacientes en DP para que puedan comentar sus sentimientos, miedos o dudas. Este estudio releva que es un método para que se sientan apoyados y disminuir las inseguridades derivadas de la terapia (Carillo et al., 2016).

La segunda vertiente está relacionada con el sentimiento de autosuficiencia y empoderamiento. Esto se debe a que son pacientes que, al comenzar la terapia, reciben una gran educación en cuanto a sus cuidados y manejo de la DP. Por lo que se sienten menos dependientes, y favorece la adherencia a la terapia.

También destaca, que la DP permite tener una vida social sin tantas limitaciones, por lo que padecen menor aislamiento (Carrillo et al., 2016). Esta dimensión de la calidad de vida se ve reforzada y favorecida si el paciente tiene DP nocturna, ya que le permite elaborar planes fuera del domicilio sin tener que preocuparse.

La educación y formación de los pacientes en DP es esencial para poder conseguir una buena adherencia y evolución. Los enfermeros asumen un rol indiscutible e imprescindible en todo este proceso (Pungchompoo et al., 2020). Autores como Virtnamen comparten esta información. Además, resalta que, si se consigue capacitar e incentivar su propio autocuidado, aumentará su sensación de seguridad en cuanto al manejo de la DP (Virtnamen et al., 2019).

El hecho de vivir su enfermedad fuera de los hospitales y encargarse autónomamente del tratamiento hace que se sientan útiles. Para ellos, cada día es una victoria y una ganancia que pueden compartir con el resto de población (Jiménez et al., 2018).

Conclusión

Vivir con una ERC implica abandonar lo conocido como “normalidad”. Requiere que el paciente se comprometa a seguir una TRS la cual limitará sus quehaceres cotidianos.

En primer lugar, me gustaría plasmar una reflexión generada tras la lectura y el análisis de los artículos seleccionados. La mayoría de los que he escogido, basándome en la escala Sign, tienen un nivel de evidencia bajo. Sería interesante incentivar el desarrollo de trabajos que permitieran hacer propuestas de intervenciones de fiabilidad fuera superior a 2+ (Escala Sign) o Nivel 3 (Clasificación Gálvez Toro).

Tras lo expuesto en la discusión, llego a la conclusión de que la TRS que impacta menos sobre la calidad de vida del paciente es la DP. Aunque la DP limita y restringe las actividades de la vida diaria, son personas que pueden mantener su puesto de trabajo. Ya que es viable realizar las sesiones durante la jornada laboral.

Por otro lado, me gustaría destacar que la DP no produce alteraciones hormonales o físicas que acaben imposibilitando el acto sexual, a diferencia de los pacientes con HD. La disminución de su vida sexual viene generada por la inseguridad y los miedos que se crean entorno al mantenimiento y estado del catéter peritoneal, y a la imagen corporal.

El acto sexual se tiene que entender como algo que va más allá de la penetración. No existe una única o más lícita manera de ponerlo en práctica. Es importante que los pacientes sepan y sean conscientes de que existen muchos puntos erógenos, a parte de los genitales.

Una forma de estimular estas zonas es mediante los besos, abrazos y caricias. Que están poco implementadas y valoradas.

Este planteamiento es difícil que se integre en la sociedad. Ya que la definición poco realista del acto sexual está muy arraigada entre la población. Esto puede ayudar a

despertar inseguridades y miedos cuando se plantee la oportunidad de realizar una práctica sexual. Es esencial, para todas las personas con disfunciones sexuales, no sentirse estigmatizados ni juzgados por una población en la que el coito solo existe la perspectiva carnal.

Por otra parte, considero que es imprescindible que los pacientes dispongan de un buen estado tanto físico como mental. Ambos determinarán la evolución del tratamiento, tanto DP como HD, y marcará la adherencia.

No todos los pacientes afrontan la terapia de la misma manera. Tras la revisión realizada, considero que existe un factor fundamental del que no se habla mucho, que es la edad. En función del perfil de paciente, percibirá mejor o peor la terapia.

La franja de edad de pacientes sometidos a DP es de entre 20 a 80 años, más o menos. Y los tratados con HD suelen ser de entre 50 y 80 años.

Las personas más jóvenes cuya vida activa y productiva está en apogeo, pueden percibir que la DP les ha afectado mucho y de manera muy negativa. Esto puede llegar a ocurrir porque el número de pacientes jóvenes sometidos a HD es menor, por lo que su opinión está más “oculta”.

Las personas mayores como ya han vivido más y de jóvenes pudieron desarrollarse sin problema, cuando se someten a HD su vida se ve afectada, pero no tanto como la de los jóvenes.

No todos los artículos seleccionados para esta investigación comparten la opinión de que la DP impacta menos sobre la calidad de vida. Hay autores, que consideran lo contrario. Por lo que entiendo que no existe una posición unánime y que existe controversia.

Finalmente, terminar este apartado reivindicando la importancia de la educación de estos pacientes para que se sientan productivos, motivados y cese el sentimiento de dependencia y vulnerabilidad. Para ello, se tiene que crear una red educativa fuerte compuesta por sanitarios, que se comprometan a formar a los pacientes en su propio autocuidado. Considero que los profesionales de enfermería han de llevar a cabo estrategias para fomentar y conseguir la adherencia de los pacientes a ambas terapias renales sustitutivas. Son los candidatos idóneos ya que, además de poseer conocimientos suficientes sobre la terapia, sus complicaciones y cuidados, conocen al paciente. Por lo

que van a poder adaptar las intervenciones a cada paciente, evaluándolo desde una perspectiva integral.

Tal y como dijo Miguel de Unamuno: “Solo el que sabe es libre, y más libre el que más sabe”.

Bibliografía

- Carrillo, A., Duque, N. y Nieto, K. (2016). La evidencia cualitativa y el cuidado del paciente en diálisis peritoneal. *Enfermería Nefrológica*, 19, 154–163. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842016000200008>
- Colaboración Del Grupo Español Multidisciplinar Del Acceso Vascular, U. (2017). Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis Spanish Clinical Guidelines on Vascular Access for Haemodialysis. *Nefrología*, 37(1), 1–177. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.004>
- Cukor, D., Unruh, M., McCurry, S. M., & Mehrotra, R. (2021). The challenge of insomnia for patients on haemodialysis. *Nature Reviews Nephrology*, 17(3), 147–148. <https://doi.org/10.1038/s41581-021-00396-5>
- Dashtidehkordi, A., Shahgholian, N., & Attari, F. (2019). Exercise during hemodialysis and health promoting behaviors: a clinical trial. *BMC Nephrology*, 20(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12882-019-1276-3>
- Del Angel, F. L., Azpiroz Leehan, J., Martinez, F., Rock, E. S., Moron M, A., Gerardo Rosas, A., Fonseca, A. A., Karla Quevedo, G., De La Rosa, A. M., Miguel Cadena, M., & Mendez, D. (2019). Improved Outcomes in Hemodialysis/Hemodiafiltration Treatments Applying Exercise and Physiological Monitoring Techniques: Preliminary Results*. *Proceedings of the Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society, EMBS*, 5527–5530. <https://doi.org/10.1109/EMBC.2019.8856363>

- F.F. (2020, 13 febrero). Enfermedad renal crónica: carga mundial, regional y nacional 1990–2017. Fundación Femeba. [https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/enfermedad-renal-cronica-carga-mundial-regional-y-nacional-19902017-47566#:~:text=En%202017%2C%20se%20registraron%20697.5,%25%20\(8.5%20a%209.8\).](https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/enfermedad-renal-cronica-carga-mundial-regional-y-nacional-19902017-47566#:~:text=En%202017%2C%20se%20registraron%20697.5,%25%20(8.5%20a%209.8).)
- Fila, B., Ibeas, J., Tey, R. R., Lovčić, V., & Zibar, L. (2016). Arteriovenous fistula for haemodialysis: The role of surgical experience and vascular access education. *Nefrología: Publicación Oficial de La Sociedad Española Nefrología*, 36(2), 89–94. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2015.07.003>
- García, V. E. M., Ruíz, A. M. V., Estudillo, E. R., Criado, J. G., Abselam, A. B., & Maanan, N. M. (2010). Comportamiento sexual en los pacientes de hemodiálisis en melilla. *Revista de La Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 13(2), 113–118. <https://doi.org/10.4321/s1139-13752010000200004>
- 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>
- Hamilton, A. J., Caskey, F. J., Casula, A., Ben-Shlomo, Y., & Inward, C. D. (2019). Psychosocial Health and Lifestyle Behaviors in Young Adults Receiving Renal Replacement Therapy Compared to the General Population: Findings From the SPEAK Study. *American Journal of Kidney Diseases*, 73(2), 194–205. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2018.08.006>
- Jalón Monzón, A., Álvarez Múgica, M., Gorostidi Pérez, M., & Escaf Barmadah, S. (2019). Problemas de la esfera sexual en el paciente renal. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(1), 63–72. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.09.006>

- Jiménez, Y. F., & Carrillo, G. M. (2018). “Reencontrándome a través de la diálisis peritoneal”: Un abordaje fenomenológico. *21(3)*, 275–283. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842018000300010>
- 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)*, 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-46744-1>
- Keifer, G., & Effenberger, F. Enfermedad Renal Crónica (Estadios 4 – 5). Guía de Práctica Clínica. In *Angewandte Chemie International Edition* (Vol. 6, Issue 11).
- Kuipers, J., Verboom, L. M., Ipema, K. J. R., Paans, W., Krijnen, W. P., Gaillard, C. A. J. M., Westerhuis, R., & Franssen, C. F. M. (2019). The Prevalence of Intradialytic Hypotension in Patients on Conventional Hemodialysis: A Systematic Review with Meta-Analysis. *American Journal of Nephrology*, *49(6)*, 497–506. <https://doi.org/10.1159/000500877>
- Mejía-Navas, P., Prats-Valencia, M., & Borrás-Sans, M. (2016). Indicaciones y modalidades de diálisis peritoneal. *Nefrología Al Día*, 3–6. <https://www.nefrologiaaldia.org/229>.
- Pozo, M. G., & Parrado, M. C. R. (2017). Characterization of pain in the hemodialysis patient(Article) [Caracterización del dolor en el paciente en hemodiálisi. *Enfermería Nefrológica*, *20(4)*, 295–304. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842017000400003>
- 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>

- Pungchompoo, W., Parinyajittha, S., Pungchompoo, S., & Kumtan, P. (2020). Effectiveness of a self-management retraining program improving the quality of life of people receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nursing and Health Sciences*, 22(2), 406–415. <https://doi.org/10.1111/nhs.12672>
- Remuzzi, A., & Bozzetto, M. (2017). Biological and Physical Factors Involved in the Maturation of Arteriovenous Fistula for Hemodialysis. *Cardiovascular Engineering and Technology*, 8(3), 273–279. <https://doi.org/10.1007/s13239-017-0323-0>
- Tomás, P. A., Ortells, E. M. R., Oset, M. M., García, V. C., & González, N. P. (2016). Disfunción sexual y calidad de vida según el tipo de tratamiento renal Sustitutivo. *Enfermería Nefrológica*, 19(4), 342–348. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000400005&lang=es%0Ahttp://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v19n4/05_original2.pdf
- Turkmen, K., Yazici, R., Solak, Y., Guney, I., Altintepe, L., Yeksan, M., & Tonbul, H. Z. (2012). Health-related quality of life, sleep quality, and depression in peritoneal dialysis and hemodialysis patients. *Hemodialysis International*, 16(2), 198–206. <https://doi.org/10.1111/j.1542-4758.2011.00648.x>
- Turrado, M. S., Pérez, L. G., Domínguez, C. C., & Paciente, S. D. E. L. (2017). Factores que influyen en la satisfacción del paciente de diálisis con enfermería. 20(1), 66–75. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842017000100009>
- Valsaraj, B. P., Bhat, S. M., Prabhu, R., & Kamath, A. (2021). يولكلا ليسغلبا مازتلا 21. بلغ فيرعلما يك ولسلا جلاعلا يرثتاً لوح ةعباتم قسارد (February), 58–65. <http://doi.org/10.18295/squmj.2021.21.02.008>
- Vargas Marcos, F. (2015). Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS. *Ministerio De*

Sanidad Servicios Sociales E Igualdad, 54.
http://www.senefro.org/modules/news/images/enfermedad_renal_cronica_2015.pdf

- Vázquez Espinoza, J. A., Velasco Rodríguez, R., Moreno, N. A., Gicela, M., Hernández, P., Casique, L. C., Antonio, J., & Espinoza, V. (2017). *Apoyo educativo y patrón de vida en el paciente con tratamiento de hemodiálisis*. *Educational support and pattern-of-life in the patient treated with hemodialysis*. 28–36. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842017000100004>
- Virtanen, H., Tuominen, R., Kiukainen, S., Koskinen, J., Koskenniemi, J., Laulaja, J., Numanovic, V., & Leino-Kilpi, H. (2019). Experiences of safety among patients receiving home dialysis therapies. *Journal of Renal Care*, 45(4), 223–231. <https://doi.org/10.1111/jorc.12298>

Anexos

ANEXO 1: TABLA 1. ARTÍCULOS SELECCIONADOS PARA LA REVISIÓN

Año de publicación	Autor principal	Lugar	Fecha recolección datos	Inclusión de casos	Sujetos de estudio	Fuentes de datos	Tamaño muestral	Metodología	Rango de edad	Nivel de evidencia
2016	Carrillo. K	Colombia	Abril-junio 2016	/	Personas con ERC en DP	Pubmed, Embase, CUIDEN, CINAHL, Dialnet, Scielo, BVS y Web of Science	19 artículos	Revisión sistemática	/	Nivel 2
2017	Ibeas	España	/	/	Personas en HD con AV	Centro Cochrane Iberoamericano	/	Revisión sistemática	Población adulta	Nivel 1
2021	Cukor. D	Nueva York	/	Pacientes en unidades de diálisis	Personas en HD	/	1.643 personas	Estudio descriptivo	/	Nivel 3
2019	Dashtidehkordi . A	Irán	Octubre 2018 – enero 2019	Mínimo 3 meses en HD	Pacientes en HD	Hospitales Noor y Al-Zahra	60 pacientes	Ensayo clínico	Entre 18 y 65 años	2+

2019	Del Ángel. F	México	2018 a 2019	Pacientes con ERC	Sometidos a HD y DP	National Institute of Cardiology's HD / HDF clinic	36 pacientes	Ensayo clínico	/	2+
2017	Fila, B.	Croacia y España	2017	Pacientes con AV	Pacientes con ERC en HD	Otros artículos	/	Estudio descriptivo	/	Nivel 2
2010	García. V	Melilla	2010	En HD entre 6 meses y 5 años	Pacientes en HD	Unidad de HD de Melilla	66 pacientes	Estudio descriptivo transversal	Entre 18 y 80 años	Nivel 3
2018	Gorostidi. M	España	Enero – junio 2018	/	Pacientes con ERC	Estudio de nutrición y riesgo cardiovascular en España (ENRICA)	12.948 sujetos	Estudio transversal	Entre 18 y más de 65 años	Nivel 1

2019	Jalón Monzón A.	Asturias	2018	/	Personas con ERC	/	/	Revisión sistemática	18 – 89 años	Nivel 2
2018	Jiménez. Y	Colombia	Julio – septiembre 2018	Universidad Nacional de Colombia	Pacientes con ERC	Entrevista en profundidad	16 participantes	Investigación cualitativa fenomenológica descriptiva	26 – 76 años	Nivel 3
2019	Jung. H	Corea del Sur	2019	Kyungpook National University Hospital	Pacientes con ERC que empiezan DP y HD	/	989 pacientes	Estudio de cohortes	13 – 587 años	2+
2019	Kuipers. J	Países Bajos	Enero 1980 – enero 2019	Dialyse Centrum Groningen		Medline, Cinahl, EMBASE y Cochrane library	/	Revisión sistemática	Mayores de 18 años	Nivel 2

2017	Pozo. M	Córdoba	Marzo – mayo 2017	Centros de diálisis: 2 públicos y 1 concertado	Personas con ERC en HD periódica	Cuestionarios validados	134 pacientes	Estudio observacional descriptivo y transversal	13 – 68 años	Nivel 3
2020	Pretto. C	Brasil	Febrero – octubre 2017	Unidad renal en Rio Grande do Sul	Pacientes con ERC y en HD	Búsqueda bibliográfica y entrevistas individuales	238 pacientes	Búsqueda analítica, exploratoria y transversal	Mayores de 18 años	Nivel 2
2020	Pungchompoo. W	Tailandia	Mayo – septiembre 2016	Hospital en la región norte de Tailandia	Personas bajo HD	/	41 participantes	“Mixed-methods Project”	Mayores de 20 años	Nivel 2
2017	Remuzzi. A	Italia	2016	Universidad de Bérgamo	Personas en HD con FAV	/	/	Estudio descriptivo	/	Nivel 3

2016	Ahís Tomás. P	Castellón	Enero-marzo 2016	Centro de hemodiálisis de La Vall de Uxó	Pacientes con ERC en HD y DP	Unidad de hemodiálisis del Centro de Nefroval y unidad de diálisis peritoneal en Hospital General de Castellón	72 pacientes	Estudio observacional transversal comparativo	/	Nivel 3
2012	Turmen. K	Turquía	2012	Pacientes en unidades de diálisis	Pacientes en HD y DP	Short Formo f Medical Outcomes Study (SF-36)	154 pacientes	Estudio transversal	17 – 84 años	2+
2017	Turrado. M	Córdoba	2016	Pacientes con ERCA en HD periódica	Grupo Focal	Unidad Hospitalaria de Diálisis de la UGC	7 pacientes	Estudio cualitativo de tipo fenomenológico	/	Nivel 3

2021	Valsaraj. B	India	Marzo – junio 2020	Pacientes con ERC en diálisis	Grupo control y caso	Hospital multispecialista en India	67 participantes	Ensayo clínico controlado aleatorio	20 – 65 años	1-
2017	Vázquez Espinosa. J	México	Enero – marzo 2017	Centro estatal de HD de la ciudad de Colima	Personas con ERC en HD	Cuestionario elaborado	22 pacientes	Estudio pre-experimental	16 – 36 años	2-
2019	Virtanen. H	Finlandia	Septiembre – diciembre 2016	Unidad de diálisis hospital universitario	Pacientes en HD y DP domiciliaria	Cuestionario estructurado	70 pacientes	Estudio descriptivo	/	Nivel 3

FUENTE: Adaptación de Bauza ML, Esteva M, Pereiró I, & Ingla M (2016). Revisión sistemática del perfil de usuarias de anticonceptivos de emergencia. Revista Latinoamericana de Enfermagem, 24, e2733

ANEXO 2: TABLA 2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Estrategia de búsqueda bibliográfica			
Pregunta de Investigación	¿Quién tiene mejor percepción de calidad de vida, los pacientes con ERC sometidos a hemodiálisis o a diálisis peritoneal?		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - General: Analizar la HD y la DP para saber cuál impacta menos en la calidad de vida del paciente con ERC - Específico 1: Definir la HD y sus complicaciones - Específico 2: Explicar el impacto de la HD en la calidad de vida, la percepción de los pacientes y estrategias de mejora. - Específico 3: Definir la DP y sus complicaciones - Específico 4: Analizar el impacto de la DP en la calidad de vida y sus beneficios 		
Palabras clave	Calidad de vida, hemodiálisis y diálisis peritoneal		
Descriptores	Se presentarán en castellano e inglés, a partir consultas realizadas en DeCS y MeSH En caso necesario, incluir también los subdescriptores (calificadores) que se consideren oportunos		
		Castellano	Inglés
	Principal	Insuficiencia renal crónica Diálisis peritoneal Terapia de reemplazo renal Diálisis renal	Renal insufficiency, chronic Peritoneal dialysis Continuous renal replacement therapy Renal dialysis
	Secundario/s	Calidad de vida Sexualidad Fístula arteriovenosa Atención de enfermería	Quality of life Sexuality Arteriovenous fistula Nursing care
Operadores booleanos	Especificar los tres niveles de combinación con booleanos		
	1er nivel (principal)	AND	
	2do nivel (principal, secundario/s)	OR	
Áreas de conocimiento			

Selección de bases de datos	Metabuscadores BVS <input type="checkbox"/> Otras (especificar) <input type="checkbox"/>	Bases de datos específicas PubMed <input type="checkbox"/> Embase <input type="checkbox"/> IBECs <input type="checkbox"/> LILACS <input type="checkbox"/> CINHAl <input type="checkbox"/> Otras (especificar) <input type="checkbox"/>	Bases de datos revisiones Cochrane <input type="checkbox"/> Otras (especificar) <input type="checkbox"/>
Límites	Años de publicación	2011 - 2021	
	Idiomas	Español e inglés	
	Tipos de publicación	Estudios cuantitativos y cualitativos	
	Otros límites	1. 2. 3.	
Resultados de la búsqueda			
Metabuscador			
Límites introducidos	Solo incluir aquellos límites específicos de la BD, no los especificados anteriormente		
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº	Resultado final
	2do nivel	Nº	21 artículos
	Otros	Nº	Criterios de exclusión
			Sin interés para mi tema de investigación
		Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	
Base de Datos específica	PubMed e Ibecs		
Límites introducidos	Solo incluir aquellos límites específicos de la BD, no los especificados anteriormente		
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº 14	Resultado final
	2do nivel	Nº 7	21 artículos
	Otros	Nº	Criterios de exclusión
			Sin interés para mi tema de investigación
		Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	
Base de Datos de Revisiones			
Límites introducidos	Solo incluir aquellos límites específicos de la BD, no los especificados anteriormente		
Resultados por niveles de combinación booleana	1er nivel	Nº	Resultado final
	2do nivel	Nº	
	Otros	Nº	Criterios de exclusión
			Sin interés para mi tema de investigación
		Déficit de calidad del estudio	
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	
Obtención de la fuente primaria			
Directamente de la base de datos			x
Préstamo interbibliotecario (Biblioteca UIB)			x
Biblioteca digital de la UIB			
Biblioteca física de la UIB			
Otras (especificar)			

ANEXO 3: FICHAS TÉCNICAS PARA REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna			
1		DP cuidado enfermero			
Cita bibliográfica (Según APA)		Carrillo, A., Duque, N. y Nieto, K. (2016). La evidencia cualitativa y el cuidado del paciente en diálisis peritoneal. <i>Enfermería Nefrológica</i> , 19, 154–163.			
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	Para que los enfermeros puedan desarrollar su función es imprescindible que empaticen y se impliquen con el proceso de salud y enfermedad del paciente. Este aspecto es muy importante en pacientes con DP, ya que es fundamental que cumplan con la adherencia a la terapia para así vivir más tiempo. Ante un aspecto tan relevante, se relacionan los cuidados que precisa el paciente con DP con las taxonomías enfermeras. Se obtendrán intervenciones para el cuidado del paciente en DP.			
	Objetivo del estudio	Relacionar las evidencias recogidas en la literatura científica cualitativa publicada entre 1997 – 2014 sobre el cuidado enfermero a pacientes en DP con las taxonomías enfermeras.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	X	Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2016			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado			
Encuesta/cuestionario de elaboración propia					
Escala (Validada/No validada)					
Registro de datos cuantitativos					
Técnicas cualitativas		Entrevista semiestructurada			
Otras					
Población y muestra	Al ser una revisión sistemática no se realizó delimitando o estableciendo una población y muestra determinada.				
Resultados relevantes	Se incluyeron un total de 19 artículos, la mayoría de tipo descriptivo elaborados en Brasil y publicados en 2010.				

Discusión planteada	<p>Los pacientes sometidos a DP tienen afectados los 13 dominios que aparecen en NANDA. Lo que más destaca es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes necesitan ser educados e informados sobre la terapia. Es importante entrenarlos para que puedan ser lo más autónomos posible. Incluir a la familia. • Mucho cansancio consecuencia de la DP. Esto acaba repercutiendo en el descanso nocturno. • Sentimientos contradictorios. Por una parte, agradecidos porque la DP les garantiza la supervivencia. Por otro lado, genera un gran impacto físico, que se acentúa si el paciente es joven. • Limitación de las relaciones sociales y actividades de ocio. Por lo que, acaban desarrollando sentimientos de aislamiento y soledad. • Sentimientos de vulnerabilidad, inseguridad y miedo. 		
Conclusiones del estudio	<p>Las intervenciones enfermeras que mayor beneficio generan son la comunicación y educación con el paciente en DP. Es importante conocer cuál es la perspectiva del paciente y cómo afecta la terapia a su día a día, para así poder adaptar las intervenciones a sus necesidades. Los enfermeros son buenos referentes ya que, además de poseer los conocimientos, pasan mucho tiempo con el paciente y lo conocen. De manera, que son los profesionales indicados para fomentar capacitar al paciente y fomentar su adherencia al tratamiento.</p>		
Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	No		

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
2	HD + FAVI (GPC)
Cita bibliográfica (Según APA)	Colaboración Del Grupo Español Multidisciplinar Del Acceso Vascular, U. (2017). Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis Spanish Clinical Guidelines on Vascular Access for Haemodialysis. Nefrología, 37(1), 1-177. https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.004

Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	En pacientes sometidos a HD es imprescindible que dispongan de un acceso vascular que permita que la terapia se lleve a cabo. Por esta razón, se ha elaborado esta GPC, que recoge toda la evidencia científica posible y la transmite a los profesionales sanitarios para que puedan introducirla y aplicarla en su labor diaria.			
	Objetivo del estudio	Renovar la Guía del Acceso Vascular de la Sociedad Española de Nefrología, actualizando todos los temas que incluía y añadiendo nuevos conceptos surgidos desde entonces.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	X	Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2017			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado			
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia		X		
	Escala (Validada/No validada)				
	Registro de datos cuantitativos				
	Técnicas cualitativas				
	Otras		Revisión narrativa de la literatura.		
	Población y muestra	Al ser una revisión sistemática no se realizó delimitando o estableciendo una población y muestra determinada.			
Resultados relevantes	A partir de la revisión de la literatura científica y el planteamiento de preguntas de interés, se consiguió elaborar esta GPC.				
Discusión planteada	Al ser una GPC no existe una discusión, tal y como aparece en los artículos. Durante el desarrollo de ésta se expone y explica los diferentes tipos de accesos vasculares, y los cuidados que precisan. Además, plasma qué tipos de complicaciones y sus signos y síntomas, pueden padecer los pacientes a quienes se le realiza estos AV.				
Conclusiones del estudio	El mejor tipo de acceso vascular para los pacientes con HD es la fístula arteriovenosa nativa, es decir, la que se crea a partir de la anastomosis de una vena y una arteria. Preferiblemente si se realiza en el antebrazo. Para que se pueda usar de manera óptima, es muy importante que madure. Hemos de vigilar si sufre algún tipo de complicación que ponga en compromiso su uso. También existen otros tipos de accesos vasculares como la fístula arteriovenosa protésica y el catéter venoso central. Éste último es el menos recomendado, ya que aumenta el riesgo de muerte.				

Valoración (Escala Liker) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	No		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna			
3		HD + insomnio			
Cita bibliográfica (Según APA)		Cukor, D., Unruh, M., McCurry, S. M., & Mehrotra, R. (2021). The challenge of insomnia for patients on haemodialysis. <i>Nature Reviews Nephrology</i> , 17(3), 147–148. https://doi.org/10.1038/s41581-021-00396-5			
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	El insomnio es muy frecuente en pacientes con ERC que están bajo terapia hemodializadora. Las intervenciones desarrolladas son escasas y limitadas. Es esencial que aumentar los esfuerzos para solucionar este problema y crear intervenciones y estrategias para combatirlo. Así se conseguirá que los pacientes tengan más acceso y oportunidades para hacer frente al insomnio.			
	Objetivo del estudio	Explicar cómo afecta el insomnio en la calidad de vida de los pacientes, y exponer métodos para el tratamiento de éste.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	X
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2021			

	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	
		Escala (Validada/No validada)	
		Registro de datos cuantitativos	
		Técnicas cualitativas	
		Otras	X
	Población y muestra	Pone como ejemplo un estudio que incluyó a 1643 pacientes que estaban en la unidad de diálisis. De estos, el 50% presentaba problemas para dormir, el 59% se despertaban durante la noche y el 49% se desvelaban pronto por las mañanas. El 53% de los pacientes comentó que había sufrido, al menos una de estas alteraciones, durante un periodo de tiempo.	
Resultados relevantes	Se estima que entre el 40 – 85% de los pacientes en HD padecen de insomnio.		
Discusión planteada	<p>Un gran porcentaje de los pacientes con ERC están sometidos a HD. Pese a que es una terapia que garantiza un aumento de la supervivencia, produce un gran abanico de síntomas y efectos secundarios, como cansancio, ansiedad, depresión e insomnio. Insomnio es la alteración del sueño más frecuente. Está presente entre el 40 – 85% de los pacientes en HD. Una de las causas de que esto ocurra es la uremia, que produce alteraciones o cambios sustanciales en el ritmo circadiano. Esto se considera crónico cuando ocurre mínimo tres veces por semana durante al menos tres meses.</p> <p>Para tratar esta situación la “American College of Physicians” recomienda realizar terapias cognitivas comportamentales. Como tratamiento secundario se podría pautar medicación que favoreciera el sueño. Aunque, en la mayoría de los casos, primero se hace uso de fármacos, y sino funcionan, se piensan otro tipo de estrategias.</p> <p>Muchos pacientes sometidos a HD no tienen tratamiento para solucionar este problema.</p> <p>Los pacientes tienen que hacer uso de la cama únicamente para dormir o mantener relaciones sexuales. Con la finalidad de que cerebro asocie la cama con dormir. Es importante que se investiguen otro tipo de tratamiento para el insomnio que no sean exclusivamente farmacológicos. Y, muy importante, que sean efectivos.</p>		
Conclusiones del Estudio	<p>El insomnio es de las alteraciones que más preocupa a los pacientes sometidos a HD. Esto se debe a que existen muchas causas que lo producen, como puede ser: alteraciones físicas, mentales y comportamentales.</p> <p>Esta alteración genera un impacto negativo sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes con ERC.</p> <p>Los equipos de nefrología tienen que ser más conscientes de este problema e intentar crear intervenciones que sean más accesibles y eficaces.</p>		

Valoración (Escala Liker) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	X	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	No		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna		
4		HD + deporte		
Cita bibliográfica (Según APA)		Dashtidehkordi, A., Shahgholian, N., & Attari, F. (2019). Exercise during hemodialysis and health promoting behaviors: a clinical trial. BMC Nephrology, 20(1), 1–7. https://doi.org/10.1186/s12882-019-1276-3		
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	La HD es el tratamiento más común en pacientes con ERC. Pese a que aumenta su supervivencia, también genera repercusiones como son: reducción de la habilidad para realizar actividades, aislamiento social, inseguridad y actitud negativa a continuar con la terapia. Estudios han demostrado que los comportamientos que promueven la salud en pacientes con HD se ven afectados. El ejercicio físico es una de las intervenciones que puede mejorar y fomentar una actitud saludable. Además, puede mejorar el estado físico y la calidad de vida.		
	Objetivo del estudio	Determinar el efecto del ejercicio sobre el comportamiento y promoción de la salud en pacientes sometidos a HD.		
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	X
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Estado actual del tema	Descriptivo	
		Revisión histórica	Cualitativa	

	Año de realización	2019	
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	X
		Escala (Validada/No validada)	
		Registro de datos cuantitativos	
		Técnicas cualitativas	
		Otras	
	Población y muestra	Participaron un total de 60 pacientes en HD. Se realizaron dos grupos formados de manera aleatoria. La población tenía entre 18 y 65 años, y debían llevar, como mínimo, tres meses en HD.	
Resultados relevantes	Los resultados mostraron que no había diferencia significativa entre ambos grupos (caso y control) en relación con las variables sexuales, educación y ocupación. La puntuación sobre la actitud o comportamiento saludable fue significativamente diferente entre antes y después de la intervención.		
Discusión planteada	<p>El deporte puede ser efectivo y mejorar las conductas de salud, a excepción de la responsabilidad y la espiritualidad.</p> <p>Ejercicios como ir en bicicleta pueden mejorar la conducta alimentaria en el grupo en el que se aplica la intervención.</p> <p>Hacer de manera regular actividad física mejora la condición física de los pacientes con ERC antes de comenzar diálisis. Realizar actividad física durante el periodo de diálisis, además de mejorar la esfera física, ayuda a los pacientes a adquirir un estilo de vida activo similar al que tenían previamente al diagnóstico de la enfermedad.</p> <p>El deporte también ayuda a disminuir el estrés, la ansiedad, la presión arterial y depresión en este perfil de pacientes. Esto se debe a la liberación de serotonina y endorfinas, como consecuencia disminuye la concentración de cortisol y aumenta la sensación de placer.</p> <p>Además, el deporte puede ser un gran aliado para mejorar las relaciones con el resto de población.</p>		
Conclusiones del estudio	Se ha comprobado que montar en bicicleta mejora la conducta de salud de los pacientes sometidos a HD. Por lo que se recomienda su práctica a este perfil de pacientes durante el tiempo que estén bajo terapia dialítica.		

Valoración (Escala Liker) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	X	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	No		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna
5		HD beneficios ejercicio + M fisio
Cita bibliográfica (Según APA)		Del Angel, F. L., Azpiroz Leehan, J., Martinez, F., Rock, E. S., Moron M, A., Gerardo Rosas, A., Fonseca, A. A., Karla Quevedo, G., De La Rosa, A. M., Miguel Cadena, M., & Mendez, D. (2019). Improved Outcomes in Hemodialysis/Hemodiafiltration Treatments Applying Exercise and Physiological Monitoring Techniques: Preliminary Results*. Proceedings of the Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society, EMBS, 5527–5530. https://doi.org/10.1109/EMBC.2019.8856363
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	La ERC es una enfermedad que afecta a millones de personas de todo el mundo. Se asocia a la diabetes, hipertensión y obesidad, y es incurable. El mejor tratamiento es el trasplante, pero como no hay riñones para todos los pacientes hay terapias alternativas, como son: HD y DP. Esta última se usa menos ya que el riesgo de padecer algún tipo de complicación es mayor. Esto se debe a que se realiza en el domicilio y sin supervisión. No obstante, la HD también produce un gran abanico de efectos secundarios. Para mejorar los resultados es necesario desarrollar intervenciones personalizadas y reales. Y así poder mejorar la supervivencia y la calidad de vida significativamente.
	Objetivo del estudio	Proporcionar una larga y productiva vida, con una calidad de vida equivalente a la de una persona con trasplante de riñón.

Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	X
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2019			
Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado				
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia				
	Escala (Validada/No validada)				
	Registro de datos cuantitativos	X			
	Técnicas cualitativas				
	Otras	X			
Población y muestra	Participaron un total de 36 pacientes con enfermedad renal crónica en estadio final. Previamente firmaron consentimiento informado. Se dividieron en dos grupos.				
Resultados relevantes	<p>Los componentes que disminuyen la frecuencia aumentan en los pacientes normotensos durante la sesión de HD.</p> <p>Los componentes que aumentan la frecuencia son constantes en todas las sesiones de HD, en aquellos pacientes que no tenían hipotensión, mientras podemos observar una disminución de la actividad al final de las sesiones en pacientes en los que se evidencia la hipotensión.</p> <p>Se produce una mejora en los niveles de presión arterial después de tres meses siendo tratada. El peso de los pacientes tiende a disminuir consecuencia del volumen de fluido que se excreta en cada sesión.</p>				
Discusión planteada	<p>Los cambios realizados en un periodo corto de tiempo, que se producen intradialíticamente, están relacionados con la aparición de eventos hipotensores. La frecuencia alta está constantemente presente durante las sesiones de HD en pacientes con tensión arterial normal, pero existe una inhibición parasimpática al final de la sesión en los pacientes que presentan eventos de hipotensión. La alta frecuencia se produce como una línea de defensa, cuando el sistema simpático no puede lidiar con el control cardiovascular al final de las sesiones de HD, debido al esfuerzo del sistema parasimpático para mantener una tensión arterial apropiada.</p> <p>Ejercicio y una atención personalizada a los pacientes puede ayudar a eliminar el uso de agentes antihipertensivos y la mayoría de medicación que estos toman.</p>				
Conclusiones del estudio	<p>Este nuevo modelo de tratamiento mejora los niveles de presión arterial y el peso, unas semanas después de haber comenzado la terapia. Por lo que se produce un aumento de la calidad de vida ya que la mayoría de los fármacos se retiran después de un mes de tratamiento.</p> <p>Durante un episodio de hipotensión, se observa una reducción de la actividad parasimpática. Esta información se puede utilizar para predecir los eventos y tomar decisiones en cuanto a la terapia.</p> <p>El ejercicio físico tiene un efecto positivo, ya que induce al sistema simpático para que permanezca inactivo. Por lo que puede disminuir la incidencia de la hipotensión durante y después de la HD.</p>				

	Se propone establecer un peso seco “dinámico”, con el fin de reducir edema y reflejar la mejora esperada en el control hemodinámico y metabólico. Integrar todos estos parámetros es una terapia personalizada y un sistema de control de los pacientes sometidos a HD, aumentará su longevidad y su calidad de vida.		
Valoración (Escala Liker) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	X	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	No		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna
6		FAVI HD
Cita bibliográfica (Según APA)		Fila, B., Ibeas, J., Tey, R. R., Lovčić, V., & Zibar, L. (2016). Arteriovenous fistula for haemodialysis: The role of surgical experience and vascular access education. <i>Nefrología : Publicacion Oficial de La Sociedad Espanola Nefrologia</i> , 36(2), 89–94. https://doi.org/10.1016/j.nefro.2015.07.003
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	Los procedimientos para crear el acceso vascular son de los más frecuentes en EEUU. A pesar de que el mejor tratamiento es el trasplante renal, la terapia más usada es la HD. La FSVn es el mejor acceso a la circulación porque la probabilidad de sufrir complicaciones es baja, es duradera y su coste bajo, si se compara con otros AV. Para evitar eventos adversos, se recomienda hacer uso de ultrasonografía para observar y poder evaluar el diámetro de los vasos sanguíneos. Así se evita la trombosis y la no maduración de la fístula. Cuanta más edad tenga el paciente, mayor riesgo de que la FAVn falle. Este acceso vascular se debe crear semanas antes del comienzo de la HD.

	Objetivo del estudio	Explicar el procedimiento quirúrgico para la creación de la FAV. Transmitir información acerca del cuidado y manejo del acceso vascular.			
6 Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	X
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2016			
Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado				
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia				
	Escala (Validada/No validada)				
	Registro de datos cuantitativos				
	Técnicas cualitativas				
	Otras	X			
Población y muestra	Se trata de un estudio descriptivo el cual no se basa en una población determinada.				
Resultados relevantes	No hay resultados destacables.				
Discusión planteada	<p>El riesgo relativo de muerte aumenta de dos a tres veces en el caso de que los pacientes comiencen con HD con CVC, comparado con los accesos arteriovenosos. El uso de una FAVp, en la que se implanta un catéter que une vena y arteria, independientemente del tiempo, está asociado con un aumento del riesgo de muerte. Esto aumenta con la duración del cateterismo. Lo más importante, es que se tiene que evitar la inserción de un CVC destinado a las sesiones de HD.</p> <p>El 90% de los pacientes con CVC y que previamente tuvieron una FAV que no progresó adecuadamente, se tiene que valorar si tienen venas adecuadas para la creación de una nueva FAV.</p> <p>El 37% de los pacientes con CVC rechazaron tener un acceso venoso permanente que se creara mediante cirugía.</p> <p>Se tienen que movilizar todos los esfuerzos necesarios para proporcionar a los pacientes, y a las personas involucradas con su cuidado, una educación continua. Lo mejor, es que la reciban por parte de un equipo multidisciplinar. Es óptimo comenzar antes del inicio de las sesiones de diálisis, y continuar una vez comenzada.</p>				
Conclusiones del estudio	<p>Los procedimientos para crear accesos vasculares no se tienen que considerar como “menores”. Es importante que los profesionales que dirijan y realicen estas intervenciones dispongan de conocimientos y experiencia suficiente para garantizar el éxito de la práctica.</p> <p>Los cirujanos vasculares deben involucrarse con el cuidado del acceso vascular lo máximo posible. Además, de que tienen que poner todos sus esfuerzos en educar a los pacientes y a todas las personas que participan en los cuidados de éstos.</p>				

Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	No		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna			
7		HD sex			
Cita bibliográfica (Según APA)		García, V. E. M., Ruíz, A. M. V., Estudillo, E. R., Criado, J. G., Abselam, A. B., & Maanan, N. M. (2010). Comportamiento sexual en los pacientes de hemodiálisis en melilla. Revista de La Sociedad Espanola de Enfermería Nefrologica, 13(2), 113–118. https://doi.org/10.4321/s1139-1375201000200004			
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	La sexualidad está muy relacionada con la salud de las personas. Muchas veces ésta se ve afectada consecuencia de las disfunciones sexuales, como puede ser la disfunción eréctil u orgásmica, entre muchas otras. La disfunción sexual está muy presente en pacientes con ERC, y cuya causa no se conoce a ciencia cierta. Los pacientes que están con terapias renales sustitutivas sufren cambios físicos y psicológicos, que acaban repercutiendo negativamente en su sexualidad. Cuanto mejor perciban la sexualidad, mayor calidad de vida tendrán.			
	Objetivo del estudio	Conocer el comportamiento sexual, y si los pacientes en HD de Melilla sufren alguna alteración o disfunción sexual.			
6Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	

		Revisión histórica	Cualitativa	X
Año de realización	2010			
Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado			
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia		X	
	Escala (Validada/No validada)			
	Registro de datos cuantitativos			
	Técnicas cualitativas			
	Otras			
Población y muestra	De 66 pacientes que acuden a la unidad de HD de Melilla, 40 personas accedieron a participar en el estudio. La edad media oscila entre los 40 en hombres y los 70 años en mujeres.			
Resultados relevantes	<p>El 57,89% de los participantes son mujeres, el resto hombres. La mayoría son de etnia bereber. Presentan barrera idiomática importante el 13,15% de los pacientes. Un 45,45% de las mujeres de etnia bereber son analfabetas. Un 18,7% por lo que respecta a los hombres.</p> <p>El 57,8% de los participantes disponen de fístula arteriovenosa. Padecen otro tipo de patologías asociadas a la ERC, en primer lugar, la HTA, seguido de la DM.</p> <p>El 100% de los participantes hacen uso y tienen adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo.</p> <p>La disminución de la libido afecta más a las mujeres que a los hombres. El 75% de los hombres estarían dispuestos a tratar la disfunción sexual. Un 30% de los hombres y mujeres perciben el factor psicológico como el causante de estas alteraciones.</p>			
Discusión planteada	<p>Las disfunciones sexuales se consideran un problema principal de la sanidad. Ya que pueden deteriorar significativamente la calidad de vida y el estado general de salud del paciente. El 88% de los encuestados expresan que su conducta sexual presenta una afectación.</p> <p>Las mujeres declaran mayor disminución de la libido. Además de, alteraciones menstruales y disminución de la fertilidad.</p> <p>Por otra parte, los hombres están más dispuestos a tratarse la disfunción sexual. Aunque los que participan en este estudio son mucho más jóvenes que las mujeres.</p> <p>Por lo que se puede decir que la edad afecta frena la actividad sexual y disminuye el deseo. Las mujeres tienen más HTA y DM, que junto con los efectos adversos de los antihipertensivos, son causantes de las disfunciones sexuales.</p>			
Conclusiones del estudio	<p>Los pacientes tienen un comportamiento sexual alterado además de otras patologías como HTA y DM. Los hombres expresan tener mayor deterioro del comportamiento sexual desde que comenzaron con HD, aunque las mujeres tienen mayor pérdida de la libido.</p> <p>Los varones tienen una actitud más positiva y tienen más miedo de ser rechazados por sus parejas. Estos son más jóvenes y tienen menos patologías asociadas.</p> <p>Tienen que seguir unas relaciones afectivas satisfactorias, ya que mejorará su estado anímico y será un método preventivo para evitar sentimientos negativos.</p>			

Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	No		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna		
8		ERC prevalencia España		
Cita bibliográfica (Según APA)		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. <i>Nefrología</i> , 38(6), 606–615. https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.04.004		
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	La ERC es uno de los problemas principales de salud pública. La ERC avanzada se aborda con tratamiento renal sustitutivo (diálisis o trasplante), que conlleva una reducción de la supervivencia. Además, es un tratamiento muy costoso. Por otro lado, la ERC produce un aumento de la morbimortalidad cardiovascular y mortalidad total. Es una prioridad para el sistema sanitario el diagnóstico precoz de esta patología. Actualmente, se desarrollan estrategias de salud pública para hacer frente a esta situación, como son: evaluación de la prevalencia y determinantes correspondientes de la ERC; y, desarrollar programas de salud específicos para reducir los efectos de la ERC.		
	Objetivo del estudio	Estimar la prevalencia de ERC y evaluar el impacto de los factores de riesgo de ECV en la prevalencia de ERC.		
6Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	

		Meta-análisis		Cohortes		
		Estado actual del tema		Descriptivo	X	
		Revisión histórica		Cualitativa		
	Año de realización	2018				
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	X			
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia				
		Escala (Validada/No validada)				
		Registro de datos cuantitativos				
		Técnicas cualitativas				
		Otras				
	Población y muestra	Estudio epidemiológico de ámbito nacional y de base poblacional. La muestra es de 11505 sujetos que forman parte de la población adulta española.				
Resultados relevantes	<p>El 49,3% de los participantes son hombres. Más del 60% representaron un hábito sedentario moderado o grave. El 54% tenían hipercolesterolemia y el 23,9% HTA. El estadio más prevalente de ERC fue el 3ª (10%).</p> <p>La prevalencia de ERC es superior en hombres, y aumenta considerablemente con la edad. Había más personas con ERC que sin. Los participantes sin ERC eran fumadores, a diferencia de los que padecen la patología.</p> <p>Uno de cada cuatro participantes tenía 4 o más factores de riesgo. En este tramo, la prevalencia de ERC aumentó hasta el 50%.</p>					
Discusión planteada	<p>Se observó que uno de cada siete adultos en España padecía ERC. El estadio 3ª fue la causa principal de ERC en la población. Esta patología es más frecuente en hombres que en mujeres, y aumenta significativamente con la edad. Las mujeres jóvenes es el grupo donde la prevalencia de ERC es menor.</p> <p>La prevalencia de ERC en España es similar a la de EE. UU., y es más elevada que en otros países europeos.</p> <p>Es común que los pacientes que tengan ERC también padezcan algún tipo de enfermedad cardiovascular. Ya que muchos de estos pacientes tienen algún tipo de factor de riesgo cardiovascular. Cuantos más factores de riesgo, mayor es la prevalencia de pacientes con ERC.</p> <p>Para diagnosticar a la población con esta patología, debemos atender a las personas mayores, sobre todo hombres, que tengan HTA, DM, DSL, sean sedentarios o tengan algún tipo de patología cardíaca.</p>					
Conclusiones del estudio	<p>La prevalencia, en España, de personas con ERC es de entorno al 15% de la población. Una de las cifras más altas hasta el momento. Esta patología es más frecuente en hombres de edad avanzada y con factores de riesgo cardiovascular.</p> <p>El hecho de que los pacientes con ERC padezcan algún tipo de factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, lleva a pensar que la ERC puede considerarse una condición cardiovascular.</p>					

Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	No		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna			
9		Actitud y salud mental (jóvenes)			
Cita bibliográfica (Según APA)		Hamilton, A. J., Caskey, F. J., Casula, A., Ben-Shlomo, Y., & Inward, C. D. (2019). Psychosocial Health and Lifestyle Behaviors in Young Adults Receiving Renal Replacement Therapy Compared to the General Population: Findings From the SPEAK Study. <i>American Journal of Kidney Diseases</i> , 73(2), 194–205. https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2018.08.006			
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	Los adolescentes y jóvenes adultos que están sometidos a algún tipo de terapia renal sustitutiva afectan a la salud mental de los pacientes de entre 16 y 30 años. Su calidad de vida se ve afectada en comparación a la de población general, sobre todo a los que se encuentran en HD. Existen pocos artículos que hablen sobre el impacto que genera la terapia dialítica en pacientes jóvenes. Los adultos jóvenes que están sometidos a HD y no están en lista para trasplante renal, pueden morir en 5 años. Es importante que este perfil de pacientes goce de una buena salud psicosocial y les ayudará a aumentar su adherencia con el autocuidado y la medicación.			
	Objetivo del estudio	Comparar el bienestar psicosocial y las conductas saludables de una cohorte nacional de adultos jóvenes que reciben TRS con datos equivalentes a la población general.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	

		Estado actual del tema	Descriptivo	X
		Revisión histórica	Cualitativa	
Año de realización	2019			
Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	X		
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia			
	Escala (Validada/No validada)			
	Registro de datos cuantitativos			
	Técnicas cualitativas			
	Otras			
Población y muestra	625 personas contestaron las preguntas, de un total de 976 personas reclutadas para el estudio. Todos los participantes tenían entre 16 y 31 años.			
Resultados relevantes	<p>De las personas que contestaron al cuestionario, el 71% habían sido trasplantados y el 29% se encontraba en diálisis. Los jóvenes adultos, en comparación con la población general, tenían menos relaciones y menos hijos.</p> <p>Suelen vivir en casa con sus padres y no les es posible trabajar consecuencia de su estado de salud. Tienen peor calidad de vida y menor bienestar y padecían algún tipo de alteración o afectación psicológica.</p> <p>Por lo que respecta a los hábitos tóxicos, son un perfil de personas que consumen menos tabaco, alcohol y otro tipo de drogas.</p> <p>En este artículo se muestran las grandes diferencias entre la calidad de vida de este perfil de pacientes con la población general.</p>			
Discusión planteada	<p>Los jóvenes, ya adultos, que padecen de ERC y están sometidos a algún tipo de terapia renal sustitutiva, tienen menos relaciones de pareja lo que dificulta y disminuye a su vez, la probabilidad de tener hijos. Por otra parte, tienen comportamientos más saludables, dejando de lado hábitos tóxicos que pueden impactar directamente en su estado de salud. Además, tienen menor comportamiento antisocial.</p> <p>Los jóvenes sometidos a diálisis tienen menor calidad de vida y peor salud mental que los sometidos a trasplante renal. Resalta que los problemas psicológicos en este perfil de pacientes están infradiagnosticados.</p> <p>Desde la perspectiva de los pacientes se destaca que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se producen cambios en su imagen corporal • Tienen dificultades para conseguir trabajo y conseguir los objetivos que se plantean. • Se sienten aislados socialmente. <p>El hecho de sentirse aislados socialmente y la afectación de su imagen corporal dificulta e influye negativamente la posibilidad de tener una relación amorosa con otras personas.</p> <p>El no poder conseguir un trabajo estable genera que, durante su etapa adulta, se vean forzados a vivir en el domicilio familiar. En este artículo destaca que la depresión en este perfil de pacientes sometidos a HD está infradiagnosticada.</p> <p>Practicar ejercicio físico les puede servir de ayuda para minimizar la aparición o síntomas de esta.</p>			

Conclusiones del estudio	Este artículo destaca la importancia de los problemas psicológicos en los pacientes jóvenes con ERC y en diálisis. A pesar de que tienen mejores conductas de salud, el hecho de no poder establecer una relación seria de pareja y estar desempleados, impacta y disminuye directamente su calidad de vida. Es necesario que los profesionales sanitarios atiendan al paciente holísticamente, para así mejorar su calidad de vida y reducir el impacto derivado de la patología renal.		
Valoración (Escala Liker) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	No		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna
10		HD + complic (sex)
Cita bibliográfica (Según APA)		Jalón Monzón, A., Álvarez Múgica, M., Gorostidi Pérez, M., & Escaf Barmadah, S. (2019). Problemas de la esfera sexual en el paciente renal. Medicina de Familia. SEMERGEN, 45(1), 63–72. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.09.006
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	La salud sexual forma parte del bienestar de las personas y afecta positivamente a la calidad de vida. La sexualidad es un factor complejo que depende de aspectos físicos y psicológicos. Las enfermedades crónicas generan una alteración del deseo y la excitación. La mayoría de los pacientes renales crónicos padece algún tipo de disfunción sexual. Tema que todavía continúa siendo tabú y no se plantea abiertamente a profesionales sanitarios. Muchas veces las disfunciones sexuales son consecuencia de enfermedades ocultas (hipertensión o diabetes). Estudiar y abordar los problemas sexuales de los pacientes que precisan tratamiento renal sustitutivo generará un aumento y mejora de su calidad de vida.

	Objetivo del estudio	Repasar la fisiopatología de las disfunciones sexuales del paciente renal crónico, tanto mujeres como hombres. Explicar los efectos de la diálisis y el trasplante sobre la función sexual.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2019			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado			
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia				
	Escala (Validada/No validada)				
	Registro de datos cuantitativos				
	Técnicas cualitativas				
	Otras		X		
	Población y muestra	No procede			
Resultados relevantes	<p>Existe una alta incidencia de pacientes en diálisis peritoneal que pueden no tener relaciones sexuales.</p> <p>Un metaanálisis del 2012 expone que el 84% de las mujeres en diálisis tiene disfunción sexual, definido en el Female Sexual Function Index (FSFI).</p> <p>El 81% de las mujeres en hemodiálisis informaron que no eran sexualmente activas. Por lo que respecta a los hombres que padecen ERC y están en hemodiálisis, entre el 20 y el 87% presentan disfunción eréctil (DE).</p> <p>La edad es un determinante de la actividad sexual. El 60% de las mujeres entre 65-74 años y el 85% entre 75-85 años, informaron que no habían tenido actividad sexual en el último año.</p> <p>La deficiencia androgénica en hombres con ERC en hemodiálisis afecta al 50-75% de estos pacientes.</p>				
Discusión planteada	<p>Por lo que respecta a los factores físicos, la insuficiencia renal produce una alteración en el eje hipotalámico-hipofisiario-gonadal. Se trata de un hipogonadismo hipergonadotropo, con alteración de la producción de varias hormonas. En hombres, este estado produce problemas de erección y disminución de la libido.</p> <p>La disfunción eréctil y el trastorno del deseo masculino (relacionado con la concentración de testosterona sérica) perjudican las relaciones sexuales y afecta negativamente a la calidad de vida del paciente.</p> <p>En mujeres tratadas con hemodiálisis, las disfunciones sexuales son mucho más frecuentes en comparación con el resto de población. Esta situación se acentúa si, además, tiene otras patologías (depresión o eventos cardiovasculares previos).</p>				

	Las disfunciones sexuales femeninas más frecuentes son: deseo sexual hipoactivo; trastorno de la excitación sexual (poca excitación, lubricación y dolor durante el coito); y, el trastorno del orgasmo femenino (el 75.1% de las mujeres en diálisis). Además, afectan otros factores psicológicos como pueden ser: la baja autoestima, la alteración de la imagen corporal, depresión o alteraciones de pareja. Es importante promover cambios cognitivos-conductuales.		
Conclusiones del estudio	Existen una alta prevalencia de disfunciones sexuales masculinas y femeninas en el paciente renal crónico. Esta condición se debe a una serie de factores fisiopatológicos, por lo que es difícil establecer una única causa responsable. Los principales trastornos son las alteraciones del deseo sexual y la excitación. La población trasplantada goza de una mejor salud sexual que la sometida a diálisis. En los pacientes con ERC y en diálisis, se debería evaluar frecuentemente su función sexual con el cuestionario FSFI. Para tratar esta situación es importante: corregir los factores de riesgo y modificar los estilos de vida no saludables; terapia hormonal y no hormonal; y, apoyo psicológico que promueva cambios cognitivo-conductuales.		
Valoración (Escala Liker) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	No		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna
11		DP perspectiva pacientes
Cita bibliográfica (Según APA)		Jiménez YF, Carrillo GM. “Reencontrándome a través de la diálisis peritoneal”: Un abordaje fenomenológico. 2018;21(3):275–83.
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	Los pacientes con ERC padecen cambios físicos, producidos por la sintomatología que presentan, que acaba afectando sobre todas las esferas de la vida. Además, han de pasar por un periodo de adaptación y de aceptación a su nuevo rol. Esta patología afecta al 10% de la población mundial. Los pacientes sometidos a DP tienen que adaptar su vida a las particularidades de la terapia. Si no son autónomos, necesitarán la ayuda de un cuidador durante las sesiones.

		<p>Si la familia se ocupa del cuidado del paciente pueden desarrollarse momentos de crisis ya que es una situación que exige de constante atención y cuidado del enfermo. Esto genera que acaben abandonando sus actividades. Si el paciente, antes de ser diagnosticado, era el miembro fuerte de la familia puede desarrollar sentimientos de frustración y ansiedad. Además de sufrir por tener que adaptarse a una nueva vida.</p> <p>Los enfermeros han de conocer la experiencia de aquellos pacientes que están en DP para saber aquellas dimensiones en las que han de hacer mayor trabajo. Saber qué les preocupa y desarrollar estrategias para minimizar los efectos de la terapia.</p>			
	Objetivo del estudio	Describir la experiencia de personas con enfermedad renal crónica en terapia de diálisis peritoneal.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	X
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2018			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado			
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia				
	Escala (Validada/No validada)				
	Registro de datos cuantitativos				
	Técnicas cualitativas		X		
	Otras				
	Población y muestra	Se seleccionaron 16 pacientes con ERC que estaban en DP. A estos se les realizaron entrevistas en profundidad.			
Resultados relevantes	<p>Se identificaron 361 narraciones destacables y 94 unidades de significado. Finalmente, se obtuvieron 6 temas de comunes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfrentamiento a la realidad: Se trata de la repercusión que genera la patología sobre los pacientes y cómo altera su día a día. • Pérdidas: Son aquellas dimensiones de la vida que se ven alteradas como consecuencia de la enfermedad y de estar sometidos a DP. • Corporalidad: Es el enfrentamiento que el paciente crea con los efectos de la patología, los sentimientos generados y las alteraciones físicas que sufren. También entra el proceso de autoreconocimiento. • Limitaciones: Está compuesto por las limitaciones que conforman al sistema de salud con respecto a los pacientes que se encuentran en terapia renal sustitutiva. Falta de continuidad de atención e impacto en su propio manejo. • Soporte: Influencia y apoyo que favorece al paciente y repercute positivamente en su calidad de vida. 				

	<ul style="list-style-type: none"> • Ganancias: Se produce cuando el paciente acepta su condición y enfermedad. De manera que acaba participando en la terapia, y se permite, poco a poco, volver a su vida habitual. 		
Discusión planteada	<p>Al principio del proceso, el paciente busca soluciones para poder abordar la patología de otra manera. Y evitar la terapia renal como tratamiento de su condición. Una vez, que se va dando cuenta de que su salud está afectada, que no puede hacer una vida normal y que padece de muchos síntomas derivados de la patología, es cuando decide acudir a las instituciones sanitarias.</p> <p>A su vez, no se creen por lo que están pasando e intentan buscar culpables para así poder comprender el motivo de porqué les ha tenido que pasar a ellos.</p> <p>Las creencias espirituales ayudan a afrontar la enfermedad ya que les sirve como refugio para comprender el sentido de la vida.</p> <p>Los participantes expresan que la enfermedad ha afectado a su vida de pareja ya que o son abandonados o porque ellos mismos prefieren alejarse por miedo a lo que puede pasar en el futuro. Además, viven con la incertidumbre y preocupación acerca de la evolución de la patología y la permanencia de la terapia renal sustitutiva.</p> <p>Para hacer frente a esta situación es primordial que se sientan acompañados y apoyados por el equipo sanitario y por sus familiares cercanos. El soporte y educación por parte de los profesionales repercute muy positivamente sobre salud. Suelen acabar aceptando la terapia y entendiendo que es parte de su vida. Además de que les sigue permitiendo compartir y experimentar nuevos momentos.</p>		
Conclusiones del estudio	<p>Los pacientes en DP viven con una lucha interna ya que se está enfrentando a una patología que afecta a su vida directamente. Para este perfil de pacientes, cada día vivido se convierte en una oportunidad para hacer aquello que más les gusta.</p> <p>Los pacientes en DP se sienten productivos y contentos con ellos mismos, ya que se encargan de su propio autocuidado y de la terapia renal sin necesidad de segundas personas.</p>		
Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	No		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna			
12		HD vs DP			
Cita bibliográfica (Según APA)		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), 1–10. https://doi.org/10.1038/s41598-019-46744-1			
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	<p>Los pacientes que padecen ERC en un estadio avanzado precisan de ser tratados con un tipo de diálisis, que muchas veces será escogida por ellos mismo. Las dos modalidades más frecuentes son la HD y la DP.</p> <p>Ambas terapias son diferentes y precisan que el paciente se comprometa a cambiar y seguir un nuevo estilo de vida, con muchas más restricciones.</p> <p>Es esencial que el paciente participe en la selección de la terapia. Muchas veces, cuando esta se ha de escoger, los profesionales tienden a seleccionar la que mayor supervivencia puede proporcionar, olvidándose de cómo puede impactar en su calidad de vida.</p> <p>A pesar de que este artículo pretende comparar el impacto entre ambas terapias renales sustitutivas, no puede confirmar cuál de ellas proporciona mejor calidad de vida.</p>			
	Objetivo del Estudio	<ul style="list-style-type: none"> - Comparar la calidad de vida entre las terapias de diálisis (DP y HD) - Determinar la asociación de los factores relacionados con el deterioro persistente de la calidad de vida en los pacientes en diálisis. 			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	X
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2019			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	X		
Encuesta/cuestionario de elaboración propia					
Escala (Validada/No validada)					
Registro de datos cuantitativos					
Técnicas cualitativas					
Otras					
Población y muestra	Un total de 989 pacientes que comenzaban DP y HD. La calidad de vida se evaluó a los 3,12 y 24 meses de haber comenzado con la terapia.				

Resultados relevantes	<p>El 54,9% de los pacientes que participan están en tratamiento con HD. Los pacientes que se someten a DP son significativamente más jóvenes, con más estudios, desempleados y casados, a diferencia de los que estaban con HD. Los cambios que se producen en la calidad de vida, comprando las personas que llevan 3 meses con las que llevan 24, son destacables. Los pacientes en HD presentan peor calidad de vida, sobre todo en lo relacionado con: la sexualidad, el sueño y satisfacción por parte de los pacientes.</p>		
Discusión planteada	<p>Este estudio compara la calidad de vida, a los 3,6 y 24 meses, de haber comenzado con DP y HD.</p> <p>Las ventajas del tratamiento con DP tienden a ir disminuyendo a medida que se va prolongando en el tiempo. Dos años después de estar con tratamiento renal, tanto personas en HD como en DP, sienten que los cambios han empeorado las diversas dimensiones de la calidad de vida.</p> <p>La HD genera un gran impacto en la vida del paciente, ya no solo altera su imagen, sino que le impide hacer cosas cotidianas como puede ser las prácticas sexuales o su propia satisfacción como persona. A diferencia de los pacientes con DP, ya que lo que más resalta es la alteración de su estado emocional y mental.</p> <p>Otros estudios no han aclarado qué tipo de terapia es mejor o impacta menos sobre el día a día del paciente.</p> <p>La calidad de vida de los pacientes en DP está menos afectada cuando comienzan con la terapia. A medida que esta se prolonga en el tiempo, van aumentando las consecuencias sobre las personas, y, por ende, acaban impactando en su calidad de vida.</p> <p>La diferencia es que la HD desde el principio impacta de la misma forma. Empieza y acaba siendo o teniendo los mismos síntomas.</p> <p>Lo que cabe resaltar es que la DP permite que el paciente sea autónomo, y se sienta una persona realizada, no dependiente y útil. Ya que es él mismo quien se encarga de realizar la terapia en el domicilio.</p>		
Conclusiones del estudio	<p>Los pacientes en DP tienen mejor calidad de vida que los que están sometidos a HD, sobre todo al inicio del tratamiento. Esto no significa que la calidad de vida de los pacientes en DP no se vea alterada.</p> <p>Es importante informar y educar a los pacientes sobre cómo las diferentes terapias de diálisis van a acabar afectando a su calidad de vida.</p> <p>A medida que va aumentando el tiempo en diálisis, también va en aumento las ganas de abandonarla. Por lo que es importante que los profesionales sanitarios atiendan y conozcan las preferencias y prioridades de estos pacientes.</p> <p>Es fundamental hacer evaluaciones de la calidad de vida y de si aparecen síntomas de depresión.</p> <p>Planear intervenciones específicas relacionadas con la sintomatología que puedan presentar puede ayudar a que los pacientes no abandonen la terapia renal.</p>		
Valoración (Escala Liker) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para

			nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	No.		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna			
13		HD + hipot			
Cita bibliográfica (Según APA)		Kuipers, J., Verboom, L. M., Ipema, K. J. R., Paans, W., Krijnen, W. P., Gaillard, C. A. J. M., Westerhuis, R., & Franssen, C. F. M. (2019). The Prevalence of Intradialytic Hypotension in Patients on Conventional Hemodialysis: A Systematic Review with Meta-Analysis. <i>American Journal of Nephrology</i> , 49(6), 497–506. https://doi.org/10.1159/000500877			
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	La hipotensión durante la HD se considera una de las principales consecuencias que ocurren durante la terapia. Esto produce un gran abanico de síntomas que aumentan el riesgo de sufrir algún evento cardiovascular, aumento de la incidencia del fracaso del acceso vascular y, la muerte. La terapia de HD ha mejorado con lo años, lo que ha sido un punto a favor para disminuir los efectos secundarios de ésta. Pero, los pacientes que acuden a HD cada vez son más mayores y padecen más patología, como diabetes. A pesar de toda la información que se dispone, todavía no es posible saber la prevalencia de la hipotensión durante la HD.			
	Objetivo del Estudio	Describir de manera general los estudios que investigaron sobre la prevalencia de la hipotensión durante la HD.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	X	Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2019			
Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado				
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia				
	Escala (Validada/No validada)				

		Registro de datos cuantitativos	
		Técnicas cualitativas	
		Otras	X
	Población y muestra	No procede	
Resultados relevantes	Se identificaron un total de 4283 artículos en diferentes bases de datos. De estos se acabaron eliminando muchos ya que contenían información duplicada, entre otros motivos. Al final, se seleccionaron 26 artículos.		
Discusión planteada	Es difícil comparar los resultados de cada uno de los artículos seleccionados. Esto se debe a que los diferentes estudios no tienen el mismo número de participantes. Además, que la sintomatología varía mucho de entre un grupo de pacientes a otros ya que la información se recoge de manera diversa. Se hace hincapié en que los artículos seleccionados no describen de forma explícita y detallada el tipo de intervención a realizar con estos pacientes y sus síntomas. A pesar de lo mencionado, también existe información común. Por una parte, se sabe que la diabetes es un factor de riesgo importante, que puede generar muchas repercusiones. Las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir hipotensión durante las sesiones de HD. Esto se debe a que, generalmente, las mujeres pesan menos que los hombres.		
Conclusiones del estudio	La prevalencia de hipotensión, entendida cifras inferiores a 90/60, es de 11,6%. Menor que la establecida en otras revisiones que era de entre 20 y 30 %. La proporción de pacientes que sufren hipotensión durante HD varía mucho entre estudios. El riesgo de sufrir hipotensión arterial aumenta cuando el paciente presenta algún riesgo asociado, como puede ser: diabetes, ser mujer o menor peso corporal.		
Valoración (Escala Liker) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3	X	Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico

Bibliografía (revisión dirigida)	No/
---	-----

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna		
14		HD + dolor (complic.)		
Cita bibliográfica (Según APA)		Poza, M. G., & Parrado, M. C. R. (2017). Characterization of pain in the hemodialysis patient(Article) [Caracterización del dolor en el paciente en hemodiálisi. Enfermería Nefrológica, 20(4), 295–304.		
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	El dolor es un síntoma muy presente e individualizada, cuya percepción depende de muchas variables. Los pacientes con HD son muy susceptibles a padecerlo, tanto por los procedimientos invasivos como por las patologías asociadas que padecen. Entre el 50-70% de los pacientes en HD manifiestan sentir dolor. El más frecuente es el musculoesquelético. Es inevitable que este perfil de pacientes no sienta algún estímulo doloroso. Es importante conocer la intensidad, el tipo y la localización del dolor, para un mejor manejo.		
	Objetivo del estudio	Evaluar la prevalencia y las características del dolor de los pacientes en HD. <ul style="list-style-type: none"> • Describir la localización y el origen más frecuente del dolor del paciente en HD. • Caracterizar el dolor relacionado con el procedimiento de HD. • Valorar la repercusión del dolor en las actividades de la vida diaria (AVS) del paciente en HD. 		
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Estado actual del tema	Descriptivo	X
		Revisión histórica	Cualitativa	
	Año de realización	2017		
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	CBD Cuestionario de Dolor Español Escala EVA Índice de Katz ICC	
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia			
	Escala (Validada/No validada)			
	Registro de datos cuantitativos	Muestreo no probabilístico intencional		

		Técnicas cualitativas	
		Otras	
	Población y muestra	La población fueron pacientes con ERC avanzada en programa de HD periódicas. La muestra está formada por 134 pacientes, 81 hombres y 53 mujeres. Con una edad media de 68.05±13.77 años. Además, llevaban una media de 48 meses en HD.	
Resultados relevantes	En cuanto a la prevalencia de dolor, se obtuvo que el 69% de los pacientes dijo tener dolor. El grupo que presentó mayor dolor llevaba unos 54 meses en HD. Tras haber realizado el Índice de Katz, la mayor parte de los pacientes padecían dolor (56%) tenían una incapacidad moderada o severa. Al comparar la Intensidad Total (del cuestionario CDE) de dolor, las mujeres presentaron una mayor intensidad dolorosa que los hombres.		
Discusión planteada	El porcentaje de pacientes con HD que padecen dolor (cónico) es casi el doble si lo comparamos con la población general que presente dolor crónico. Además, este síntoma se acentúa con el aumento de la edad, las comorbilidades y el tiempo en tratamiento con HD (más tiempo, más dolor). El principal dolor es de origen musculoesquelético. Dentro de este, destacan los calambres, que son más frecuentes en miembros inferiores (MI). En ocasiones, la sensación de dolor viene condicionada por otros factores, como pueden ser: el estado de ánimo o el descanso, entre otros. La mayoría de los pacientes en HD tienen pautado tratamiento analgésico, para hacer frente a este problema. Aun así, un elevado porcentaje, en el momento de la entrevista, continuaba teniendo dolor.		
Conclusiones del estudio	La prevalencia de dolor en la muestra estudiada es elevada. Además, el dolor en paciente con HD está relacionado con: mayor edad; comorbilidad; y, grado de dependencia. El dolor más frecuente es el musculoesquelético, que se suele localizar en MI. El calambre muscular produce una percepción dolorosa muy intensa. Finalmente, el dolor afecta y repercute en las actividades de la vida diaria.		
Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	X	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados,

			Conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	NO		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna		
15		HD compl + calidad V		
Cita bibliográfica (Según APA)		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		
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	<p>El número de muertes derivadas de la ERC han aumentado durante los años. En Brasil, el número de centros de diálisis ha aumentado con el tiempo. La terapia que más realizan es la HD.</p> <p>La calidad de vida se puede entender como la percepción que tiene la persona sobre su vida, la cultura que le rodea y el valor que le da a cada cosa. Está relacionada con la salud mental, física y emocional. De manera, que el tipo de calidad de vida que tenga el paciente en HD va a acabar condicionando el tratamiento y los efectos de la enfermedad. La depresión juega un papel importante sobre la calidad de vida. Lo mismo ocurre con la adherencia al tratamiento. Falta información acerca de la relación entre calidad de vida y complicaciones renales de paciente en HD.</p>		
	Objetivo del estudio	Establecer la asociación entre la calidad de vida y la salud de los pacientes en HD con sus características sociodemográficas, clínicas, depresivas y con la adherencia al tratamiento.		
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Estado actual del tema	Descriptivo	X
		Revisión histórica	Cualitativa	
	Año de realización	2020		
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	X	
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia			
	Escala (Validada/No validada)			
	Registro de datos cuantitativos			
	Técnicas cualitativas			
	Otras	X		

	Población y muestra	Se seleccionaron a un total de 183 pacientes sometidos a HD.	
Resultados relevantes	<p>La mayoría de los participantes seleccionados tenían cerca de 60 años, eran hombres y vivían con su pareja e hijos. Más del 80% tenían una educación baja y estaban ya jubilados.</p> <p>Un tercio de estos tenían otras patologías asociadas y síntomas de depresión. La anemia también está muy presente entre los pacientes.</p> <p>Durante la sesión de HD destacan calambres e hipotensión como síntomas principales. También destaca el cansancio y la debilidad.</p>		
Discusión planteada	<p>Las dimensiones de la calidad de vida de los pacientes en HD se ven alteradas consecuencia de la gran cantidad de síntomas que presentan tanto antes como después de las sesiones de HD. El hecho de que su condición produzca una alteración sobre su estado físico, psicológico y emocional, genera que su calidad de vida disminuya. A esto también se suma el hecho de que les es difícil acceder a un puesto de trabajo.</p> <p>La depresión es un gran y frecuente patología en este perfil de pacientes. Puede llegar a condicionar su adherencia al tratamiento y a la hora de afrontar la situación. El dolor es bastante frecuente, sobre todo después de las sesiones de HD. Principalmente se localiza en MI, y lo describen como calambres intensos que no cesan.</p> <p>Pocos son los pacientes que tras las sesiones de HD no padecen ningún tipo de sintomatología.</p> <p>La adherencia farmacológica también juega un papel importante sobre la calidad de vida. Para fortalecer y asegurar que va a ser positiva, es indispensable que los pacientes reciban información y educación sobre la importancia de la adherencia, ya no solo farmacológica sino también en cuanto a ingesta sólida e hídrica.</p>		
Conclusiones del estudio	<p>La afectación de la calidad de vida de los pacientes que están sometido a HD está asociado con: síntomas depresivos, complicaciones derivadas de la enfermedad (infecciones), dolor, anemia y debilidad o cansancio. Todos estos factores también afectarán a la adherencia al tratamiento.</p> <p>Es importante planear las sesiones de diálisis de manera personalizada e integradora. En las que se complementen diferentes intervenciones con la finalidad de empoderar al paciente, hacerlo más autónomo y mejorar su salud psicoemocional.</p> <p>El conocimiento puede desarrollar acciones cuyo objetivo sea mejorar la calidad de vida de esta población.</p>		
Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio

	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	NO		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna		
16		PD manejo + CDV		
Cita bibliográfica (Según APA)		Pungchompoo, W., Parinyajittha, S., Pungchompoo, S., & Kumtan, P. (2020). Effectiveness of a self-management retraining program improving the quality of life of people receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. <i>Nursing and Health Sciences</i> , 22(2), 406–415. https://doi.org/10.1111/nhs.12672		
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	<p>La principal complicación de los pacientes en DP es la peritonitis. Principal motivo de hospitalización, fracaso del tratamiento e incluso muerte. Afecta a entre el 30 y el 80% de los pacientes. Además genera insomnio y disminuyen la calidad de vida.</p> <p>La DP requiere de un espacio en el domicilio en el que se pueda desarrollar la terapia. Esto puede repercutir sobre las relaciones sociales y aumentar el sentimiento de soledad.</p> <p>La peritonitis está relacionada con la baja educación, la higiene corporal y la coexistencia de condiciones de salud adversas. Es importante desarrollar programas educacionales para conseguir que los pacientes puedan manejar la terapia de manera autónoma. Los pacientes han de sentirse seguros de ellos mismos, y eso se consigue formándolos y proporcionándoles conocimientos suficientes.</p> <p>Cuanto más independientes sean y mayor control de la terapia y patología, mejor adherencia y menores efectos adversos derivados de la DP.</p>		
	Objetivo del estudio	Desarrollar y evaluar la efectividad de la SMRP para fortalecer el comportamiento sobre el autocuidado y la calidad de vida sobre personas que reciben DP.		
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Estado actual del tema	Descriptivo	
		Revisión histórica	Cualitativa	X
	Año de realización	2019		
Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado			
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia			
	Escala (Validada/No validada)			

		Registro de datos cuantitativos	
		Técnicas cualitativas	X
		Otras	
	Población y muestra	Participaron un total de 41 personas. Se establecieron dos grupos de manera aleatoria. 17 de estos participantes formaban parte del grupo experimental y 24 del grupo control.	
Resultados relevantes	<p>La puntuación sobre la percepción del propio manejo y eficacia, del grupo intervención, refleja una significativa diferencia en las 4 dimensiones: eficacia en cuanto a la comida, fluidos corporales, adherencia farmacológica y manejo de la enfermedad.</p> <p>Del grupo control destaca en cuanto a la gestión del rol. No destaca que exista alguna diferencia significativa entre los aspectos físicos y psicológicos.</p>		
Discusión planteada	<p>La SMEP es efectiva en cuanto a la mejora del manejo propio y repercute positivamente entorno a la calidad de vida. El hecho de controlar la situación les hace sentir capaces de realizar actividades que protejan y promuevan su estado de salud.</p> <p>La educación a los pacientes que se encuentran en DP es fundamental para conseguir autonomía y control de la terapia. Además, es un requisito para que sea exitosa. No solo hay que educar al paciente, sino a todo su círculo cercano.</p> <p>Si la educación del paciente es baja supondrá un factor de riesgo para la adherencia y cuidado sobre la DP.</p> <p>Más del 30% de los pacientes está desempleado, esto genera que económicamente estén muy limitados. Lo que dificulta la adherencia a la terapia. Normalmente, son personas que sufren más de una patología, lo que dificulta que encuentren un trabajo.</p> <p>Es importante que este perfil de paciente incorpore y desarrolle estrategias conductuales. Lo podrán conseguir si tienen cerca un equipo multidisciplinar que le apoye y acompañe en todo el proceso. Para mantener estas conductas, es importante que se mantenga la relación entre el paciente y los profesionales.</p>		
Conclusiones del estudio	<p>El hecho de incorporar SMRP generará beneficios incluyendo la autoeficacia y la mejora de la calidad de vida. Para conseguir la autonomía de los pacientes, que sepan controlar su comportamiento y la manera de afrontar la terapia, es fundamental que se desarrollen estrategias.</p> <p>Se pretende conseguir que los pacientes vayan dependiendo menos de los profesionales sanitarios, y a su vez, mejorar la rutina de cuidado personal y la calidad de vida de las personas que se encuentran en DP.</p>		
Valoración (Escala Liker) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	X	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con

			resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	NO		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna		
17		FAVI ingl		
Cita bibliográfica (Según APA)		Remuzzi, A., & Bozzetto, M. (2017). Biological and Physical Factors Involved in the Maturation of Arteriovenous Fistula for Hemodialysis. <i>Cardiovascular Engineering and Technology</i> , 8(3), 273–279. https://doi.org/10.1007/s13239-017-0323-0		
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	<p>A pesar de que se han creado muchos avances en el ámbito sanitario, las personas continúan viéndose afectadas por problemas renales. De entre todas las terapias renales sustitutivas, el 80% de los pacientes se encuentra en HD. Es un tratamiento eficaz ya que salva la vida de aquellas personas cuya función renal no es óptima.</p> <p>Los pacientes sometidos a esta terapia han de tener creado un acceso vascular que permita la extracción y administración de la sangre. En resumen, un acceso vascular que permita que la HD se pueda llevar a cabo.</p> <p>El AV de preferencia es la fistula arteriovenosa nativa, que se crea uniendo una vena y una arteria. Es más segura, ya que tiene menor riesgo de infección y de sufrir complicaciones que otro tipo de accesos (CVC y FAV protésica).</p> <p>Para asegurar la FAV nativa va a funcionar bien, se ha de dejar madurar por un período de tiempo. Puede tardar unas seis semanas.</p> <p>Puede ocurrir que AV sufra algún tipo de complicación y se vea comprometido su uso. Puede ser que se ocluya, se produzca una estenosis o trombosis en el propio AV.</p> <p>Entre el 25 o 60% de las FAV nativas primarias sufren algún tipo de alteración, las que acaban alterando su funcionamiento.</p>		
	Objetivo del estudio	Revisar los mecanismos físicos y biológicos relacionados con la maduración de la FAV.		
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Estado actual del tema	Descriptivo	X
		Revisión histórica	Cualitativa	
	Año de realización	2017		

	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	
		Escala (Validada/No validada)	
		Registro de datos cuantitativos	
		Técnicas cualitativas	
		Otras	X
	Población y muestra	No procede	
Resultados relevantes	<p>Los resultados indican que el modelo predice con buena precisión los cambios en el flujo sanguíneo después de la cirugía para crear la FAV nativa. Se realiza mediante la anastomosis de una vena y arteria determinados.</p> <p>Durante el proceso de maduración de este tipo de acceso venoso, el diámetro de los vasos sanguíneos que se unen puede ir variando. Si el diámetro de estos aumenta, también lo hace el volumen de flujo sanguíneo que circula en su interior.</p>		
Discusión planteada	<p>Si el flujo que circula en los vasos sanguíneos se altera, acabará repercutiendo en el proceso de maduración y remodelación de la FAV nativa, después de haber sido creada. Para evitar alteraciones de esta, es importante que el proceso quirúrgico se haga de la manera más adecuada posible.</p> <p>Se tiene que evitar la inestabilidad del volumen de flujo que hay dentro de la FAV, para así asegurarnos que madura sin incidencias. Si esto se consigue, las complicaciones de este acceso vascular (estenosis y trombosis) se verían disminuidos. También influye el tamaño y el diámetro de los vasos sanguíneos que se hayan seleccionado.</p> <p>Actualmente se han creado nuevos métodos para favorecer la anastomosis de ambos vasos. De igual forma, los procedimientos quirúrgicos van mejorando con los años, y realizando técnicas cada vez más innovadoras y menos invasivas.</p>		
Conclusiones del estudio	<p>La maduración de la FAV nativa sigue siendo todo un reto. Acaba generando un gran impacto sobre la salud del paciente y su calidad de vida. La maduración de este acceso depende del flujo que llegue hasta él. Ya que las células sanguíneas participan activamente en este proceso.</p> <p>Las FAV nativas que acaban fallando tienen en común que hay fluctuaciones en el flujo sanguíneo, en intensidad y dirección. Esto genera cambios y alteraciones en las células que participan en el proceso de maduración del acceso vascular.</p> <p>Se tienen que crear procesos quirúrgicos que aumenten los niveles o porcentajes de FAV nativas maduras. Además, de que disminuya el riesgo de que fallen de manera temprana.</p>		
Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	X	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica

	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	NO		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna		
18		TRS + sex		
Cita bibliográfica (Según APA)		Tomás, P. A., Ortells, E. M. R., Oset, M. M., García, V. C., & González, N. P. (2016). Disfunción sexual y calidad de vida según el tipo de tratamiento renal Sustitutivo. <i>Enfermería Nefrológica</i> , 19(4), 342–348. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000400005&lang=es%0Ahttp://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v19n4/05_original2.pdf		
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	<p>La ERC, sobre todo cuando se manifiesta en estadios avanzados, produce alteraciones tanto físicas como mentales. La calidad de vida de estos pacientes se ve afectada por un gran número de factores, entre los que destacan: factores sociodemográficos, efectos adversos de la propia patología y la presencia de otras patologías cuyos síntomas se suman a los que ya presentan.</p> <p>Todas las terapias renales impactan en la vida del paciente, aunque con una intensidad diferente.</p> <p>Las disfunciones sexuales es una de las alteraciones más frecuentes que sufren. Estas se pueden producir por un gran número de factores: ansiedad, depresión, baja autoestima o alteraciones físicas.</p> <p>Las mujeres y los hombres, cuando están en HD sobre todo, sufren alteraciones hormonales. Además de, disminución de la libido, el cansancio o hipotensión tras las sesiones.</p> <p>Dos patologías que afectan directamente a la sintomatología que presentan los pacientes, y por ende, aumentan las disfunciones sexuales, son la DM y la HTA.</p> <p>Las disfunciones sexuales son un problema que se ha de abordar por las instituciones sanitarias ya que afecta directamente a la salud de las personas.</p>		
	Objetivo del estudio	<p>Saber cómo influyen otras enfermedades sobre los problemas relacionados con la sexualidad en pacientes que están sometidos a algún tipo de terapia renal.</p> <p>Evaluar la afectación de la actividad sexual de los pacientes que están en HD.</p>		
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	

		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Estado actual del tema	Descriptivo	X
		Revisión histórica	Cualitativa	
	Año de realización	2016		
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	X	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia		
		Escala (Validada/No validada)		
		Registro de datos cuantitativos		
		Técnicas cualitativas		
		Otras		
	Población y muestra	Participaron 72 pacientes, la mayoría de estos (65,3%) sometidos a HD. Tenían entre 26 y 88 años.		
Resultados relevantes	<p>Los pacientes que se encuentran en HD se encuentran más limitados para realizar esfuerzos físicos. Además, este perfil de pacientes también tiene mayor dificultad para realizar ejercicio menos intenso.</p> <p>Tanto pacientes en DP como en HD manifiestan haberse sentido desanimados en algún momento del día.</p> <p>Los pacientes que se encuentran en HD son los que más problemas y consecuencias han identificado o sufrido en la actividad sexual. Además, son el grupo que menos disfruta del sexo (55,4% HD frente a 62,5% DP).</p>			
Discusión planteada	<p>Las alteraciones en la esfera sexual pueden acabar repercutiendo sobre la calidad de vida y la salud del paciente. El 75% de las personas que se encuentran en HD presentan algún tipo de disfunción sexual.</p> <p>Es importante que los pacientes con enfermedad renal gocen de una buena salud para que así su calidad de vida se vea lo menos afectada posible.</p> <p>Lo que más afecta a la sexualidad es el estado físico del paciente y las consecuencias que genera el tratamiento, con respecto a la actividad y deseo sexual.</p> <p>Los pacientes que realizan DP tienen más calidad de vida y mayor autocontrol de la patología. Aunque, esto no los exime de sufrir dificultades para disfrutar de la esfera sexual. En muchos casos, estas afectaciones se producen por tener insertado un catéter en la zona abdominal y porque se les va acumulando fluido en esa misma zona, lo que hace más complejo que se lleven a cabo relaciones sexuales.</p>			
Conclusiones del estudio	<p>La presencia de disfunciones sexuales en pacientes que se encuentran en algún tipo de terapia renal sustitutiva es elevada.</p> <p>Los pacientes que se encuentran en HD tienen más complicaciones, tanto para poder realizar actividades sexuales como ganas de llevarlas a cabo. Esto se debe a dos cosas, primero al estado físico en el que se encuentran y la sintomatología que deriva de este, y el impacto que genera la enfermedad tanto a nivel emocional como psicológico.</p>			
Valoración (Escala Likert)	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro	

Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 2		estudio (valorar su exclusión)
	Likert 3		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	NO		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna			
19		Satisfacción HD con enfermería			
Cita bibliográfica (Según APA)		Turrado, M. S., Pérez, L. G., Domínguez, C. C., & Paciente, S. D. E. L. (2017). Factores que influyen en la satisfacción del paciente de diálisis con enfermería. 20(1), 66–75.			
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	El paciente, quien es el centro y foco de todo el sistema sanitario, tiene el derecho de ser atendido y de proporcionarle los cuidados que precisa. Por lo que su opinión sobre el sistema sanitario es fundamental para que este pueda avanzar. La satisfacción del paciente se forma a partir de las expectativas con las que iba y la percepción que ha tenido tras haber sido atendido. En función de la frecuencia con la que acuden al sistema sanitaria, su percepción de este cambiará. Los cuidados de enfermería tienen un papel importante en la satisfacción del paciente, por lo que marcarán la calidad de estos y de la atención que les proporcionan. En este artículo se evalúan aspectos menos objetivos, ya que se busca conocer cuál es la satisfacción de los pacientes sometidos a HD.			
	Objetivo del estudio	Analizar desde la perspectiva del paciente qué percepción tiene de la terapia de HD.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	

		Estado actual del tema	Descriptivo	
		Revisión histórica	Cualitativa	X
Año de realización	2017			
Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado			
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia			
	Escala (Validada/No validada)			
	Registro de datos cuantitativos			
	Técnicas cualitativas		X	
	Otras			
Población y muestra	Participaron 7 pacientes, que fueron seleccionados de manera intencionada. Acudían a las sesiones de HD en el hospital.			
Resultados relevantes	<p>Se puede destacar que los pacientes se sienten satisfechos con respecto al trato y a los cuidados que le proporcionan las enfermeras en las sesiones de HD. Sienten que son tratados con cercanía y cariño. Eliminando la jerarquía existente y siendo tratados como iguales.</p> <p>Las enfermeras no solo se interesan por la esfera de la salud y de la terapia renal, sino que conciben que son personas que tienen vida más allá del hospital. Tienen interés notable en cuanto a su vida.</p> <p>A pesar de que padecen una enfermedad compleja y muy condicionante, las enfermeras se encargan de mantener su bienestar y de crear lazos, más allá de lo profesional, con este perfil de pacientes.</p>			
Discusión planteada	<p>El diseño de esta investigación permite conocer con profundidad la perspectiva de los pacientes en cuanto al trato y atención por parte de los profesionales enfermeros. Es esencial conocer la opinión de los pacientes que acuden al sistema sanitario para saber si éste funciona de manera adecuada o no.</p> <p>La satisfacción de los pacientes en HD con las enfermeras que los tratan es alta. Las conocen, conocen su nombre y no se centran en mantener una relación exclusivamente profesional. Se sienten bien porque los ven no solo como personas enfermas, sino como humanos.</p> <p>El hecho de que se cree una buena relación entre ambas partes permite que confíen y escuchen lo que las enfermeras les dicen. Conocerlas ayuda a que hagan caso a todo lo que éstas les recomiendan. Y esto también, facilita el desarrollo de técnicas invasivas ya que el ambiente será más acogedor.</p> <p>Los pacientes sometidos a HD se sienten seguros estando con las enfermeras. Esto se debe a todo lo mencionado hasta el momento.</p> <p>No siempre esto ocurre como a ambas partes les gustaría, ya que hay factores externos que repercuten. La falta de personal es uno de ellos ya que las enfermeras no pueden dedicar el tiempo que cada paciente necesita. Ya no solo para completar la sesión, sino también para sentirse apreciados y respaldados por quienes los atienden.</p>			
Conclusiones del estudio	<p>Desde una perspectiva general, se puede decir que los pacientes sometidos a HD están satisfechos con la atención y el cuidado que las enfermeras les proporcionan. Destacan la buena relación que se crea entre ellos, y que no se centran únicamente en su salud y en la terapia, sino que entienden que en su vida hay más cosas.</p> <p>El hecho de tener buena relación ayuda a que los pacientes acaben teniendo confianza en que el trabajo de las enfermeras es el más adecuado. Se sienten seguros.</p>			

Valoración (Escala Liker) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	NO		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna			
20		Terapia cognitiva – comportamental HD			
Cita bibliográfica (Según APA)		Valsaraj, B. P., Bhat, S. M., Prabhu, R., & Kamath, A. (2021). <i>يولكلا ليسغلبا ماز تلالا بلع فير علما يك ولسلا جلا علا يرتتأ لوح عباتم قسارد</i> . 21(February), 58–65.			
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	La ERC es una de las más frecuentes en todo el mundo. Este perfil de pacientes tiene mayor riesgo de sufrir afectaciones cardíacas debido a fluctuaciones en la tensión arterial o glucemias elevadas. Con el paso de los años, la diálisis se ha convertido en la terapia más utilizada. La adherencia al tratamiento es difícil ya que conviven con muchas restricciones que limitan su día a día. Esto genera que la probabilidad o riesgo de muerte sea más alto. De manera, que repercute directamente en la calidad de vida de los pacientes. Para que los pacientes cumplan con lo establecido por los profesionales sanitarios, es importante que se desarrollen intervenciones conductuales y comportamentales. Esta es un tipo de psicoterapia que se encarga de eliminar los pensamientos negativos para así empoderarlos y generar cambios positivos.			
	Objetivo del estudio	Examinar el efecto de la terapia comportamental - cognitiva en la adherencia de los pacientes en HD.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	X
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	

		Estado actual del tema	Descriptivo	
		Revisión histórica	Cualitativa	
Año de realización	2021			
Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado			
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia			
	Escala (Validada/No validada)			
	Registro de datos cuantitativos			
	Técnicas cualitativas		X	
	Otras		X	
Población y muestra	Se incluyen 67 pacientes en HD. Tenían una edad de entre 43 – 65 años.			
Resultados relevantes	<p>A los seis meses, se observaron los siguientes aspectos: reducción del peso corporal, de la presión sistólica y diastólica. Por otra parte, aumentaron los parámetros de hemoglobina y la adherencia a la diálisis, líquidos y dieta.</p> <p>Las diferencias con respecto a la línea de base fueron significativamente mayores en el grupo experimental que en el control.</p>			
Discusión planteada	<p>La terapia cognitiva – comportamental es un mecanismo que permite o favorece la adherencia a la terapia de HD. Tienen impacto significativo sobre lo que se le ha recomendado seguir, como puede ser la dieta, fármacos y fluidos.</p> <p>En este estudio se muestra que los pacientes pueden planificarse su propia dieta de una manera más segura, gracias a la terapia cognitiva y comportamental. Esto les ayuda a sentirse mejor con ellos mismos y desaparecen los sentimientos de desesperanza y desatención.</p> <p>La terapia cognitiva y comportamental también es efectiva en pacientes sometidos a DP, favoreciendo y permitiendo su adherencia a éste.</p> <p>El yoga también puede ser una actividad efectiva para disminuir los valores de tensión arterial.</p>			
Conclusiones del estudio	<p>La terapia cognitiva y comportamental, usada como una terapia adyuvante a la HD, se demuestra que mejora la diálisis, dieta y la adherencia al tratamiento. Además, también regula factores psicológicos.</p> <p>La terapia cognitiva – comportamental se recomienda en aquellos pacientes que tengan ERC, con la finalidad de favorecer y fomentar su adherencia.</p>			
Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)	
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica	

	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	NO		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna		
21		HD; apoyo vida		
Cita Bibliográfica (Según APA)		Vázquez Espinoza, J. A., Velasco Rodríguez, R., Moreno, N. A., Gicela, M., Hernández, P., Casique, L. C., Antonio, J., & Espinoza, V. (2017). Apoyo educativo y patrón de vida en el paciente con tratamiento de hemodiálisis Educational support and pattern-of-life in the patient treated with hemodialysis. 28–36.		
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	<p>El autocuidado es una función que deben llevar a cabo las personas de manera independiente, con la finalidad de mantener su vida, desarrollo y salud. Los enfermeros deben saber y entender los factores condicionantes individuales, para así mejorar su ayuda y colaborar en el autocuidado terapéutico.</p> <p>Estos profesionales tienen que ir valorando e identificando las necesidades de autocuidado en función del estado de salud del paciente.</p> <p>El patrón de vida de los pacientes en HD se ve alterado durante este proceso ya que sufren efectos propios de la enfermedad.</p> <p>Es esencial que enfermería adopte un papel determinante en la educación sanitaria del paciente, con la finalidad de que sea responsable de su propio patrón de vida protector.</p>		
	Objetivo del estudio	Determinar la influencia del apoyo educativo de enfermería en el patrón de vida del paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento de HD.		
0Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Estado actual del tema	Descriptivo	X
		Revisión histórica	Cualitativa	
	Año de realización	2017		
Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario	validado		

		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	X
		Escala (Validada/No validada)	
		Registro de datos cuantitativos	
		Técnicas cualitativas	
		Otras	Estadística descriptiva y prueba de Wilcoxon
	Población y muestra	Población de estudio formada por 22 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y que acudían a tratamiento el Centro Estatal de Heosiálisis de la ciudad de Colima, México. Personas de ambos géneros hemodinámicamente estables, sin terapia nutricional ni episodios de infección vigentes.	
Resultados relevantes	El 68,1% de los pacientes se encontró económicamente activo. El 95,5% profesan la religión católica. Se encontró que el 77,3% de los pacientes tiene primaria o secundaria terminada. La edad promedio de los pacientes que participan en este estudio es de 36.4 ± 16.7 años. Y, el tiempo promedio es de 20.6 ± 15.6 meses de tratamiento en el programa de hemodiálisis.		
Discusión planteada	<p>Los pacientes con HD sufren alteraciones en su patrón de vida social, restricción hídrica y repercusiones en su estado de ánimo, y a nivel económico. Una vez que esto ocurre, es necesario que los profesionales enfermeros dediquen tiempo a proporcionarles educación sanitaria. Y así, puedan conseguir adaptarse y conocer sus nuevas necesidades.</p> <p>Antes de proporcionar estrategias educativas, es importante conocer el perfil socioeconómico y educativo de los pacientes para poder adaptar las directrices e instrucciones.</p> <p>Cuanto mayor sea el nivel de escolaridad y menor el tiempo de permanencia en tratamiento de HD, mayor es la supervivencia del paciente.</p> <p>A pesar de que la ERC produce una alteración de la calidad de vida y la adherencia al tratamiento, la intervención educativa por parte de los enfermeros ayuda a minimizar el riesgo.</p> <p>Cuanto menos limitado sean sus conocimientos sobre su propio autocuidado, mayor adherencia al tratamiento; disminución de las complicaciones agudas; menos ingresos no programados; y, sobre todo, mejor calidad de vida.</p> <p>La inserción laboral o las terapias ocupacionales también pueden ser un beneficio para su calidad de vida.</p> <p>Teniendo en cuenta, que los enfermeros pasan mucho tiempo con el paciente durante los días de HD, son los más indicados y tienen la valiosa oportunidad para educar al paciente favoreciendo e incentivando las conductas de autocuidado.</p>		
Conclusiones del estudio	Con este artículo queda evidenciada la influencia positiva que el apoyo educativo tiene en el patrón y calidad de vida de los paciente en HD para favorecer conductas de autocuidado.		

Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	NO		

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna			
22		Seguridad D domicilio			
Cita Bibliográfica (Según APA)		Virtanen, H., Tuominen, R., Kiukainen, S., Koskinen, J., Koskenniemi, J., Laulaja, J., Numanovic, V., & Leino-Kilpi, H. (2019). Experiences of safety among patients receiving home dialysis therapies. <i>Journal of Renal Care</i> , 45(4), 223–231. https://doi.org/10.1111/jorc.12298			
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	Aquellos aspectos que se asocian con el manejo de la diálisis y el cuidado, sobre todo si se realiza en el domicilio. Estos pacientes tienen un nivel elevado de ansiedad y depresión, ya que conviven con preocupación en cuanto al desarrollo de la enfermedad y por la incertidumbre sobre lo que pasará en el futuro. Los sentimientos y experiencias de los pacientes vienen determinadas por las habilidades de los profesionales de enfermería. Es importante que al comienzo de la terapia de diálisis se sientan cuidados y tratados por los profesionales.			
	Objetivo del estudio	Analizar la experiencia de los pacientes sobre la seguridad que sienten estando en diálisis. Y exponer los factores que dificultan o debilitan su seguridad.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	X

		Revisión histórica	Cualitativa		
Año de realización	2019				
Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado				
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia		X		
	Escala (Validada/No validada)				
	Registro de datos cuantitativos				
	Técnicas cualitativas				
	Otras				
Población y muestra	Los participantes en este estudio fueron 70 personas que acudían a las sesiones de HD en un hospital universitario del sur de Finlandia.				
Resultados relevantes	<p>Los participantes tenían entorno a 63 años. La temática que se analiza proporciona tres factores que repercuten sobre la percepción de los pacientes entorno a su seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacerlos competentes de su propio cuidado en el momento de la diálisis • Personal competente en la diálisis y su cuidado. Siempre favoreciendo el estado de salud de los pacientes. Al igual, que identificar los factores que lo debilitan. • La incertidumbre de vivir con la enfermedad renal crónica. Insuficiente educación e incerteza en el momento de poner en marcha la terapia y el tratamiento 				
Discusión planteada	<p>Se analizan los factores que debilitan y fortalecen la experiencia o percepción de los pacientes entorno a su seguridad. Que el paciente se sienta seguro depende de la relación de éste con su propio cuidado y el apoyo que reciba por parte de otras personas.</p> <p>Es muy importante la propia capacidad de los pacientes, el conocimiento que dispongan y las estrategias relacionadas con el empoderamiento.</p> <p>Se tiene que empoderar a los pacientes en cuanto a su estado de salud.</p> <p>También es imprescindible que dispongan de un buen apoyo familiar. Todo esto mejora el tratamiento con diálisis. Es muy importante que los profesionales dispongan de herramientas y habilidades, y que individualicen el tratamiento y los cuidados.</p> <p>Los pacientes sometidos a diferentes fases de diálisis la perciben como segura. Aunque, cuanto más tiempo esté sometido a esta terapia peor va a ser su percepción de ella.</p>				
Conclusiones del estudio	<p>Con este artículo se pretende visualizar la seguridad que perciben los pacientes en relación con la diálisis. Sobre esto influyen muchos factores que pueden ser que sea positiva o no.</p> <p>Los pacientes tienen necesidades en cuanto al cuidado y al tratamiento, que afectará y conformará la percepción de este colectivo sobre la seguridad que sienten.</p>				

Valoración (Escala Liker) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	X	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	NO		