

## EFFECTOS DE LA HEMODIÁLISIS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS

### EFFECTS OF HEMODIALYSIS ON PATIENT QUALITY OF LIFE

**Claudia Pérez\***

Enfermera Matrona, especialista en Enfermería Nefrourológica, Magíster en Psicología, UC., Directora carrera de Enfermería, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Santiago - Chile

**Angelina Dois**

Enfermera Matrona, especialista en terapia familiar y de parejas, Magíster en Psicología, UC., Profesora Asociada Departamento de Salud del Adulto y Senescente, Escuela de Enfermería, UC. Santiago - Chile

**Lorena Díaz**

Enfermera, UC., Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago - Chile

**Priscila Villavicencio**

Enfermera, UC., Enfermera clínica, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago - Chile

---

Artículo recibido el 1 de junio, 2009. Aceptado en versión corregida el 20 de junio, 2009

#### RESUMEN

*La hemodiálisis es el tratamiento de elección para la insuficiencia renal crónica terminal. Sin embargo, las personas viven la ambivalencia de beneficiarse con el tratamiento médico, experimentando diversas limitaciones en la calidad de vida. La presente revisión tiene por objetivo conocer el impacto del tratamiento y la enfermedad en la calidad de vida de las personas con insuficiencia renal crónica terminal, para contribuir al conocimiento de la profesión de enfermería, de manera de promover intervenciones adecuadas para el cuidado de estas personas en las diferentes unidades de hemodiálisis. Metodología: se realizó una búsqueda en bases de datos científica, cuyos límites incorporaron la revisión de artículos con menos de 10 años de antigüedad, de acceso libre y texto completo. Se rescataron 39 artículos para la revisión. Conclusión: a partir de la evidencia revisada se concluye que estos usuarios tienen mala calidad de vida, asociada a diferentes factores y, por lo tanto, es frecuente que desarrollen distintos grados de dependencia a los profesionales de salud en el curso de la enfermedad, necesitando intervenciones específicas, las cuales se deben basar en los modelos y teorías de enfermería o ciencias afines. **Palabras clave:** hemodiálisis, calidad de vida, percepción de calidad de vida, insuficiencia renal crónica terminal, enfermería y cuidado de enfermería.*

#### ABSTRACT

*Hemodialysis is the treatment frequently used for end-stage renal insufficiency. People with hemodialysis live the ambivalence of benefiting from medical treatment but also experiencing diverse limitations in their quality of life. The aim of this study is to understand the impact of hemodialysis and illness on the quality of life of people with end-stage renal insufficiency in order to contribute to nursing knowledge in order to promote interventions adapted to the care of these people in different hemodialysis units. Methods: a scientific database search was conducted with the following limits; articles less than 10 years old and free full text access. Of these 39 articles were used in this revision. Conclusions: Evidence demonstrates that these persons have poor quality of life, associated with different factors. Therefore, these patients frequently develop distinct levels of dependency on health-care professionals during the course of their illness, requiring specific interventions which should be based on nursing models and theories, or those of other sciences. **Key words:** hemodialysis, quality of life, perception of quality of life, chronic renal insufficiency, nursing and nursing care.*

---

\* correspondencia e-mail: claudiapereza@udd.cl

## INTRODUCCIÓN

El aumento de las enfermedades crónicas es uno de los cambios más significativos del perfil epidemiológico mundial (Ministerio de Salud [MINSAL], 2004).

Entre estas se encuentra la Insuficiencia Renal Crónica [IRC] definida como una situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo, a la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/o hereditario como adquiridas (MINSAL, 2004); y puede evolucionar a Insuficiencia Renal Crónica Terminal [IRCT], constituyéndose en un problema de salud pública, con una incidencia y prevalencia creciente, pronóstico pobre y alto costo, ya que requiere tratamiento de sustitución por diálisis o trasplante renal (MINSAL, 2004).

En Estados Unidos la prevalencia de IRCT es de 1.131 personas por millón de habitantes, la incidencia es de 296 nuevos casos por año por millón (MINSAL, 2004) y es la responsable de la hemodiálisis de más de 300.000 personas (Al-Arabi, 2006; Fowler & Baas, 2006).

En Chile se observa un aumento progresivo del número de personas que necesitan hemodiálisis crónica, con un aumento en 14% entre 2003 y 2005, lo que produce un problema que impacta a la persona, su familia y a las políticas públicas de salud (Sociedad Chilena de Nefrología, 2005a).

El siglo XX se caracterizó por grandes avances científico-tecnológicos. En diálisis esto incluyó el mejoramiento de la calidad de máquinas, filtros e insumos, tratamiento de la anemia y osteodistrofia renal, lo que hacía suponer una derrota a la enfermedad; sin embargo, sus implicancias siguen siendo un problema de gran magnitud, tanto en Chile como en el resto del mundo (Catoni, 2001; Zúñiga, 2004).

La persona en tratamiento con diálisis no lleva una vida normal. La hemodiálisis es un tratamiento desagradable que implica procedimientos invasivos y dependencia a una máquina para poder vivir, lo que altera las actividades cotidianas y provoca cambios psicológicos, sociofamiliares, eco-

nómicos y laborales importantes y un deterioro significativo en la calidad de vida de la persona y su familia (Hurtado, Enamorado, Oteroy & Bohórquez, 2000).

Es por esto que la persona requiere adaptarse a su nueva condición de vida a través de procesos de ajuste psicológico orientados al aumento de la sobrevida y a mejorar la calidad de esta (Hidalgo, 1997). A pesar que la diálisis ayuda a sostener la vida, la enfermedad sistémica subyacente responsable de la falla renal continúa progresando y afectando otros órganos y sistemas. Es así que la diálisis mejora la sobrevida, pero no necesariamente lo que la persona considera calidad de vida (Rodríguez, Castro & Merino, 2005; Sociedad Chilena de Nefrología, 2005a), y se constituye en un desafío para enfermería en relación a la gestión del cuidado, para brindar una atención integral al usuario y su familia (Contreras, Rivero, Jurado & Crespo, 2004).

La relevancia de la evaluación de calidad de vida en personas en tratamiento con hemodiálisis radica en que esta puede convertirse en un objetivo terapéutico, cuya finalidad sea la mantención o restauración de la misma (Rebollo, Bobes, González, Saiz & Ortega, 2000; Rodríguez et al., 2005).

La presente revisión de literatura tiene como propósito analizar el impacto del tratamiento con hemodiálisis en la calidad de vida de las personas con insuficiencia renal crónica terminal, a través de investigaciones cuantitativas y cualitativas que contribuyan al conocimiento de la profesión de enfermería, de tal manera de promover intervenciones adecuadas para el cuidado de las personas con enfermedad renal crónica en las diferentes unidades de hemodiálisis. Para esto, se formuló la siguiente pregunta: ¿Cuál es el impacto del tratamiento con hemodiálisis en la calidad de vida de las personas con insuficiencia renal crónica terminal?

El objetivo general fue conocer el impacto que tiene la hemodiálisis en la calidad de vida de las personas con insuficiencia renal

crónica terminal. Los objetivos específicos fueron: conocer la percepción de calidad de vida de los usuarios con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis; analizar la evidencia cuantitativa y cualitativa disponible en relación al impacto del tratamiento con hemodiálisis en la calidad de vida de las personas con insuficiencia renal crónica terminal; y analizar, según la evidencia disponible, los cuidados de enfermería de las personas con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis.

### **METODOLOGÍA**

Para realizar la presente revisión de literatura se realizó el análisis de 39 estudios de investigación desarrollados en diversos países. Los límites de la búsqueda fueron estudios de investigación con metodologías cuantitativas y cualitativas en idioma inglés y español desarrollados entre los años 1995-2005, que se encontraban disponibles a texto completo en las bases de datos PROQUEST, MEDLINE, PUBMED, CINHAI y SCIELO. Las palabras clave utilizadas en inglés y español fueron: hemodiálisis, calidad de vida, percepción de calidad de vida, insuficiencia renal crónica, enfermería, cuidados de enfermería.

### **Calidad de vida (CV)**

La CV puede definirse como la evaluación subjetiva sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para él y que afectan a su estado general de bienestar (Álvarez-Ude, 2001).

Dentro de sus características se considera que es **universal**, ya que sus dimensiones son comunes a diversas culturas, y a la vez **subjetivo**, ya que cada persona tiene su propio concepto sobre su vida y la calidad de esta. Es, además, **dinámico y temporal**, se modifica en el tiempo, según los cambios en las expectativas y aspiraciones de las personas en relación a la edad, ciclo vital, contexto, etapa de la enfermedad que cursa, etc.; es **holístico**, ya que incluye todos los aspectos

de la vida e **interdependiente**, ya que estos se relacionan de forma que cuando una persona se encuentra mal físicamente, le repercute en los aspectos afectivos, psicológicos y sociales (Felce & Perry, 1995; Jofré, López & Rodríguez, 1999; Schwartzmann, 2003).

**Dimensiones de la calidad de vida.** La calidad de vida es un constructo multidimensional que incluye la percepción del estado y funcionamiento a nivel físico, la enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento, la percepción del funcionamiento psicológico secundarios a la enfermedad como al tratamiento, el funcionamiento social y estado espiritual, existencial, sexualidad, imagen corporal y satisfacción con los cuidados recibidos (Bowling, 1994).

**Calidad de vida en personas sometidas a hemodiálisis.** Actualmente la atención en salud se orienta a recuperar la enfermedad y también a mejorar la CV (Jofré, 1999; Oblitas, 2004; Vinokur & Bueno, 2002). Los indicadores tradicionales de morbi-mortalidad son insuficientes para comprender el impacto de los tratamientos, por lo que deben considerarse indicadores de CV en el seguimiento de los pacientes en hemodiálisis debido a la relación entre esta y la morbi-mortalidad. La evidencia muestra una sobrevida mayor en personas con mejor CV y menor morbilidad (Jofré, 1999; Jofré et al., 1999; Rebollo et al., 2000).

En el caso de la IRCT, el inicio de la diálisis supone para la persona la exposición a distintas fuentes de ansiedad: dependencia a una máquina y al equipo médico, restricción dietética, tratamiento multifarmacológico, complicaciones derivadas del acceso vascular y dificultad para replantear y planificar su futuro. La respuesta del individuo frente a este estrés puede ser la irritabilidad, depresión y ansiedad, las cuales van influir directamente en la calidad de vida (Martín et al., 2004; Vinokur & Bueno, 2002).

La evidencia acumulada ha permitido establecer que la CV en personas hemodializadas es más baja que en población en general, potenciándose esta condición en re-

lación al tiempo de tratamiento e incidiendo negativamente en los aspectos emocionales (Arenas et al., 2004; García, Fajardo, Guevara, González & Hurtado, 2002), de salud mental (Mittal, Harem, Flaster, Maesaka & Fishbane, 2001; Mollaoglu, 2004) y en las dimensiones física y de vitalidad (De Castro, Santesso, Draibe & Fernández, 2003; Martín et al., 2004; Rodríguez et al., 2005).

La investigación en la calidad de vida de las personas con insuficiencia renal ha permitido reconocer la influencia de ciertos elementos tales como:

### Factores sociodemográficos

**Edad.** A mayor edad la CV de las personas hemodializadas empeora (Álvarez-Ude, 2001; Arenas et al., 2004; Chiang et al., 2004; Mittal et al., 2001), afectando la dimensión física, funcional y psicosocial (Baiardi et al., 2002; Kimmel & Levy, 2003; Ruiz, Román, Martín, Alférez & Prieto, 2003; Vinokur & Bueno, 2002). No obstante, esta mejora a partir de los 65 y 75 años, respectivamente (Álvarez-Ude, 2001; Mittal et al., 2001), debido a que los adultos mayores se adaptarían mejor al proceso de enfermedad terminal (Mittal et al., 2001), mejorando las dimensiones laboral, familiar y sexual, debido a que encontrarían fuentes de contacto social y apoyo en las unidades de diálisis donde son atendidos (Álvarez-Ude, 2001; Rebollo et al., 2000).

**Estado civil.** Está demostrado la relación entre estado civil, apoyo social y CV en usuarios hemodializados. Las personas casadas disponen de mejores condiciones de apoyo social y familiar, que viudas, solteras y/o divorciadas, lo que influye significativamente en el afrontamiento de la enfermedad y tratamiento (Álvarez-Ude, 2001; Arechabala, Palma & Catoni, 2002; Arenas et al., 2004).

**Género.** Algunos investigadores demostraron una asociación entre género femenino y mala CV durante el tratamiento con hemodiálisis (Arenas et al., 2004; Chiang et al., 2004; Kimmel & Levy, 2003; Mittal et al., 2001; Mo-

reno et al., 2004; Vásquez et al., 2004). Apparently, esta situación se debería a que estas tendrían menor capacidad de adaptación a la IRCT (Chiang et al., 2004) y a la existencia de factores biológicos, culturales y psicológicos (Arenas et al., 2004; Mittal et al., 2001). Los síntomas ansiosos y depresivos fueron las únicas variables que explicaron las diferencias en la calidad de vida entre los géneros (Vásquez et al., 2004).

**Nivel socioeconómico y educacional.** El nivel educacional se relaciona con el grado de información que maneja el usuario sobre su enfermedad y tratamiento, con un efecto positivo sobre las dimensiones físicas y psicosociales de la CV (Jofré, 1999; Kimmel & Levy, 2003). Niveles bajos contribuyen al deterioro de la CV (Álvarez-Ude, 2001; Mollaoglu, 2004), a diferencia de lo que ocurre en los niveles socioeconómicos y educacionales más altos.

**Situación laboral.** El trabajo activo es un factor protector de la CV; sin embargo, la progresión de la patología va determinando la manifestación de limitaciones físicas que obstaculizarían el desempeño laboral (Álvarez-Ude, 2001; Arenas et al., 2004; Jofré et al., 1999; Mollaoglu, 2004; Rebollo et al., 2000; Rodríguez et al., 2005).

### Factores psicosociales

**Apoyo social y familiar.** Se ha demostrado que las personas con apoyo social y familiar tienen mejor CV (Ortega & Martínez, 2002; Rebollo et al., 2000).

**Ansiedad y depresión.** Los usuarios hemodializados tienen 10% más de probabilidad de desarrollar depresión que la población en general (Mollaoglu, 2004). Los trastornos depresivos y ansiosos influyen en la percepción del estado de salud y la progresión de la enfermedad, lo que favorece el deterioro de la CV (Álvarez-Ude et al., 1999; Álvarez-Ude et al., 2001; Amigo, Fernández & Pérez, 2003; Cruz, Piera, Braga-Gresham, Feldman & Port, 2003; García et al., 2002; Martín et al., 2004; Vásquez et al., 2004).

## Factores clínicos

**Comorbilidad.** El desarrollo de patologías crónicas concomitantes influyen en la sobrevivencia y en el deterioro de la CV de los hemodializados (García et al., 2002; Martín de Francisco, 1998). Las enfermedades crónicas concomitantes predominantes son diabetes mellitus, hipertensión arterial y cardiopatías coronarias, con prevalencias prospectivas del 22,3%, 48,6% y 7,7%, respectivamente (Sociedad Chilena de Nefrología, 2005b). La comorbilidad con diabetes en la mayoría de los estudios se asocia a percepciones significativamente peores en la CV (De Castro et al., 2003; Kimmel & Levy, 2003; Vázquez et al., 2004).

**Síntomas físicos.** Los síntomas como cansancio, sed, dolores osteoarticulares, insomnio, hipotensión, calambres y cefaleas, entre otros, se asocian a menor CV. Este hallazgo es importante, puesto que las personas que presentan síntomas físicos durante o después del procedimiento pasan las siguientes horas incapacitadas para realizar una actividad normal (Hurtado et al., 2000; Rebollo et al., 2000).

**Nivel de hematocrito y hemoglobina.** La anemia es responsable en gran medida de síntomas físicos como fatiga, debilidad, anorexia, trastornos del sueño, etc. Las personas tratadas con eritropoyetina refieren aumento de la energía y apetito, disminución de los trastornos del sueño y síntomas físicos y menor sintomatología depresiva, con un efecto beneficioso directo sobre las dimensiones física y psicosocial de la CV (Álvarez-Ude et al., 1999; Gregory, 2003).

**Nutrición.** El grupo más vulnerable de sufrir alteraciones nutricionales es aquel que presenta un apetito pobre que lleva a niveles bajos de proteínas totales, albúmina y hemoglobina (Kalantar-Zadeh, Block, McAllister, Humphreys & Kopple, 2004), registrándose aumento de las infecciones, índice de comorbilidad, frecuencia de hospitalizaciones y riesgo de mortalidad, lo que en

conjunto repercute en el empeoramiento de la CV de la persona (Kalantar-Zadeh et al., 2004; Kalantar-Zadeh, Kopple, Block & McAllister, 2001; Manzano, Nieto & Sánchez, 2004).

**Actividad-Ejercicio.** Se ha demostrado que los usuarios hemodializados presentan grados variables de limitación física que interfiere en su desempeño laboral y en las actividades diarias (Rodríguez et al., 2005). Los programas de ejercicios mejoran a mediano plazo la capacidad de consumo de oxígeno de las fibras musculares, aumentan el número de leucocitos y linfocitos Killer, y mantiene normal la creatinina sérica. A largo plazo, disminuyen el uso de antihipertensivos, la prevalencia de arritmias y mejoran el índice de masa y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo. Además, en los diabéticos mejoran los niveles de glicemia, aumenta el HDL y disminuyen los triglicéridos y VLDL (Cheema & Fiatarone, 2005). Además, se demostró el notable mejoramiento de la resistencia física, manejo del dolor corporal y la interacción social (Levendoglu et al., 2004). Sin embargo, existen barreras y motivadores implicados en la realización de la actividad física. Entre las primeras, la falta de motivación, de interés, miedo a caer y falta de acceso a los lugares de ejercicios resultan más significativas. De las segundas, las más importantes son las creencias en torno a las propias habilidades para ser activo, sentirse mejor/saludable y disfrutar del ejercicio, a la disminución de la ansiedad y del dolor y al aumento de las expectativas de familia y amigos (Goodman & Ballon, 2004).

## DISCUSION

A partir del análisis de los estudios de esta revisión, se demuestra la existencia de diversos factores que influyen en la CV de los usuarios hemodializados. Entre ellos, el género, edad, estado civil, apoyo social y familiar, actividad laboral y el nivel educacional y económico, lo que podría apoyarse en la Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de M. Leininger, que destaca la importancia de la influencia

cultural en los individuos, para determinar diversos aspectos de la persona, como sus valores, creencias y el modo de vivir y ejecutar el rol social (ser hombre/mujer) condicionando en cierta medida la capacidad de afrontamiento de situaciones como la enfermedad o la misma muerte (Alexander et al., 2003, citado en Marriner & Raile, 2003).

La demanda del cuidado manifestada por las personas en hemodiálisis, requiere del cuidado especializado de enfermería, dirigido a satisfacer sus necesidades de salud. Los profesionales de enfermería pueden realizar diversas intervenciones con la finalidad de contribuir al mejoramiento de la CV en estos usuarios, de manera de evitar el deterioro orgánico, emocional y social (Álvarez-Ude, 2001). Los problemas de salud en estas personas, según la valoración que se realice y al área en que se desee intervenir, pueden ser abordados desde modelos de enfermería, como el de V. Henderson, que a través de la valoración de necesidades básicas pretende ayudar al usuario a desarrollar independencia lo más rápido posible (Wertman, Lauer, Marriner-Tomey, Neal, & Williams, 2003, citados en Marriner & Raile, 2003), y complementados con los distintos sistemas de enfermería propuestos en la Teoría del Déficit del Autocuidado de D. Orem, con el fin de llevar a cabo un conjunto de acciones que resuelvan o compensen las limitaciones asociadas a la salud del cliente, de manera de promover y fortalecer sus capacidades de autocuidado (Donohue et al., 2003, citado en Marriner & Raile, 2003).

Lo mencionado, se relaciona con el concepto de autocontrol que se caracteriza por la habilidad del usuario para afrontar la enfermedad crónica, incluyendo la sintomatología, tratamiento, consecuencias sociales, médicas y cambios en el estilo de vida, por lo que su potenciación promueve una buena CV (Bodenheimer, 2005; Coleman & Newton, 2005).

De acuerdo a lo anterior, se sugiere utilizar el concepto de autocontrol en con-

junto con la teoría de autocuidado, en diversas intervenciones dirigidas a usuarios que presentan factores de riesgo para desarrollar la enfermedad renal crónica y en aquellos que ya se encuentran en terapia de hemodiálisis.

Es importante mencionar que la CV de los usuarios varía de acuerdo a la etapa de evolución de la enfermedad renal (Hutchinson, 2005) y a los síntomas que van manifestando (Weisbord et al., 2003), lo cual podría ser abordarlo desde el Modelo de Adaptación de C. Roy, que explicita que a través del proceso de adaptación constituido, se pueden identificar las exigencias a las que se somete el usuario, determinando su respuesta adaptativa (Blue et al., 2003, citado en Marriner & Raile, 2003).

El objetivo de enfermería es participar y contribuir activamente al mejoramiento de la CV de las personas en cada una de las fases del proceso de enfermedad a través de acciones destinadas a disminuir el daño y potenciar las capacidades remanentes de manera de promover y fortalecer sus capacidades de autocuidado y ayudarlos a encontrar un sentido a la experiencia que están viviendo (Blue et al., 2003, citado en Marriner & Raile, 2003).

## CONCLUSIÓN

A partir de la revisión de evidencia disponible se puede concluir que las personas con IRCT en tratamiento con hemodiálisis, experimentan diversos cambios en su salud. Distintas características demográficas, factores psicosociales y médicos aparecen fuertemente relacionados a la manifestación de variadas limitaciones que contribuyen a que los usuarios perciban un empeoramiento de su calidad de vida.

Los profesionales de enfermería están capacitados para construir los cuidados necesarios para satisfacer las distintas necesidades originadas durante el proceso, para lo cual deben respaldarse con modelos y teorías de enfermería y ciencias afines que permiten responder a las necesidades reales de los usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Arabi, S. (2006). Quality of life: subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. *Nephrology Nursing Journal*, 33(3), 285-293.
- Álvarez-Ude, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14, 64-68.
- Álvarez-Ude, F., Alamo, C., Fernández-Reyes, M., Bravo, B., Vicente, E., Ferrer, M., et al. (1999). Alteraciones del sueño y salud percibida en pacientes en hemodiálisis crónica. *Nefrología*, 19, 168-176.
- Álvarez-Ude, F., Fernández-Reyes, M., Vásquez, A., Mon, C., Sánchez, R., & Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21, 191-199.
- Amigo, I., Fernández, C., & Pérez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud*. (2ª ed.). España: Pirámide.
- Arechabala, C., Palma, E., & Catoni, M. (2002). Apoyo social percibido por un grupo de pacientes sometidos a hemodiálisis crónica. *Actualización en Enfermería*, 5, 7-11.
- Arenas, M., Moreno, E., Reig, A., Millán, I., Egea, J., Amoedo, M., et al. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas COOP-WOONCA en una población de hemodiálisis. *Nefrología*, 24, 470-479.
- Baiardi, F., Degli, E., Cocchi, R., Fabbri, A., Sturani, G., & Fusaroli, M. (2002). Effects of clinical and individual variables on quality of life in chronic renal failure patients. *Journal of Nephrology*, 15, 61-67.
- Bodenheimer, T. (2005). Planned visits to help patient self-manage chronic conditions. *American Family Physician*, 72, 1454-1456.
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. España: Masson.
- Catoni, M. (2001). Historia de la Hemodiálisis en Chile. *Boletín Sociedad Chilena de Enfermería en Diálisis y Trasplante Renal*, 1(1).
- Cheema, S. & Fiatarone, M. (2005). Exercise training in patients receiving maintenance hemodialysis: a systematic review of clinical trials. *American Journal of Nephrology*, 25, 352-364.
- Chiang, C. K., Peng, Y. S., Chiang, S. S., Yang, C. S., He, Y. H., Hung, K. Y., et al. (2004). Health-related quality of life of hemodialysis patients in Taiwan: a multicenter study. *Blood Purification*, 22, 490-498.
- Chile, Ministerio de Salud. (2004). *Protocolo AUGE. Tratamiento insuficiencia renal crónica terminal*. Documento de trabajo. Santiago, Chile: Autor.
- Coleman, M. & Newton, K. (2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*, 72, 1503-1510.
- Contreras, M., Rivero, M., Jurado, M., & Crespo, R. (2004). Perfil actual del paciente en hemodiálisis hospitalaria. Análisis de sus necesidades. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 7, 56-61.
- Cruz, J., Piera, L., Bragg-Gresham, J., Feldman, H., & Port, F. (2003). Resultados del estudio internacional de hemodiálisis DOPPS en Europa y España. *Nefrología*, 23, 437-443.
- De Castro, M., Santesso, A., Draibe, S., Fernández, M. (2003). Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada a través do instrumento genérico SF-36. *Associação Médica Brasileira*, 49, 245-249.
- Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- Fowler, C. & Baas, L. (2006). Illness representations in patients with chronic kid-

- ney disease on maintenance hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 33(2), 173-186.
- García, F., Fajardo, C., Guevara, R., Gonzáles, V., & Hurtado, S. (2002). Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología*, 22, 245-252.
- Goodman, E. & Ballon, M. (2004). Perceived barriers and motivators to exercise in hemodiálisis patients. *Nephrology Nursing Journal*, 31, 23-29.
- Gregory, N. (2003). Effect of higher hemoglobin levels on health-related quality of life parameters. *Nephrology Nursing Journal*, 30(1), 75-78.
- Hidalgo, C. (1997). La dimensión psicológica de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y su tratamiento. *Psykhé*, 6(1), 35-45.
- Hurtado, I., Enamorado, A., Oteroy, H., & Bohorques, R. (2000). Estudio de calidad de vida en pacientes con hemodiálisis iterada, antes y después del empleo de eritropoyetina. *Nefrología*, XX(5), 445-447.
- Hutchinson, T. (2005). Transition in the lives of patients with end stage renal disease: a cause of suffering and an opportunity for healing. *Palliative Medicine*, 19, 270-327.
- Jofré, R. (1999). Factores que afectan a la calidad de vida en pacientes en pre-diálisis, diálisis y trasplante renal. *Nefrología*, 19(1), 84-90.
- Jofré, R., López, J., & Rodríguez, P. (1999). Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. En F. Valderrábano (Ed.). *Tratado de hemodiálisis* (pp. 515-516). Barcelona, España: JIMS.
- Kalantar-Zadeh, K., Block, G., McAllister, C., Humphreys, M., & Kopple, J. (2004). Appetite and inflammation, nutrition, anemia, and clinical outcome in hemodialysis patients. *American Journal of Clinical Nutrition*, 80, 299-307.
- Kalantar-Zadeh, K., Kopple, J., Block, G., & McAllister, C. (2001). Association among SF-36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *Journal of American Society of Nephrology*, 12, 2797-2806.
- Kimmel, P. & Levy, N. (2003). Psicología y rehabilitación. En J. Daugirdas & T. Blake (Eds.), *Manual de diálisis*. (pp. 433-434). España: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Levendoglu, F., Altintepe, L., Okudan, N., Ugurlu, H., Gökbel, H., Tonbul, Z., et al. (2004). A twelve web exercise program improves the psychological status, quality of life and work capacity in hemodialysis patients. *Journal Nephrology*, 17, 826-832.
- Manzano, J., Nieto, M., & Sánchez, M. (2004). Valoración nutricional de enfermería de los pacientes tratados con hemodiálisis en un centro periférico. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 7, 10-18.
- Marriner, A., & Raile, M. (2003). *Modelos y teorías en enfermería*. (5ª ed.). Madrid, España: Elsevier.
- Martín de Francisco, A. (1998). Hemodiálisis en el anciano. *Nefrología*, 18, 10-14.
- Martín, F., Reig, A., Sarró, F., Ferrer, R., Arenas, D., Gonzalez, F., et al. (2004). Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of life- short form (KDQOL-SF). *Revista Diálisis y Trasplante*, 25(2), 79-92.
- Mittal, S., Ahern, L., Flaster, E., Maesaka, J., & Fishbane, S. (2001). Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 16, 1387-1394.
- Mollaoglu, M. (2004). Depression and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Dialysis & Transplantation*, 33, 544-549.
- Moreno, E., Arenas, M., Porta, E., Escalant, L., Cantó, M., Castell, G., et al. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 7, 225-233.

- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Internacional.
- Ortega, N. & Martínez, M. (2002). Bienestar psicológico como factor de dependencia en hemodiálisis. *Revista Enfermería, 10*(1), 17-20.
- Rebollo, P., Bobes, J., González, M., Saiz, P., & Ortega, F. (2000). Factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS). *Nefrología, 20*, 171-181.
- Rodríguez, M., Castro, M., & Merino, J. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Ciencia y Enfermería, 11*, 47-57.
- Ruiz, M., Román, M., Martín, G., Alférez, M. J., & Prieto, D. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de la insuficiencia renal crónica. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 6*(4), 6-16.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería, 9*(2), 9-21.
- Sociedad Chilena de Nefrología. (2005a). *Registro de diálisis*. Recuperado el 11 de enero, 2006, de: <http://www.nefro.cl/hd2005.pdf>
- Sociedad Chilena de Nefrología. (2005b). *Estudio prospectivo de hemodiálisis*. Recuperado el 11 de enero, 2006, de: <http://www.nefro.cl/hd2005.pdf>
- Vázquez, I., Valderrábano, F., Fort, J., Jofré, R., López-Gómez, J., Moreno, F., et al. (2004). Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *Nefrología, 24*, 167-178.
- Vinokur, E. & Bueno, D. (2002). Aspectos psicológicos del paciente renal. *Nefrología, Diálisis y Transplante, 56*, 11-14.
- Weisbord, S., Carmody, S., Bruns, F., Rondini, A., Cohen, L., Zeidel, M., et al. (2003). Symptom burden, quality of life, advance care planning and the potential value of palliative care in severely ill hemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation, 18*, 1345-1352.
- Zúñiga, C. (2004). Calidad de vida y Cuidados Paliativos en Nefrología. *Revista Senferdialt, 2*(5), 3-7.