



IMPACTO DE LOS AUTOCUIDADOS EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS

Memoria presentada para optar al título de Graduado o Graduada en
Enfermería de la Universitat Jaume I presentada por **Mihai Teodor
Pastrama** en el curso académico 2021-2022.

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela seleccione una opción escriba el nombre
de la profesora o profesor.

12/05/2022

Solicitud del alumno/a para el depósito y defensa del TFG

Yo, “escribe tu nombre y apellidos”, con NIF “escribe aquí tu NIF”, alumno de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, expongo que durante el curso académico **2019/2020**.

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado “escribe aquí tu TFG”, tutelado por el profesor “escribe aquí el nombre de tu tutor”, defendido en lengua “escriba aquí el idioma escogido”, en el período de **01 de junio, 2020**.

Firmado: “Escribe aquí tu nombre”

Castellón de la Plana, “Selecciona una fecha (la de deposito)”

***INSERTAR DOCUMENTO RUBRICA DEL PROCESO DEL TUTOR
EVALUADO Y FIRMADO POR EL TUTOR***

Agradecimientos.

En primer lugar, agradecer a mi profesor/a y tutor/a de TFG, por su guía indispensable y toda la ayuda brindada durante el proceso de elaboración de este proyecto. Sin él/ella, este habría sido un trabajo muy distinto que quizás nunca hubiese visto la luz.

También me gustaría agradecer al resto de profesores, por su dedicación y su afán de compartir y divulgar el conocimiento enfermero. Por todo lo aprendido en sus clases, bien sea a través de la materia propiamente dicha o de las anécdotas honestas y enriquecedoras que compartieron con nosotros.

A aquellos que empezaron como compañeros a principios de carrera y que al final se convirtieron en grandes amigos. Por todas las risas, tonterías, dramas y cotilleos que tejieron unos lazos que se fortalecieron año tras año. Por cada instante vivido que, sin yo saberlo, alimentaron estos valiosos recuerdos que me acompañarán para siempre. Por la inconmensurable habilidad de consolarnos entre nosotros cuando llevábamos igual de mal un examen. Por allanar el camino de este variopinto viaje y por mucho más.

A mi familia y a mi pareja, por el simple hecho de estar allí, pues me otorgan la suficiente fuerza como para fintar cualquier obstáculo y seguir adelante.

Índice.

Resumen	1
Abstract	2
1. Introducción.	3
1.1. Las enfermedades crónicas.....	3
1.2. Epidemiología de las EC.	3
1.3. Factores de riesgo.....	4
1.4. ERC.	4
1.5. Epidemiología de la ERC.....	5
1.6. Hemodiálisis.....	7
1.7. Autocuidados.....	7
1.8. Justificación.....	9
2. Objetivos.	10
2.1. Objetivo general.....	10
2.2. Objetivos específicos.....	10
3. Metodología.	11
3.1. Diseño.....	11
3.2. Pregunta PIO.....	11
3.3. Descriptores y palabras clave.....	12
3.4. Criterios de selección.....	12

3.5.	Estrategia de búsqueda.	13
3.5.1.	Estrategia de búsqueda en PubMed.....	13
3.5.2.	Estrategia de búsqueda en Cochrane Library.	14
3.5.3.	Estrategia de búsqueda en BVS.	14
3.5.4.	Estrategia de búsqueda en Epistemonikos.	15
3.6.	Evaluación de la calidad metodológica.	17
4.	Resultados.	18
4.1.	Resultados de la búsqueda y proceso de selección.....	18
4.2.	Características de los artículos seleccionados.	21
4.2.1.	Base de datos.....	21
4.2.2.	Tipo de estudio.....	21
4.2.3.	Año de publicación.....	22
4.2.4.	Área geográfica.	23
5.	Discusión.....	30
5.1.	Mejoras en la condición física y los niveles bioquímicos.	30
5.2.	Mejoras en la salud mental y la esperanza percibida.....	32
5.3.	Mayor autoeficacia y calidad de vida.	33
5.4.	Factores asociados con los autocuidados y la calidad de vida.	35
6.	Limitaciones.	39
7.	Conclusiones.	40

7.1. Objetivo general.	40
7.2. Primer objetivo específico.	40
7.3. Segundo objetivo específico.	40
8. Futuras líneas de investigación.	42
Referencias bibliográficas.	43
Anexos.	46

Índice de tablas.

Tabla 1: Pregunta clínica. Elaboración propia.	11
Tabla 2: Palabras clave. Elaboración propia.	12
Tabla 3: Estrategia de búsqueda y artículos encontrados. Elaboración propia.	15
Tabla 4: Artículos descartados según filtro y base de datos. Elaboración propia.	19
Tabla 5: Características de los artículos incluidos en la revisión. Elaboración propia.	24

Índice de figuras.

Figura 1: Muertes por ENT en 2021. Elaboración propia (1).	3
Figura 2: Pacientes con ERC y sometidos a TRS en España en 2015. Elaboración propia (3).	5
Figura 3: Prevalencia ERC por grupos de edad en 2015. Elaboración propia (3).	6
Figura 4: Artículos encontrados sin filtros según la base de datos. Elaboración propia.	18

Figura 5: Artículos encontrados tras aplicar filtros automáticos según la base de datos. Elaboración propia.	19
Figura 6: Proceso de selección de artículos. Elaboración propia.	20
Figura 7: Bases de datos de los artículos incluidos. Elaboración propia.	21
Figura 8: Artículos incluidos según el tipo de estudio. Elaboración propia.	22
Figura 9: Año de publicación de los artículos incluidos. Elaboración propia.....	22
Figura 10: Artículos incluidos según su área geográfica. Elaboración propia.....	23

Glosario de abreviaturas.

ENT: Enfermedades no transmisibles.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

EC: Enfermedades crónicas.

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

KDIGO: Kidney Disease Improving Global Outcomes.

ERC: Enfermedad renal crónica.

TRS: Tratamiento renal sustitutivo.

HD: Hemodiálisis.

DP: Diálisis peritoneal.

Tx: Transplante renal.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

NIDDK: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.

BVS: Biblioteca Virtual de Salud.

DeCS: Descriptores de Ciencias de la Salud.

MeSH: Medical Subjects Headings.

CASPe: Critical Appraisal Skills Programme español.

ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

CDTE: Teoría de Empoderamiento del Consumidor.

Resumen

Introducción: Las enfermedades crónicas afectan a todas las regiones y a todos los países. Este es el caso de la enfermedad renal crónica, que compone un grupo de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función del riñón. La hemodiálisis es uno de los tratamientos más utilizados en los casos avanzados.

Objetivo: Averiguar si los autocuidados tienen un impacto positivo en la calidad de vida del paciente sometido a hemodiálisis.

Métodos: Se llevó a cabo una revisión integradora de la literatura sobre el impacto de los autocuidados en la calidad de vida del paciente en hemodiálisis. Para ello, se combinó lenguaje natural y controlado en distintas bases de datos; PubMed, Cochrane Library, BVS y Epistemonikos. Acto seguido se aplicaron los criterios de selección y la lectura crítica.

Resultados: Se seleccionaron 11 artículos para la revisión. Se clasificaron según base de datos, tipo de estudio, año de publicación y área geográfica. Asimismo, se expusieron sus características principales.

Conclusiones: El fomento de los autocuidados aporta múltiples beneficios que conllevan un impacto positivo en la calidad de vida. Los principales beneficios observados son: mejor condición física, mayor control de los niveles bioquímicos, mayor sensación de esperanza y mejora general del estado mental, mayor autoeficacia y empoderamiento del paciente.

Palabras clave: hemodiálisis, diálisis renal, autocuidados, calidad de vida.

Abstract

Introduction: Chronic diseases affect all regions and all countries. This is the case of chronic kidney disease, which makes up a group of heterogeneous diseases that affects the structure and function of the kidney. Hemodialysis is one of the most used treatments in advanced cases.

Objective: To find out if self-care has a positive impact on the quality of life of the patient undergoing hemodialysis.

Methods: An integrative review of the literature on the impact of self-care on the quality of life of hemodialysis patients was carried out. To do so, natural and controlled language were combined in different databases; PubMed, Cochrane Library, BVS and Epistemonikos. Then the selection criteria and critical appraisal were applied.

Results: 11 articles were selected for the review. They were classified according to database, type of study, year of publication and geographic area. In addition, its main characteristics were presented.

Conclusions: The promotion of self-care provides multiple benefits that have a positive impact on quality of life. The main benefits observed are better physical condition, greater control of biochemical indicators, greater sense of hope and general improvement of mental health, greater self-efficacy and empowerment of the patient.

Key words: hemodialysis, renal dialysis, self care, self management, quality of life.

1. Introducción.

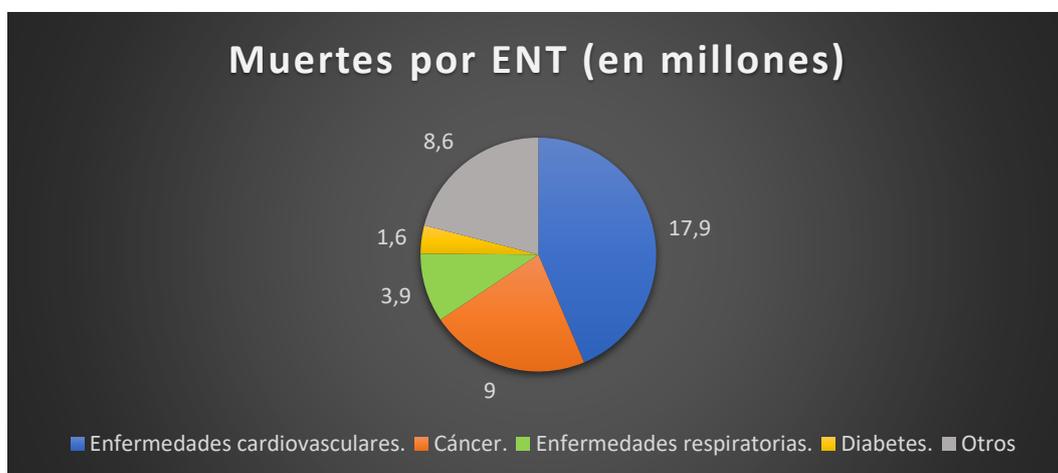
1.1. Las enfermedades crónicas.

El término de enfermedades no transmisibles (ENT), que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce como sinónimo de enfermedades crónicas (EC), hace referencia a aquellas patologías que no se deben a ningún proceso agudo, que generan problemas de salud a largo plazo y que ponen de manifiesto una necesidad de tratamiento y cuidado mantenidos en el tiempo. Se tratan, por tanto, de enfermedades con una duración prolongada y de progresión lenta, que se producen como resultado de la combinación de múltiples factores; genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales (1).

1.2. Epidemiología de las EC.

Las EC afectan a todas las regiones y a todos los países, así como a todas las edades. La OMS, en 2021, estimaba que las ENT producen 41 millones de muertes al año, el equivalente al 71% de muertes a nivel global. A diferencia de la creencia popular, que asocia estas enfermedades principalmente a los grupos de edad más avanzada, los datos apuntan a que 15 millones del total de muertes producidas por ENT afectan a personas de entre 30 y 69 años. En adición a estos números, resulta importante señalar las patologías, dentro del conjunto de ENT, que más muertes provocan (Figura 1). Este grupo de enfermedades componen el 80% de muertes producidas por EC (1).

Figura 1: Muertes por ENT en 2021. Elaboración propia (1).



1.3. Factores de riesgo.

En relación con las patologías vistas anteriormente quedan definidos los principales factores de riesgos para padecer una ENT (1):

- Factores conductuales o modificables: en este grupo, según los datos proporcionados por la OMS en 2021, destacan el consumo de tabaco (7,2 millones de muertes al año) y la ingesta excesiva de sal/sodio (4.1 millones).
- Factores metabólicos: en este grupo se encuentran el aumento de la tensión arterial, el sobrepeso y la obesidad, la hiperglucemia y la hiperlipidemia, siendo la tensión arterial el más destacado entre ellos.

A raíz de estas cifras, la OMS considera las ENT como una amenaza para el avance y cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), así como un obstáculo para el correcto desarrollo en materia de salud en muchos países, recalcando el coste y la longevidad del tratamiento (1).

1.4. ERC.

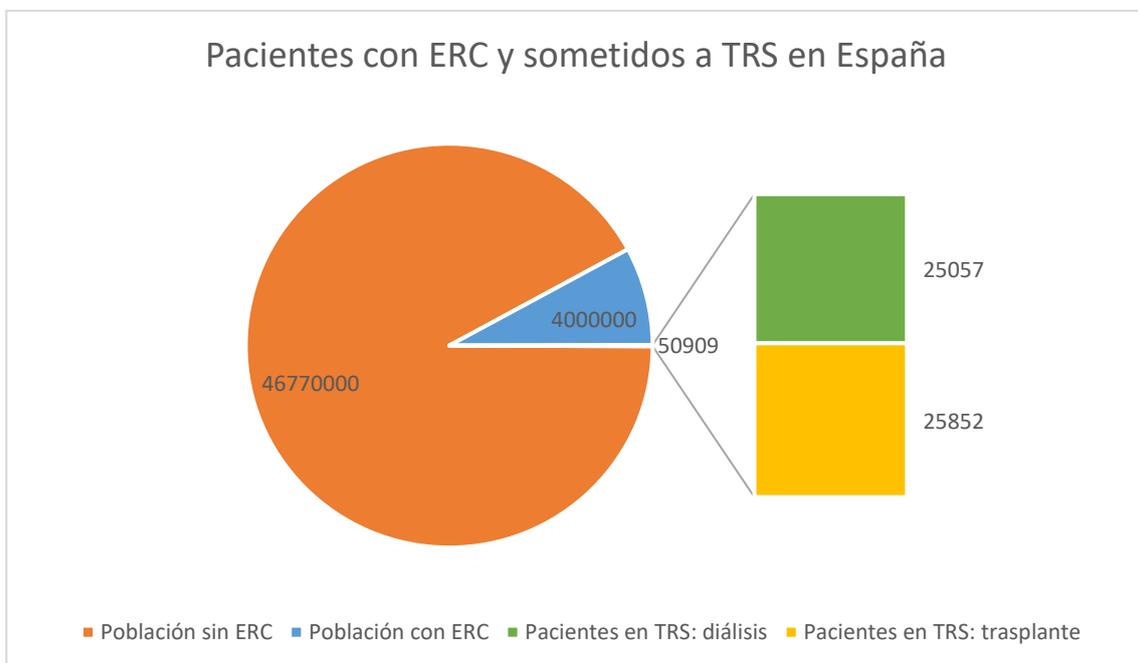
Las guías *Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO 2012)* establecen y reafirman la definición de enfermedad renal crónica (ERC). Este es un término genérico que hace referencia a todo un grupo de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función del riñón. Todo esto puede variar en función de la parte del órgano que se ve afectada, de la gravedad o el grado de progresión, etc. Sin embargo, las guías *KDIGO (2)* han ayudado a esclarecer esta definición y partir de un punto en común. De este modo, se establece como ERC, la presencia, durante al menos 3 meses y sin importar el diagnóstico clínico, de al menos uno de los siguientes sucesos:

- Filtrado glomerular inferior a 60 ml/min/1,73 m² (2).
- Lesión renal, entendiendo esta como la aparición de alteraciones estructurales o funcionales del riñón que tengan la capacidad de provocar un descenso del filtrado glomerular, es decir, que presenten “implicaciones para la salud” (2).

1.5. Epidemiología de la ERC.

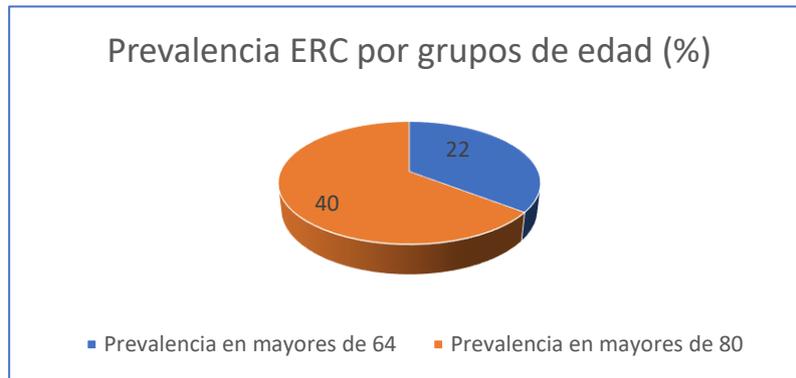
En el “Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) dentro de la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS” presentado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (3) en 2015, se establece que la ERC es un problema de salud a nivel mundial, que solo en España afecta alrededor de 4 millones de personas (Figura 2). También se estima que, cada año, al menos 6000 personas que sufren de ERC terminan por someterse a uno de los tres posibles tratamientos de sustitución renal (TRS); hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DP) y trasplante renal (Tx).

Figura 2: Pacientes con ERC y sometidos a TRS en España en 2015. Elaboración propia (3).



Por otro lado, en cuanto a la prevalencia de la ERC, los resultados señalan que el 10% de la población tiene algún grado de ERC. Dicha prevalencia, pese a estar presente tanto en la edad adulta como en grupos de edad posteriores, tiende a crecer con el envejecimiento (Figura 3).

Figura 3: Prevalencia ERC por grupos de edad en 2015.
Elaboración propia (3).



En adición a esto, se puede observar que el aumento de la prevalencia también se ve influenciada por enfermedades como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y la aterosclerosis. En definitiva, la enfermedad renal crónica se relaciona principalmente a estas cuatro patologías crónicas:

- Diabetes.
- Hipertensión arterial.
- Insuficiencia cardíaca.
- Cardiopatía isquémica.

Como ya se ha mencionado con anterioridad al revisar los datos proporcionados por la OMS, estas patologías tienen una alta prevalencia y un impacto considerable en todo el mundo, y están directamente relacionadas con la ERC. Debido a esto, no es de extrañar que las TSR encaminadas a tratar la ERC suponga hasta un 3% del presupuesto del Sistema Nacional de Salud, superando el 4% cuando se trata del presupuesto en atención especializada, proyectándose un incremento anual de los costes por ERC debido al equiparable aumento en su prevalencia de hasta un 3% (3).

El coste por paciente en TSR se estima 5 veces mayor que en pacientes tratados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y hasta 24 veces mayor que en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y asma. De esta manera, el coste anual por paciente en hemodiálisis asciende hasta los 46.659,83 euros. A pesar de ello, la supervivencia estimada para estos pacientes (aquellos sometidos a diálisis) es de un 12,9% a los diez años. Esto podría

deberse a que el 50% tiene al menos tres factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades asociadas. De esta manera, al analizar los factores de progresión de la ERC, que aceleran y empeoran el daño renal, destacan algunos factores modificables ya mencionados, como la diabetes y la hipertensión arterial mal controladas (3).

1.6. Hemodiálisis.

Dentro de las TSR, la modalidad en la que se centra este trabajo es la hemodiálisis, cuya definición la ofrece el National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. El NIDDK la define como “un tratamiento para filtrar las toxinas y el agua de la sangre, como lo hacían los riñones cuando estaban sanos. Durante la hemodiálisis, se bombea la sangre a través de un filtro conocido como dializador, fuera del organismo. La máquina de diálisis bombea la sangre a través del filtro y la devuelve al organismo.” Además, incide en que este tratamiento no supone una cura, pues no revierte la insuficiencia renal de estos pacientes, pero sí es eficaz para mejorar la calidad de vida y prolongar la misma (4).

En hemodiálisis, tal y como indica la National Kidney Foundation , se necesita un acceso, o entrada, al torrente sanguíneo del paciente. Hay tres tipos de accesos en esta modalidad: la fístula arteriovenosa, el injerto y el catéter (5).

1.7. Autocuidados

Con el avance de la ciencia en materia de salud, los pacientes que padecen algún tipo de enfermedad crónica viven cada vez más años, ensalzando de esta manera la relevancia de las enfermedades crónicas con el paso del tiempo. Es por ello por lo que toda medida encaminada a dotar al paciente de mayor autonomía en el manejo de sus síntomas ha ido despertando cada vez mayor interés. De esta manera, se evidencia el auge de una corriente en salud que pretende que el propio paciente desempeñe un papel activo en el manejo de su enfermedad crónica (6,9).

La OMS (7), en su *Consolidated Guideline on Self-Care Interventions for Health*, define el autocuidado como “la habilidad de los individuos, las familias y las comunidades de promocionar la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud, y manejar la enfermedad y la minusvalía con o sin la ayuda de personal sanitario”. De esta manera, la OMS recoge en su

definición de autocuidado la necesidad de saber manejar la propia enfermedad, se disponga o no de asistencia médica, y se refiere al autocuidado como “una de las más emocionantes y prometedoras perspectivas para mejorar la salud y el bienestar”.

Por otra parte, en el documento “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud” (8), el concepto de autocuidado aparece a lo largo de todo el informe; el fomento del autocuidado se considera un objetivo a cumplir. Inciden reiteradas ocasiones en el término de autocuidado como método de capacitación del paciente para el automanejo de su enfermedad crónica, como método de promoción y prevención de la salud en la comunidad, y lo establecen como un objetivo a cumplir para potenciar la autonomía y el empoderamiento de los pacientes.

Establecida la relevancia del autocuidado, especialmente en el marco de las enfermedades crónicas, los resultados obtenidos en el campo quedan totalmente justificados. Estos apuntan a que el automanejo seguirá ganando importancia como un enfoque clave para tratar y prevenir las EC, así como para promover el bienestar y ayudar a mantener, o incluso mejorar, la calidad de vida de estos pacientes. Diversas líneas de investigación presentan resultados prometedores sobre el autocuidado para enfermedades específicas y crónicas. De esta manera, el automanejo se concibe como una puesta en común de los intereses no solo del paciente, sino también de la familia, la comunidad y el personal sanitario, pues todo ello actúa sinérgicamente para mejorar la salud del paciente y el manejo de su enfermedad. Esto consolida al autocuidado como un método óptimo para abordar las enfermedades crónicas a nivel de salud pública, siendo este un campo especialmente relevante en la investigación y la práctica enfermera (6).

1.8. Justificación.

Establecida la importancia de las enfermedades crónicas en la actualidad y en los últimos años, así como de la enfermedad renal crónica y de la estrecha relación entre este grupo de enfermedades y los autocuidados, ha surgido el tema de este trabajo. Al realizar las últimas prácticas clínicas de la carrera en una unidad de hemodiálisis, ha sido posible entender mejor a este tipo de pacientes crónicos y sus necesidades, del mismo modo que han surgido algunas preguntas que han motivado esta revisión de la literatura.

El paciente en hemodiálisis domiciliaria o diálisis peritoneal, dado que estos tratamientos se realizan en casa, está muy entrenado y se somete a numerosas sesiones hasta que el equipo asistencial lo ve preparado para el automanejo de su enfermedad. Sin embargo, el paciente de hemodiálisis en centro o en hospital acude alrededor de tres días a la semana, deja que le sometan al tratamiento y vuelve a hacer “vida normal” hasta la siguiente sesión.

Al haber notado esta diferencia fundamental entre los distintos TRS, surgió la pregunta de si el autocuidado, que tan importante ha demostrado ser en las enfermedades crónicas, como la ERC, podría ayudar a mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes en hemodiálisis que están en manos de un centro o de un hospital. Dada la alta prevalencia de la ERC, del impacto socioeconómico de su tratamiento y del potencial de los autocuidados de cara a las enfermedades crónicas, se plantea este trabajo para tratar de responder dicha cuestión.

2. Objetivos.

2.1. Objetivo general.

- Averiguar si los autocuidados tienen un impacto positivo en la calidad de vida del paciente sometido a hemodiálisis.

2.2. Objetivos específicos.

- Conocer las medidas y/o intervenciones que puedan fomentar el autocuidado en pacientes sometidos a hemodiálisis.
- Comprender los factores que pueden influir en la calidad de vida del paciente sometido a hemodiálisis.

3. Metodología.

3.1. Diseño.

El presente trabajo consiste en la elaboración de una revisión integradora de la literatura centrada en el impacto de los autocuidados en la calidad de vida del paciente sometido a hemodiálisis, con la finalidad de analizar y sintetizar la evidencia científica de este tema.

Dicha búsqueda se llevó a cabo entre el 15 de enero y el 14 de febrero de 2022 en las siguientes bases de datos:

- PubMed.
- Cochrane Library.
- Biblioteca Virtual de Salud (BVS).
- Epistemonikos.

3.2. Pregunta PIO.

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica se plantea una pregunta PIO (Patient, Intervention, Outcome) como puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla 1: Pregunta clínica. Elaboración propia.

P (Patient)	Pacientes en hemodiálisis
I (Intervention)	Autocuidados
O (Outcome)	Impacto en la calidad de vida
Pregunta clínica	¿Qué impacto tienen los autocuidados en la calidad de vida del paciente en hemodiálisis?

3.3. Descriptores y palabras clave.

Tras formular la pregunta clínica, se establecen unos descriptores con la finalidad de optimizar y facilitar la búsqueda bibliográfica. Esto se realiza combinando:

- Lenguaje natural.
- Lenguaje controlado: emplea un vocabulario estandarizado (thesaurus).
 - Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS).
 - Medical Subjects Headings (MeSH).

Tabla 2: Palabras clave. Elaboración propia.

Lenguaje natural	DeCS		MeSH
	Castellano	Inglés	
Hemodiálisis	Diálisis renal	Renal Dialysis	Renal dyalisis, hemodialysis, hemodialyses
Autocuidados	Autocuidado	Self care	Self care, self management
Calidad de vida	Calidad de Vida	Quality of life	Quality of life

3.4. Criterios de selección.

Con el fin de filtrar aún más la búsqueda y seleccionar los artículos más idóneos para el presente trabajo, se plantean una serie de criterios de selección; estos se componen de criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Estudios publicados en los últimos 10 años (2012-2022).
- Estudios que se centren en el tema del presente trabajo.
- Estudios realizados sobre humanos en tratamiento sustitutivo renal.
- Estudios que estén disponibles con el texto completo.
- Estudios disponibles en inglés y español.

Criterios de exclusión:

- Estudios duplicados en las diferentes bases de datos consultadas.
- Estudios realizados en población pediátrica (menores de 18 años) y/o mujeres gestantes.
- Estudios realizados en pacientes sometidos a tratamiento sustitutivo renal en las modalidades de diálisis peritoneal y hemodiálisis domiciliaria.
- Estudios incompletos o en curso, cuyos resultados y/o conclusiones no han sido publicados.
- Estudios que presenten una calidad metodológica baja tras su evaluación mediante la herramienta de lectura crítica CASPe.

3.5. Estrategia de búsqueda.

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, BVS y Epistemonikos. La estrategia de búsqueda ha variado según el funcionamiento interno de cada base de datos en particular. En todas ellas, donde existía la posibilidad, se han aplicado filtros comunes; últimos 10 años (2012-2022), idioma inglés y español, acceso a texto completo y “asunto principal”. Dicha búsqueda se ha realizado en el período comprendido entre el 15 de enero y 14 de febrero de 2022. A continuación se detalla el proceso llevado a cabo en cada una de las bases de datos.

3.5.1. Estrategia de búsqueda en PubMed.

En esta base de datos se accedió a la opción de búsqueda avanzada y se emplearon los operadores booleanos “AND” y “OR”. En primer lugar, se combina cada uno de los términos (palabras clave), pasados anteriormente de lenguaje natural a lenguaje controlado, con su

respectivo término MeSH mediante el operador booleano “OR”. Es decir, se combina “Renal Dialysis” mediante el operador “OR” con “Renal Dialysis” y “hemodialysis”, que son dos sinónimos equivalentes en términos MeSH, y se realiza una búsqueda individual para esta palabra clave. Este proceso se repite con “Self Care” y “Quality of life” del mismo modo que en el caso anterior. El siguiente paso, ahora que las búsquedas combinadas de las palabras clave han quedado registradas, es combinar las tres mediante el operador booleano “AND”, dando lugar a 433 artículos sin filtros. Una vez aplicados los filtros “últimos 10 años”, “inglés y español” y “texto completo disponible” quedaron un total de 121 artículos.

3.5.2. Estrategia de búsqueda en Cochrane Library.

En esta base de datos, de la misma forma, se ha empleado la opción de búsqueda avanzada, que permite introducir palabras clave y combinarlas mediante operadores booleanos. Primero se hace una búsqueda individual de cada palabra clave combinada (mediante “OR”) con su equivalente en término MeSH, y luego una búsqueda combinada de los tres mediante el operador “AND”. De esta forma, se combinó “Renal dialysis”, “Self care” y “Quality of life” dando lugar a un total de 159 artículos sin filtros. Una vez aplicados los filtros “últimos 10 años” e “idioma inglés y español” se obtuvieron 65 artículos.

3.5.3. Estrategia de búsqueda en BVS.

En esta base de datos también se utilizó la función de búsqueda avanzada para combinar las palabras clave entre sí mediante operadores booleanos. La BVS no funciona con lenguaje MeSH, por lo que los términos se combinaron con sus respectivos equivalentes en lenguaje natural. De esta manera, mediante el operador “AND”, se realizó la búsqueda conjunta de “renal dialysis”; “self care” y “quality of life”, dando un total de 505 artículos antes de aplicar filtros. Una vez filtrados por idioma (inglés y español), fecha de publicación (últimos 10 años), texto completo y asunto principal (diálisis renal, calidad de vida y autocuidados) quedaron un total de 149 artículos.

3.5.4. Estrategia de búsqueda en Epistemonikos.

Debido a que la base de datos no soporta el lenguaje controlado (MeSH), se combinaron los términos oportunos en lenguaje natural, primero con el operador “OR” entre sinónimos (como “self care” y “self management”) y posteriormente con “AND” para realizar la búsqueda conjunta de todas las palabras clave. La búsqueda inicial, previa a filtros, resultó en 19 artículos. Una vez filtrados por fecha de publicación (últimos 10 años) quedaron un total de 10.

En la siguiente tabla se resume la búsqueda de cada una de las bases de datos, mostrando la combinación de palabras clave mediante operadores booleanos, los filtros aplicados y el total de artículos encontrados y seleccionados.

Tabla 3: Estrategia de búsqueda y artículos encontrados. Elaboración propia.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Artículos encontrados	Filtros aplicados	Artículos filtrados	Artículos seleccionados
PubMed	(((Renal Dialysis) OR (renal dialysis[MeSH Terms])) OR (hemodialysis[MeSH Terms])) AND (((self care) OR (self care[Mis Terms])) OR (self management[MeSH Terms])) AND ((Quality of Life) OR (quality of life[MeSH Terms]))	433	Últimos 10 años Inglés y español Texto completo	121	5

Cochrane Library	(Renal Dyalysis OR MeSH descriptor: [Renal Dyalysis] explode all trees) AND (self care OR MeSH descriptor: [Self Care] explode all trees) AND (quality of life OR MeSH descriptor: [Quality of Life] explode all trees)	159	Últimos 10 años Inglés y español	65	1
BVS	(tw:(renal dialysis)) AND (tw:(self care)) AND (tw:(quality of life))	505	Últimos 10 años Texto completo Inglés y español Asunto principal: diálisis renal, calidad de vida, autocuidados	149	4
Epistemonikos	(Hemodialysis OR “renal dialysis”) AND (“self care” OR “self management”) AND (quality of life)	19	Últimos 10 años	10	1
Total		1.116		345	11

3.6. Evaluación de la calidad metodológica.

Una vez seleccionados los artículos que compondrán esta revisión integradora de la literatura, se procedió a realizar la evaluación de su calidad metodológica mediante la herramienta de lectura crítica CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español), cuyos creadores diseñaron con el fin de enseñar a las personas de diferentes ámbitos (clínicos, investigadores, gestores y pacientes) de instituciones u organizaciones del sistema de salud a interpretar de forma crítica la evidencia científica (10).

Cabe señalar que CASPe funciona mediante el empleo de plantillas estandarizadas y estas varían según el tipo de estudio (Anexo 1). De esta manera, se puede observar que CASPe facilita plantillas para la lectura crítica de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y de estudios cualitativos, entre otros. Sin embargo, no dispone de plantillas para cierto tipo de estudios, como los de tipo descriptivo o cuasi experimental. El presente trabajo incluye estudios de los tipos anteriormente mencionados, de manera que solo resultó posible emplear CASPe para la evaluación de los ECA (Anexo 2).

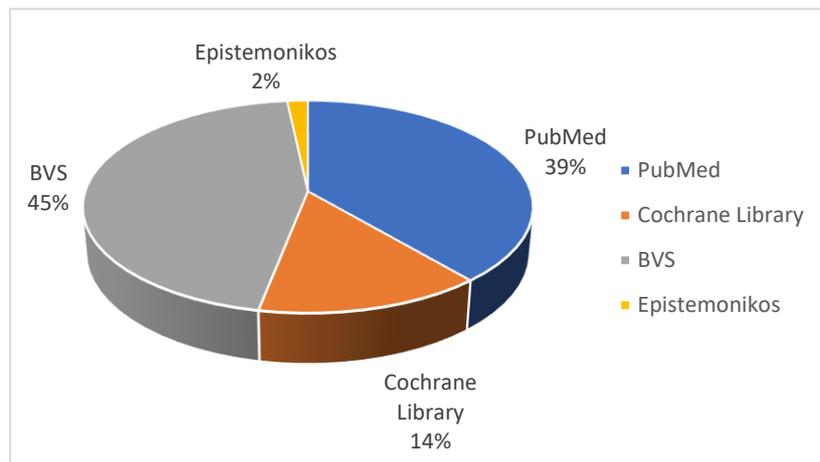
Para la presente evaluación, se han considerado de calidad metodológica baja aquellos estudios que respondiesen negativamente cualquiera de las primeras tres preguntas de CASPe, (consideradas de eliminación) y de calidad media/alta cuantas más cuestiones se respondiesen afirmativamente a partir de ese punto de corte. Los 11 artículos seleccionados han sido considerados aptos para incluirse en la revisión.

4. Resultados.

4.1. Resultados de la búsqueda y proceso de selección.

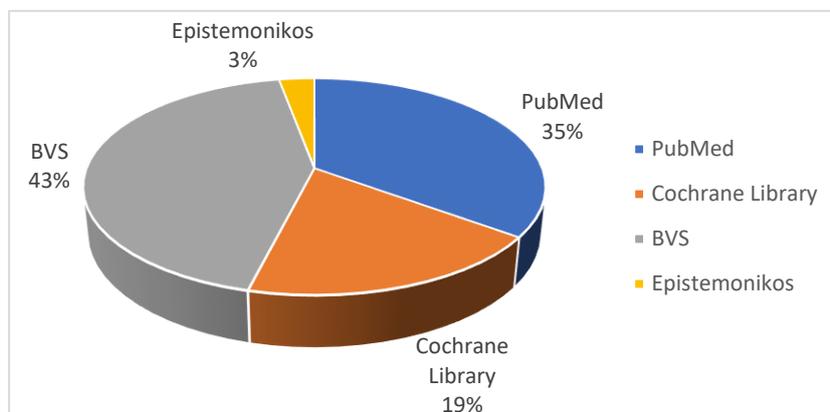
Siguiendo la estrategia de búsqueda previamente descrita, se han encontrado un total de N= 1.116 artículos entre las distintas bases de datos y sin aplicar ningún filtro. De estos, el 38,8% (n= 433) se han obtenido en PubMed, el 14,2% (n=159) en Cochrane Library, el 45,3% (n=505) en BVS y el 1,7% restante (n=19) en Epistemonikos. En la siguiente figura se exponen los estudios encontrados según la base de datos:

Figura 4: Artículos encontrados sin filtros según la base de datos.
Elaboración propia.



Una vez aplicados los filtros automáticos de los que dispone cada base de datos, el número total de artículos se ha visto reducido a N= 345. De estos, el 35,1% (n=121) se han obtenido de PubMed, el 18,8% (n=65) de Cochrane Library, el 43,2% (n=149) de BVS y el 2,9% (n=10) de Epistemonikos. En la siguiente figura se muestran los artículos obtenidos tras la aplicación de filtros automáticos según la base de datos:

Figura 5: Artículos encontrados tras aplicar filtros automáticos según la base de datos. Elaboración propia.



De esta forma, del total de artículos encontrados (N= 1.116), tras aplicar filtros automáticos en cada base de datos, se han descartado un total de n= 771 artículos. La cantidad de artículos descartados según el filtro automático empleado ha sido:

- Filtro “últimos 10 años” (n= 513)
- Filtro “texto completo disponible” (n=168)
- Filtro “inglés y español” (n=18)
- Filtro “asunto principal; diálisis renal, calidad de vida y autocuidados” (n= 72)

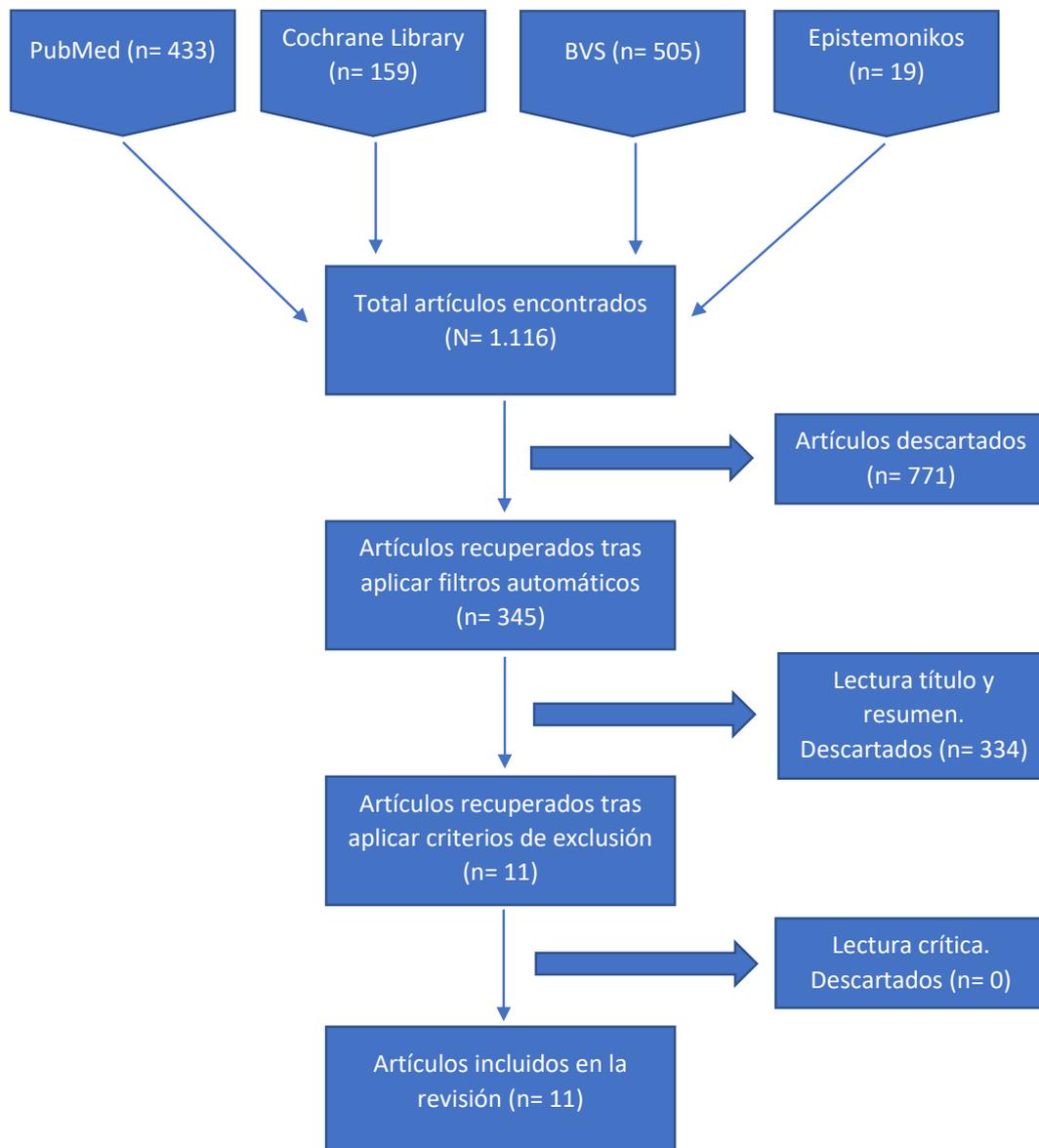
En la siguiente tabla se especifica la cantidad de artículos descartados según la base de datos y el filtro automático aplicado.

Tabla 4: Artículos descartados según filtro y base de datos. Elaboración propia.

Base de datos/Filtro aplicado	Últimos 10 años	Texto completo	Inglés y español	Asunto principal	Total
PubMed	173	139	-	-	312
Cochrane Library	94	-	-	-	94
BVS	237	29	18	72	356
Epistemonikos	9	-	-	-	9
Total	513	168	18	72	771

Una vez filtrados y descartados estos artículos, como se ha expuesto anteriormente, el total de artículos restantes es N= 345 entre todas las bases de datos consultadas. De esta manera, tras proceder con la lectura de título y resumen de estos artículos, se han descartado un total de n= 334 artículos por incumplir los criterios de exclusión previamente establecidos. Por lo tanto, han quedado un total de n= 11 artículos para la evaluación de su calidad metodológica, como se ha expuesto anteriormente, descartándose un total de n= 0 artículos tras su lectura crítica con CASPe. En la siguiente figura se observa el diagrama de flujo correspondiente a este proceso.

Figura 6: Proceso de selección de artículos. Elaboración propia.



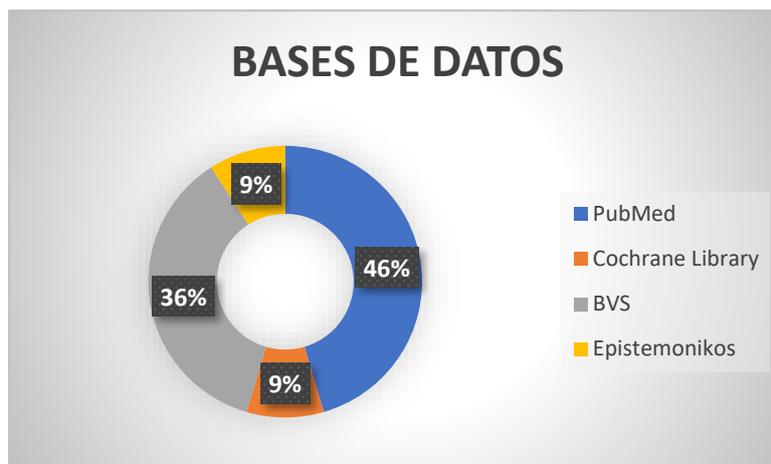
4.2. Características de los artículos seleccionados.

Los artículos incluidos para esta revisión integradora de la literatura (n=11) han sido clasificados según una serie de características; base de datos, tipo de estudio, año de publicación y área geográfica. En los siguientes apartados, mediante el uso de diversas gráficas, se exponen estas características.

4.2.1. Base de datos.

En lo referente a la base de datos de los artículos seleccionados, la distribución es la siguiente; el 45,5% (n= 5) de PubMed, el 9,1% (n= 1) de Cochrane Library, el 36,4% (n= 4) de BVS y el 9% restante (n=1) de Epistemonikos. En la siguiente figura se refleja esta distribución.

Figura 7: Bases de datos de los artículos incluidos. Elaboración propia.



4.2.2. Tipo de estudio.

En lo referente al tipo de estudio de los artículos seleccionados, la distribución es la siguiente; el 27,3% (n= 3) son ECA, el 27,3% (n= 3) son transversales, el 27,3% (n= 3) son cuasi experimentales, y el 18,1% restante (n= 2) son descriptivos. En la siguiente figura se refleja esta distribución.

Figura 8: Artículos incluidos según el tipo de estudio.
Elaboración propia.



4.2.3. Año de publicación.

En lo referente al año de publicación de los artículos seleccionados, la distribución es la siguiente; el 18,2% (n =2) corresponde a 2013, el 9,1% (n= 1) a 2014, el 27,3% (n= 3) a 2015, el 9,1% (n= 1) a 2016, el 9,1% (n= 1) a 2018, el 18,2% (n=2) a 2020 y el 9% restante (n= 1) a 2021. En la siguiente figura se refleja esta distribución.

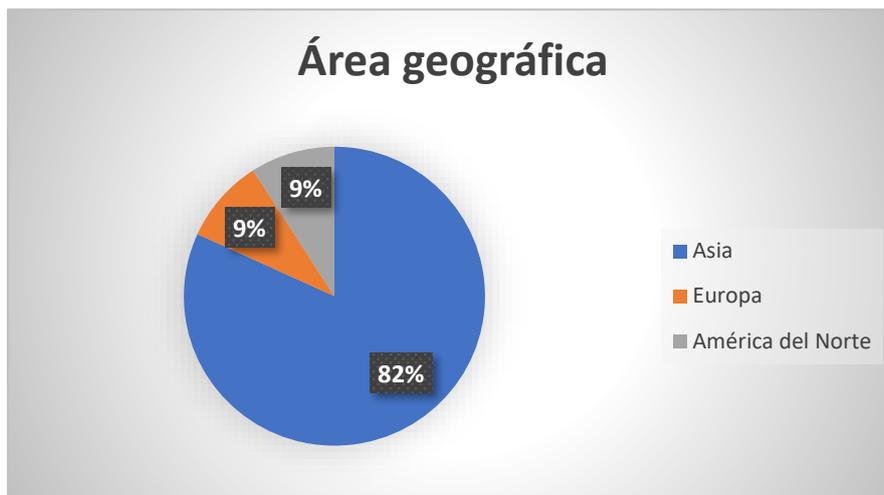
Figura 9: Año de publicación de los artículos incluidos. Elaboración propia.



4.2.4. Área geográfica.

En lo referente al área geográfica de los artículos seleccionados, la distribución es la siguiente; un 81,8% (n= 9) fueron llevados a cabo en Asia, un 9,1% (n=1) en Europa y el 9,1% restante (n= 1) en América del Norte. En la siguiente figura se refleja esta distribución.

Figura 10: Artículos incluidos según su área geográfica. Elaboración propia.



Para facilitar la discusión del presente trabajo, se han destacado los aspectos más relevantes de los artículos seleccionados; título, autores, año de publicación, fuente, tipo de estudio, objetivos, metodología y finalmente las conclusiones obtenidas. La siguiente tabla recoge las características de estos estudios.

Tabla 5: Características de los artículos incluidos en la revisión. Elaboración propia.

Título	Autores	Año	Fuente	Tipo de estudio	Objetivos	Metodología	Conclusiones
The experience and self-management of fatigue in patients on hemodialysis	Horigan AE, Schneider SM, Docherty S, Barroso J.	2013	Nephrology Nursing Journal	Descriptivo	Describir las experiencias relacionadas con la fatiga en pacientes en hemodiálisis, así como el automanejo de esta.	Se llevó a cabo a una entrevista detallada, seguida de otra entrevista adicional para confirmar los resultados de la primera a una muestra de 14 pacientes en hemodiálisis que padecieran de fatiga.	Se ha descrito la naturaleza de la fatiga; fatiga física y mental, consecuencias y factores asociados. La fatiga afecta a la calidad de vida, las enfermeras están en una posición idónea para educar en el automanejo de esta complicación.
Randomised controlled trial of a smartphone application-based dietary self-management program on haemodialysis patients	Pack S, Lee J.	2021	Journal of Clinical Nursing	ECA	Desarrollar un programa para el automanejo de la dieta a través de una aplicación móvil para pacientes en hemodiálisis y examinar su impacto sobre indicadores bioquímicos, autoeficacia y calidad de vida.	El estudio se realizó durante 8 semanas con una muestra de 75 participantes; 37 en grupo intervención (sometidos al programa mediante aplicación) y 38 en grupo control (programa normal).	El programa basado en la aplicación demostró una mejoría significativa en los niveles de fósforo y potasio, así como en la autoeficacia y calidad de vida, en comparación al programa normal.

Effect of Self Care Education with and without Telephone Follow-Up on the Level of Hope in Renal Dialysis Patients: A Single-Blind Randomized Controlled Clinical Trial	Poorgholami F, Mansoori P, Montaseri Z, Najafi K.	2016	International Journal of Community Based Nursing & Midwifery	ECA	Examinar los efectos sobre el nivel de esperanza de un programa de autocuidados con y sin seguimiento telefónico en pacientes en hemodiálisis.	Una muestra de 75 pacientes fue dividida en 3 grupos (25 cada uno); grupo control (cuidados rutinarios), grupo de educación en autocuidados (5 sesiones de instrucción) y grupo con seguimiento telefónico durante 2 meses.	El grupo de autocuidados presentó un mayor nivel de esperanza que el grupo control, y el grupo con seguimiento telefónico mayor nivel de esperanza que los dos anteriores; logró mejorar la calidad de vida de los pacientes.
Effect of Self-Care Education by Face-to-Face Method on the Quality of Life in Hemodialysis Patients (Relying on Ferrans and Powers Questionnaire)	Ghadam MS et al.	2015	Global Journal of Health Sciences	Cuasi experimental	Investigar la influencia de la educación presencial para el autocuidado de la enfermedad en pacientes en hemodiálisis y su impacto en la calidad de vida.	Una muestra de 50 pacientes fue dividida en 2 grupos (25 cada uno); grupo control (cuidados rutinarios) y grupo intervención (8 sesiones de instrucción presencial). La recogida de datos consistió en múltiples cuestionarios previos y posteriores a la intervención.	No hubo diferencia significativa en variables demográficas entre ambos grupos. El grupo intervención experimentó una mejora en la calidad de vida en diversos aspectos tras recibir la instrucción. Una adecuada educación puede mejorar la condición física, la salud mental y la calidad de vida de estos pacientes.

<p>Self-management, self-efficacy and knowledge among patients under haemodialysis: a case in Iran</p>	<p>Hafezieh A, Dehghan M, Taebi M, Iranmanesh S.</p>	<p>2020</p>	<p>Journal of Research in Nursing</p>	<p>Transversal</p>	<p>Examinar los autocuidados y su correlación con autoeficacia y conocimientos sobre hemodiálisis en pacientes sometidos a este tratamiento.</p>	<p>El estudio se realizó con una muestra de 159 pacientes. La recogida de datos se llevó a cabo mediante formularios de variables demográficas, cuestionarios de conocimiento sobre hemodiálisis y autocuidados, y escalas sobre autoeficacia en EC.</p>	<p>El nivel de autocuidados entre los pacientes fue moderado y se demostró una correlación significativa ente conocimientos, autoeficacia y automanejo. Las enfermeras deberían educar detalladamente para mejorar los conocimientos y la autoeficacia de estos pacientes.</p>
<p>A nurse-led case management program on home exercise training for hemodialysis patients: A randomized controlled trial</p>	<p>Tao X, Chow SK, Wong FK.</p>	<p>2015</p>	<p>International Journal of Nursing Studies</p>	<p>ECA</p>	<p>Examinar los efectos de un programa de entrenamiento de ejercicios en casa en pacientes sometidos a hemodiálisis mediante la gestión de casos dirigida por enfermeras.</p>	<p>Una muestra de 113 pacientes fue dividida en 2 grupos; grupo control (56) y grupo intervención (57). Ambos grupos recibieron una sesión de entrenamiento semanal durante 6 semanas. El grupo intervención, además, recibió educación y entrenamiento especializado dirigido por las enfermeras.</p>	<p>El grupo intervención mejoró la velocidad de la marcha, tanto la normal como la rápida, así como la prueba de <i>sit-to-stand</i>. Se hallaron mejoras en la calidad de vida del grupo intervención. El ejercicio en casa dirigido por enfermeras mediante manejo de casos es efectivo para mejorar la condición física y la salud percibida.</p>

Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: a descriptive study.	Hui Li, Ya-fang Jiang, Chiu-Chu Lin	2014	International Journal of Nursing Studies	Descriptivo	Examinar los niveles de autocuidado y discutir sobre los factores que influyen en los autocuidados de un grupo de pacientes sometidos a hemodiálisis.	El estudio se realizó con una muestra de 216 pacientes de 3 unidades de hemodiálisis distintas. La recogida de datos se realizó mediante cuestionarios que midieron; nivel de autocuidados, conocimientos sobre hemodiálisis, autoeficacia, ansiedad y depresión, y apoyo social.	El conocimiento sobre hemodiálisis en estos pacientes resultó ser escaso, registrando bajos niveles de autocuidados. Los principales factores que influyeron en los autocuidados fueron los conocimientos del paciente, la autoeficacia, la depresión y el acceso a apoyo social.
The effect of self-care education through teach back method on the quality of life in hemodialysis patients.	Abbasi Abianeh N et al.	2020	Journal of Nephrology & Therapeutics	Cuasi experimental	Determinar el efecto de la educación para el autocuidado mediante el método <i>teach-back</i> en pacientes sometidos a hemodiálisis.	El estudio se realizó con una muestra de 45 pacientes. La educación de los pacientes se llevó a cabo mediante el método <i>teach-back</i> a lo largo de 3 sesiones. Para la recogida de datos se emplearon cuestionarios de variables demográficas y de la calidad de vida antes y después de la intervención.	La educación mediante el método <i>teach-back</i> demostró mejoras significativas en la calidad de vida del paciente sometido a hemodiálisis. Se recomienda que las enfermeras implementen este método para educar a los pacientes.

Patients' direction, empowerment and quality of life in haemodialysis.	Cicognani E et al.	2013	Psychology, Health & Medicine	Transversal	Probar la Teoría de Empoderamiento del Consumidor (CDTE) en los pacientes sometidos a hemodiálisis.	El estudio se realizó con una muestra de 69 pacientes. La recogida de datos se llevó a cabo mediante cuestionarios que midieron; emprendimiento del paciente, integración familiar, autoeficacia en el manejo de la enfermedad y la calidad de vida.	El emprendimiento del paciente y la integración familiar, a través de la autoeficacia en el manejo de la enfermedad, tienen efecto sobre la calidad de vida. Se establece el potencial de la teoría del empoderamiento en el ámbito de la salud para pacientes sometidos a hemodiálisis.
Effects of perceived autonomy support and basic need satisfaction on quality of life in hemodialysis patients.	Chen MF, Chang RE, Tsai HB, Hou YH.	2018	Quality of Life Research	Transversal	Determinar si el apoyo a la autonomía percibido por los pacientes en hemodiálisis influye en la satisfacción de sus necesidades básicas y en su calidad de vida.	El estudio se realizó con una muestra de 250 pacientes. Se llevó a cabo un análisis mediante modelos de ecuaciones estructurales (SEM) para examinar la relación entre la percepción de los pacientes en cuanto al apoyo de la autonomía y la calidad de vida relacionada a la salud.	El apoyo a la autonomía por parte de médicos y enfermeras contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis. Esto es indicativo de que el personal sanitario debería ofrecer apoyo para la autonomía del paciente.

<p>A Comparison of Face to Face and Video-Based Self Care Education on Quality of Life of Hemodialysis Patients.</p>	<p>Hemmati Maslampak M, Shams S.</p>	<p>2015</p>	<p>International Journal of Community Based Nursing & Midwifery</p>	<p>Cuasi experimental</p>	<p>Comparar la efectividad de la educación para el autocuidado de dos métodos distintos (presencial y a través de vídeos educativos) y su impacto en la calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis.</p>	<p>El estudio se realizó con una muestra de 120 pacientes dividida en 3 grupos (40 cada uno); grupo control (cuidados rutinario), grupo presencial (folletos informativos) y el grupo mediante vídeo (CD con el mismo contenido educativo).</p>	<p>Tanto la educación presencial como a través de vídeos demostraron mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes, aunque el primero obtuvo mejores resultados. A pesar de que la educación verbal resultó ser más efectiva, la educación por vídeo también es eficaz y puede ser preferible según el caso. Las enfermeras deberían fomentar el autocuidado en los pacientes sometidos a hemodiálisis.</p>
--	--------------------------------------	-------------	---	---------------------------	--	---	--

5. Discusión.

Para facilitar la comprensión de esta parte, se han dividido por apartados los beneficios observados tras las diferentes intervenciones descritas en los artículos seleccionados. Posteriormente se han discutido los diferentes factores que influyen sobre la calidad de vida de estos pacientes.

5.1. Mejoras en la condición física y los niveles bioquímicos.

Jia Lee y Songyi Pack (11), en su ensayo clínico aleatorizado, propusieron desarrollar un programa en el que el paciente sometido a hemodiálisis pudiera gestionar su propia dieta. La intervención consistió en desarrollar una aplicación para móviles inteligentes a la que los pacientes pudieran acceder por cuenta propia.

Este enfoque, acercar la tecnología y emplearla para educar al paciente en materia de autocuidados, es compartido por otros autores de esta revisión. Poorgholami et al (12) o Hemmati Maslakhpak y Shams (13) son ejemplos de ello. Por otra parte, hay autores que abogan por métodos e intervenciones más personales, que establezcan un contacto directo con el paciente. Este es el caso de Ghadam MS et al (14), Tao X et al (15) y Abbasi Abianeh N et al (16).

En el estudio de Jia Lee y Songyi Pack (11) se destaca la importancia de la dieta y el mantenimiento de los niveles bioquímicos. Si los pacientes no realizan un adecuado automanejo de la dieta, pueden sufrir varias complicaciones y ver afectada su calidad de vida. Algunas de estas complicaciones son; edema, hiponatremia, hiperpotasemia e hipertensión. Además, hay pocos estudios que planteen desarrollar una aplicación móvil para controlar la dieta. El único autor de esta revisión que también incluye el uso del teléfono móvil en su intervención es Poorgholami et al (12). Este autor también señala que muchos pacientes presentan conocimientos deficientes sobre la dieta que deben mantener. Hemmati Maslakhpak y Shams (13) también hacen referencia a la importancia de la dieta como parte de los autocuidados en los que la enfermería debe educar.

En este primer estudio, tras educar durante ocho semanas a los pacientes, Jia Lee y Songyi Pack midieron los niveles bioquímicos, la autoeficacia y calidad de vida. Los resultados se midieron antes y después de la finalización del estudio. Estos demostraron que los pacientes del grupo intervención, al manejar su propia dieta a través de la aplicación para móvil, lograron reducir sus niveles de fósforo y potasio en sangre (11).

Por otra parte, Tao X et al (15) enfocaron su ensayo clínico en la condición física de estos pacientes. Los autores observaron que muchos de ellos padecían problemas en este campo. Poorgholami et al (12) y Hemmati Maslakpak y Shams (13) realizaron las mismas observaciones.

De esta forma, Tao X et al (15) centraron sus esfuerzos en la realización de un programa de entrenamiento de ejercicios en casa mediante la gestión de casos dirigida por enfermería. Para llevar a cabo el estudio, un grupo recibió una sesión semanal de entrenamiento durante 6 semanas. Por otro lado, el grupo de intervención recibió educación y entrenamiento individualizados dirigidos por las enfermeras para facilitar la realización de los ejercicios por cuenta propia. Los resultados mostraron que el grupo entrenado más a fondo por las enfermeras mejoraron la velocidad de la marcha lenta, así como de la rápida. A pesar de que ambos grupos presentaron mejorías en la prueba sit-to-stand, el grupo intervención registró mejores resultados. Se demostró que, al centrarse de forma individual en el paciente (fomentando su autoeficacia) se puede mejorar la condición física.

Tanto Jia Lee y Songyi Pack (11) como Tao X et al (15) se centraron en empoderar al paciente, respectivamente, para que sea capaz de gestionar la dieta por sí mismo y realizar ejercicio físico por cuenta propia. Tras estas intervenciones, se observaron beneficios en sus niveles bioquímicos y en la condición física (11,15).

El estudio cuasi experimental realizado por Ghadam MS et al (14), entre los beneficios que describe tras aplicar una intervención para el autocuidado, también señala una mejoría en la condición física de los pacientes intervenidos.

5.2. Mejoras en la salud mental y la esperanza percibida.

Poorgholami et al (12), en su ensayo clínico aleatorizado, estudiaron el impacto de un programa de autocuidados sobre el nivel de esperanza de pacientes en hemodiálisis si se implementaba, o no, un seguimiento telefónico. La esperanza es un recurso interno que supone un gran impacto sobre el comportamiento del individuo. Es un aspecto psicológico que influye en los autocuidados, el afrontamiento de la enfermedad y las conductas positivas relacionadas con la salud (12).

A pesar de que existe evidencia de diversas estrategias para mejorar la esperanza de los pacientes, ningún otro estudio se centra en relacionarlo con los autocuidados mediante un seguimiento telefónico. De esta forma, los autores dividieron a los participantes en tres grupos; cuidados rutinarios en el centro (grupo control), educación para el autocuidado (sin seguimiento) y educación para el autocuidado reforzada por seguimiento telefónico (12).

La esperanza media en los grupos que recibieron educación para el autocuidado fue significativamente mayor que en el grupo control. El entrenamiento para el autocuidado fue efectivo para reducir la depresión y aumentar las conductas positivas relacionadas con la salud (12). Esto desembocó en una mejoría de los síntomas tanto físicos como psicológicos, coincidiendo con Tao X et al (15) en que la educación para el autocuidado puede mejorar la condición física. En adición a esto, los beneficios y el nivel de esperanza registrado por Poorgholami et al (12) en el grupo con seguimiento telefónico fue mayor que en el resto. También quedó constancia de la estrecha relación entre autocuidados, esperanza y calidad de vida, y de cómo el primero potencia y ayuda a mejorar los otros dos.

De esta forma, los autores concluyen que los mejores resultados se obtuvieron mediante el seguimiento telefónico (12). Sin embargo, Hemmati Maslakkpak y Shams (13) obtuvieron resultados que señalaban más beneficiosa la educación presencial en el centro que aquella relegada al hogar del paciente.

Ghadam MS et al (14) realizaron un estudio cuasi experimental con el fin de investigar la influencia de la educación presencial para el autocuidado en la calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis. Los pacientes en tratamiento de hemodiálisis sufren numerosas

complicaciones. Entre ellas se encuentran; trastornos del sueño, neuropatía periférica, estrés psicológico, ansiedad y depresión. Todos estos factores tienen un impacto negativo en la salud mental y la calidad de vida de estos pacientes. También hacen referencia a la condición física reducida de estos pacientes y a la fatiga que presentan, sin embargo, no inciden demasiado en el aspecto de la fatiga ni en su relevancia (14). Horigan AE et al (17), por otra parte, describen al detalle las experiencias relacionadas con la fatiga y la importancia de su automanejo.

Ghadam MS et al (14), para la realización del estudio, dividieron a los participantes en dos grupos, uno de control (cuidados rutinarios) y otro para recibir educación presencial sobre autocuidados. Los resultados mostraron que el grupo intervención mejoró en varios aspectos relacionados con la calidad de vida; mayor condición física y salud mental. Sugieren, además, aumentar el nivel de concienciación de los pacientes mediante técnicas educativas que fomenten el autocuidado y la implicación de estos con su enfermedad. De esta forma, los pacientes son más propensos a tomar el control, ganar autoeficacia, y mejorar su salud mental y calidad de vida (14). Esto concuerda con la teoría del empoderamiento estudiada por Cicognani E et al (18) que se expone en el siguiente apartado.

5.3. Mayor autoeficacia y calidad de vida.

Los autores de esta revisión que han llevado a cabo un ensayo clínico aleatorizado o un estudio cuasi experimental, todos llegaron a la conclusión de que la calidad de vida (y la autoeficacia en algunos casos) se veía aumentada (11-16).

Jia Lee y Songyi Pack (11) llegaron a la conclusión de que los pacientes que emplearon la aplicación para controlar su dieta presentaron una mejoría significativa en su autoeficacia y calidad de vida.

Otro estudio cuasi experimental llevado a cabo por Hemmati Maslarpak y Shams (13) analizó el impacto de dos métodos distintos de educación para el autocuidado en pacientes sometidos a hemodiálisis; educación presencial y educación a través de vídeos. Los autores ponen especial énfasis en el papel de enfermería para la educación en autocuidados de los pacientes en hemodiálisis. La promoción de una mayor calidad de vida es la meta principal en el marco de

las enfermedades crónicas. Y viene dada en forma de educación para los distintos autocuidados. Todo esto, a su vez, se traduce en una mayor autoeficacia por parte del paciente (13).

Siguiendo la misma línea, Chen MF et al también señala la importancia del personal de enfermería, así como del de medicina, como potenciadores de la autonomía del pacientes y de su empoderamiento. Esto conlleva una mayor calidad de vida al percibir los pacientes el apoyo y la implicación del personal sanitario (19). Abbasi Abianeh N et al (16), a su vez, incide en que las enfermeras deberían implementar estrategias para educar en autocuidados a los pacientes sometidos a hemodiálisis. De la misma manera, Hafezieh A et al (20) señalan que las enfermeras deberían educar a los pacientes para aumentar sus conocimientos y fomentar así la autoeficacia. Cicognani E et al (18) también apunta la fuerte relación entre autoeficacia y empoderamiento del paciente por parte del personal sanitario en el proceso de aumentar la calidad de vida.

Los resultados obtenidos por Hemmati Maslakkpak y Shams (13), tras dividir a los pacientes en tres grupos (cuidados rutinarios, educación presencial y educación a través de vídeos) reflejaron una mejoría significativa en la calidad de vida de aquellos que recibieron educación para el autocuidado. Sin embargo, este incremento fue ligeramente superior en el grupo de educación presencial. Esta cuenta con determinadas ventajas, como el trato directo y la disponibilidad de un educador en tiempo real. Sin embargo, la educación para el autocuidado a través de vídeo también es una opción viable capaz de mejorar la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis (13).

Abbasi Abianeh N et al (16), en su estudio cuasi experimental, investigaron el efecto de la educación para el autocuidado mediante el método teach-back en la calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis. Consideran indispensable implicarse en el tratamiento y cuidado del paciente, fomentar la concienciación y la adquisición de habilidades para el autocuidado. Para ello, emplearon el método teach-back (o de enseñanza retrospectiva). Este método busca asegurarse de que el paciente comprende y retiene los conocimientos que se le enseñan, de manera que pueda ponerlos en práctica (16).

Tras educar a un grupo de 45 pacientes durante 3 sesiones aplicando el método teach-back, los resultados obtenidos señalan una mejora significativa en la calidad de vida, así como en el

sentido de la responsabilidad. Se aconseja que las enfermeras pongan en marcha este método para educar en autocuidados a los pacientes de hemodiálisis y mejorar así su calidad de vida (16).

En todos los artículos de esta revisión, cuyos autores investigaron la eficacia de la educación para el autocuidado mediante diferentes intervenciones, los resultados señalaron una mejoría significativa en la calidad de vida (11-16).

5.4. Factores asociados con los autocuidados y la calidad de vida.

En los apartados anteriores se llevó a cabo la discusión de los autores que investigaron el impacto en la calidad de vida del paciente sometido a hemodiálisis mediante diversas intervenciones centradas en autocuidados. Por otra parte, esta revisión también engloba estudios de autores que se enfocaron en describir y observar factores asociados con los autocuidados y que influyen en la calidad de vida de estos pacientes.

Hafezieh A et al (20) y Hui Li et al (21) ambos examinan en sus estudios, entre otras cosas, los niveles de autocuidados de los pacientes y factores asociados a estos.

Hafezieh A et al (20) examinaron los autocuidados, pero también su correlación con autoeficacia y con los conocimientos sobre hemodiálisis de los pacientes. Establecen como principales componentes del autocuidado el manejo de los conocimientos, el estilo de vida y el apoyo social. Estas afirmaciones están sostenidas también por los resultados obtenidos por Hui Li et al (21). Cicognani E et al (18), en menor medida, también señala la importancia del apoyo social, especialmente en el entorno familiar. Señala además los conocimientos del paciente como herramienta de empoderamiento (18).

Hafezieh A et al (20) recogieron los datos mediante el uso de formularios, cuestionarios y escalas sobre distintos aspectos (variables demográficas, conocimiento sobre hemodiálisis y autocuidados, autoeficacia en el manejo de la enfermedad) en una muestra de 159 pacientes repartidos en 4 centros distintos. Hui Li et al (21), a su vez, estudiaron una muestra de 216 pacientes de 3 centros distintos, y valoraron mediante cuestionarios los mismos aspectos que Hafezieh A et al (20). Sin embargo, midieron variables adicionales como la ansiedad y la

depresión, así como el apoyo social. En línea con esto, Chen MF et al (19), en un estudio sobre factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis, también destacaron la influencia de la ansiedad y la depresión, así como del apoyo social manifestado por el estatus social del paciente.

Los resultados obtenidos por Hafezieh A et al (20) mostraron que los niveles de conocimiento para el autocuidado eran moderados, aunque desiguales. De esta forma, los pacientes mostraron mayor nivel de autocuidados en aspectos relacionados con su fístula, pero escasos en otros, como el mantenimiento de la dieta o la apropiada restricción de líquidos. Esto pone de manifiesto la importancia de medidas como la estudiada por Jia Lee y Songyi Pack (11) para facilitar a los pacientes el automanejo de su propia alimentación.

Hafezieh A et al (20) también observaron una correlación entre autoeficacia, conocimientos y autocuidados. Cuanto mayor era el nivel de autocuidados, mayor era la autoeficacia de los pacientes, así como los conocimientos que ponían en práctica. Hui Li et al (21), por otra parte, registraron un nivel escaso de conocimiento sobre autocuidados en los pacientes. Los resultados que obtuvieron fueron semejantes a los observados por Hafezieh A et al (20). Sin embargo, Hui Li et al (21) identificó que los pacientes presentaban mejores resultados en autocuidados relacionados con la cooperación, pero menores en aquellos relacionados con el automanejo de sus emociones. Hafezieh A et al (20) también observaron que los autocuidados donde los pacientes mostraban más iniciativa eran aquellos que implicaban la interacción (o cooperación) con las enfermeras, como ajustar los parámetros de la máquina o la pérdida programada.

Hui Li et al (21) describieron como principales factores que influían sobre el autocuidado y la calidad de vida (además del automanejo y los conocimientos) el acceso a apoyo social y la depresión. Este estudio coincide con Hafezieh A et al (20) en cuanto a la correlación directa entre autoeficacia, conocimientos y autocuidados. Sin embargo, también incide en la influencia de otros factores adicionales que guardan estrecha relación, como el apoyo social, la depresión y el manejo de las propias emociones (21). En línea con esto, Cicognani E et al (18) también destacan la importancia de la integración dentro de la comunidad como factor capaz de influir en la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis,

Otro estudio transversal, llevado a cabo por Chen MF et al (19), se enfocó en el apoyo a la autonomía percibido por los pacientes en hemodiálisis. El fin era determinar cómo influye esto en la satisfacción de sus necesidades básicas y en su calidad de vida. Cicognani E et al (18), en su estudio transversal, trataron un tema similar, pues aplicaron la Teoría de Empoderamiento del Consumidor (CDTE) para observar cómo influía en la calidad de vida. Ambos artículos se centraron en analizar los efectos de la autonomía y el empoderamiento del paciente como factores condicionantes de la calidad de vida.

Los autores de ambos artículos ponen énfasis en los reducidos niveles de calidad de vida que registran estos pacientes como consecuencia de las numerosas complicaciones que padecen y las restricciones propias de la enfermedad. Esto justifica la importancia de estudiar factores que puedan influir en su calidad de vida (18,19).

Chen MF et al (19) describen factores sociodemográficos (estatus social relacionado con situaciones como el desempleo y la precariedad financiera), clínicos (duración de las sesiones o cantidad de visitas al hospital) y psicológicos (ansiedad y depresión) como influyentes en la calidad de vida de los pacientes. Cicognani E et al (18), por otra parte, no describe tantos factores como el estudio anterior, sino que centra la atención principalmente en los conceptos de empoderamiento y dirección del paciente (orientación que implica al paciente en las políticas relacionadas con su salud) como método para fomentar su autonomía, hacerlo partícipe de las decisiones que afecten su salud e integrarlo en la comunidad, mejorando así su calidad de vida.

Chen MF et al (19) examinaron la relación entre el apoyo a la autonomía percibido y la calidad de vida relacionada a la salud de 250 pacientes. Por otra parte, Cicognani E et al (18) midieron el emprendimiento, la integración familiar, la autoeficacia en el manejo de la enfermedad y la calidad de vida de 69 pacientes para probar la Teoría de Empoderamiento. Ambos estudios obtuvieron resultados similares.

Chen MF et al (19) concluyeron que ante mayor autonomía percibida por los pacientes, mayor es la satisfacción de sus necesidades básicas, traduciéndose en una mayor calidad de vida. También establecieron la motivación como una herramienta indispensable para fomentar actitudes más positivas para la salud. Cicognani E et al (18), por su parte, reafirma los resultados obtenidos en el anterior estudio. Concluye que la Teoría de Empoderamiento del Consumidor,

aplicada a los pacientes para aumentar su autonomía, tiene efecto sobre la calidad de vida. También señalan la importancia de la integración familiar y la dirección del paciente (ofrecerle la posibilidad de tomar decisiones sobre su propia salud).

Por último, un estudio llevado a cabo por Horigan AE et al (17) estudió el fenómeno de la fatiga en los pacientes sometidos a hemodiálisis. Pese a ser un síntoma tan presente entre los pacientes crónicos, es poco atendido y tratado debido a su naturaleza silente. Hay pocos estudios que traten el tema de la fatiga o los autocuidados necesarios para sobrellevarla (17).

Se describió una fatiga física (sensación de falta de fuerza física y energía) y fatiga mental (dificultad para recordar sucesos de la vida diaria). La fatiga acarrea diversas consecuencias; menor socialización, dificultad para disfrutar el tiempo en familia y menor participación en actividades. Otros factores relacionados con la fatiga fueron la depresión o el descanso inadecuado. La técnicas de autocuidado más empleada fue el descanso tras las sesiones de hemodiálisis, aunque los resultados mostraron que este automanejo era insuficiente y poco efectivo. La fatiga resultó afectar significativamente la calidad de vida de estos pacientes. Debido a esto, los autores señalan el papel de enfermería como idóneo para la educación en este síntoma (17).

6. Limitaciones.

A lo largo de la realización de la presente revisión integradora de la literatura, surgieron algunas limitaciones que se expondrán a continuación.

La principal limitación del trabajo es la escasa cantidad de artículos útiles para su inclusión. Esta fue una consecuencia directa de los criterios de exclusión, que se consideraron necesarios para una mayor especificidad. Sin embargo, también ocasionaron una reducción considerable en el número final de artículos. Debido a esto, se incluyeron estudios de los últimos 10 años, de modo que algunos podrían considerarse demasiado antiguos

De esta forma, al disponer de pocos estudios que comparar, las intervenciones estudiadas no están todo lo contrastadas entre sí que deberían. A pesar de que los resultados y conclusiones sean similares y puedan relacionarse, habría sido preferible corroborar estos hechos con otros artículos que empleasen la misma intervención.

Por último, cabe destacar que la media del tamaño muestral de los estudios incluidos en esta revisión es de aproximadamente 108 pacientes. Al estudiar a pacientes sometidos a hemodiálisis en centros con una capacidad máxima para este tipo de pacientes, es evidente que el tamaño muestral será relativamente modesto, oscilando por lo general desde 70 a 250 pacientes. Sin embargo, podría considerarse algo heterogéneo. Esto se evidencia con la muestra en el estudio descriptivo de la fatiga llevado a cabo por Horigan AE et al (17), donde solo cuentan con 14 pacientes (limitación reconocida por los propios autores).

7. Conclusiones.

7.1. Objetivo general.

El objetivo general de esta revisión era averiguar si los autocuidados tienen un impacto positivo en la calidad de vida del paciente sometido a hemodiálisis.

Tras revisar los artículos seleccionados, se puede concluir que el fomento de los autocuidados en hemodiálisis conlleva un impacto positivo en la calidad de vida. Algunos de los beneficios registrados tras intervenir y educar en autocuidados son: mejor condición física, mayor control de los niveles bioquímicos, mayor sensación de esperanza y mejora general del estado mental, mayor autoeficacia y empoderamiento del paciente.

Todos estos beneficios evidencian el impacto positivo de los autocuidados en la calidad de vida del paciente sometido a hemodiálisis.

7.2. Primer objetivo específico.

El primer objetivo específico de esta revisión era conocer intervenciones que puedan fomentar el autocuidado en pacientes sometidos a hemodiálisis.

Algunas intervenciones que han demostrado ser efectivas a la hora de educar en materia de autocuidados son:

- Educación presencial estándar.
- Educación reforzada por seguimiento telefónico.
- Desarrollo y empleo de aplicaciones móviles específicas.
- Educación a través de la gestión de casos dirigida por enfermería.
- Educación empleando el método de enseñanza retrospectiva.
- Educación potenciada por material audiovisual (vídeos).

7.3. Segundo objetivo específico.

El segundo objetivo específico de esta revisión era comprender los factores que pueden influir en la calidad de vida del paciente sometido a hemodiálisis.

A lo largo de esta revisión, se observaron una serie de factores íntimamente ligados con los autocuidados y la calidad de vida. Estos factores influyen constantemente en la vida del paciente sometido a hemodiálisis. Son componentes que se relacionan entre sí y adquieren especial relevancia en el contexto de la enfermedad. Los principales son:

- Nivel de conocimientos, automanejo y autoeficacia: cuanto mayor entendimiento se tenga de la enfermedad, más eficaz será el automanejo de esta, y por ende mayor autoeficacia presentará el paciente. Conocimientos, autocuidados y autoeficacia están íntimamente relacionados. Se retroalimentan entre sí y contribuyen a mejorar la calidad de vida.
- Presencia de fatiga: síntoma recurrente en hemodiálisis. De no ser gestionado adecuadamente por el paciente, acarrea múltiples consecuencias y supone un impacto negativo en la calidad de vida.
- Autonomía percibida y empoderamiento (dirección del paciente): ante mayor autonomía percibida por parte del paciente, mayor es la satisfacción de sus necesidades básicas. El empoderamiento es eficaz para aumentar dicha autonomía y la percepción del apoyo a la autonomía. A través del empoderamiento y la dirección del paciente, se le hace partícipe de las decisiones relevantes sobre su propia salud. Todo ello contribuye a una mayor calidad de vida.
- Motivación: factor indispensable y estrechamente relacionado con el punto anterior. Sin motivación, el paciente no estará predispuesto al resto de factores beneficiosos.
- Apoyo social: el apoyo recibido y percibido por parte del paciente influye significativamente en su calidad de vida. Ante mayor apoyo social y familiar, mayor calidad de vida.
- Ansiedad y depresión: componentes que afectan la salud mental del paciente y, de no ser considerados, dificultan el éxito de otros factores capaces de influir positivamente en la calidad de vida.

8. Futuras líneas de investigación.

Como ya se ha comentado con anterioridad, los beneficios de los autocuidados en el paciente sometido a hemodiálisis son más que evidentes.

Sin embargo, se necesitan más estudios que pongan en marcha intervenciones similares para comparar debidamente sus resultados. De esta forma, aumentaría la evidencia en el campo y se podrían contrastar mejor los resultados obtenidos hasta la fecha. Del mismo modo, resultaría útil poner en marcha medidas eficaces para mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir las complicaciones asociadas a un escaso automanejo de la enfermedad.

Las futuras líneas de investigación deberían explotar estas posibilidades, especialmente en el campo de la enfermería, para corroborar con un mayor nivel de confianza el potencial de las intervenciones para el autocuidado en los pacientes sometidos a hemodiálisis y su impacto en la calidad de vida.

Referencias bibliográficas.

1. OMS. Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2021. [citado 16 Feb 2022]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Gorostidi Manuel, Santamaría Rafael, Alcázar Roberto, Fernández-Fresnedo Gema, Galcerán Josep M., Goicoechea Marián et al . Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. Nefrología (Madr.) [Internet]. 2014 [citado 16 Feb 2022]; 34(3): 302-316. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-69952014000300005
3. Documento Marco sobre Enfermedad Renal Crónica dentro de la Estrategia de Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet] Madrid. Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015. [citado 16 Feb 2022]; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Doc_enfermedad_renal.pdf#%5B%7B%22num%22%3A28%2C%22gen%22%3A0%7D%2C%7B%22name%22%3A%22FitH%22%7D%2C705%5D
4. NIDDK: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. [Internet]. Bethesda, Maryland: Hemodiálisis; 2018 [citado 16 Feb 2022]; Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/insuficiencia-renal/hemodialisis>
5. National Kidney Foundation. [Internet]. 30 East 33rd Street, New York: Hemodiálisis; 2022 [citado 22 Ene 2022]; Disponible en: <https://www.kidney.org/atoz/content/hemodialysissp>
6. Grady PA, Gough LL. El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. Am J Public Health [Internet] 2018 [citado 16 Feb 2022]; 108(6): 437-444. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6291764/>
7. OMS. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights [Internet]. 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325480/9789241550550-eng.pdf>

8. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2019. [citado 16 Feb 2022] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_E_Cronicidad_Final.pdf
9. Assumpció González Mestre. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enferm Clínica* [Internet] 2014 [citado 16 Feb 2022]; 24(1): 67-73. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-autonomia-del-paciente-con-S1130862113001769>
10. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español. [Internet]. Alicante. [citado 22 Mar 2022]. Disponible en: <https://redcaspe.org/>
11. Pack S, Lee J. Randomised controlled trial of a smartphone application-based dietary self-management program on haemodialysis patients. *J Clin Nurs* [Internet]. 2021 [citado 9 Abr 2022]; 30(5-6):840-848. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33377565/>
12. Poorgholami F, Mansoori P, Montaseri Z, Najafi K. Effect of Self Care Education with and without Telephone Follow-Up on the Level of Hope in Renal Dialysis Patients: A Single-Blind Randomized Controlled Clinical Trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery* [Internet]. 2016 [citado 9 Abr 2022]; 4(3):256-264. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27382592/>
13. Hemmati Maslakkpak M, Shams S. A Comparison of Face to Face and Video-Based Self Care Education on Quality of Life of Hemodialysis Patients. *Int J Community Based Nurs Midwifery* [Internet]. 2015 [citado 9 Abr 2022]; 3(3):234-243. Disponible en: <https://www.epistemonikos.org/en/documents/073244eb892ce1f002d08400eafbe9a3e50346e8>
14. Ghadam MS, Poorgholami F, Badiyepymaie Jahromi Z, Parandavar N, Kalani N, Rahmanian E. Effect of Self-Care Education by Face-to-Face Method on the Quality of Life in Hemodialysis Patients (Relying on Ferrans and Powers Questionnaire). *Glob J Health Sci* [Internet]. 2015 [citado 9 Abr 2022]; 20;8(6):121-127. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26755485/>

15. Tao X, Chow SK, Wong FK. A nurse-led case management program on home exercise training for hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015 [citado 9 Abr 2022]; 52(6):1029-1041. Disponible en: <https://cutt.ly/bHgt4BE>
16. Abbasi Abianeh N, Abdollah Zargar S, Amirkhani A, Adelipouramlash A. The effect of self-care education through teach back method on the quality of life in hemodialysis patients. *Nephrol Ther* [Internet]. 2020 [citado 9 Abr 2022]; 16(4):197-200. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsespana/resource/es/mdl-32532600>
17. Horigan AE, Schneider SM, Docherty S, Barroso J. The experience and self-management of fatigue in patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J* [Internet]. 2013 [citado 14 Abr 2022]; 40(2):113-122. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23767335/>
18. Cicognani E, Mazzoni D, Laghi M, Sgarlato V, Mosconi G. Patients' direction, empowerment and quality of life in haemodialysis. *Psychol Health Med* [Internet]. 2014 [citado 14 Abr 2022]; 19(5):552-558. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsespana/resource/es/mdl-24215533>
19. Chen MF, Chang RE, Tsai HB, Hou YH. Effects of perceived autonomy support and basic need satisfaction on quality of life in hemodialysis patients. *Qual Life Res* [Internet]. 2018 [citado 14 Abr 2022]; 27(3):765-773. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsespana/resource/es/mdl-29027069>
20. Hafezieh A, Dehghan M, Taebi M, Iranmanesh S. Self-management, self-efficacy and knowledge among patients under haemodialysis: a case in Iran. *J Res Nurs* [Internet]. 2020 [citado 14 Abr 2022]; 25(2):128-138. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34394617/>
21. Li H, Jiang YF, Lin CC. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: a descriptive study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2014 [citado 14 Abr 2022]; 51(2):208-216. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsespana/resource/es/mdl-23768411>

Anexos

Anexo 1. Plantillas CASPe para ECA (10).

A/¿Son válidos los resultados del ensayo?

Preguntas "de eliminación"

1	¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida? <i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i> - La población de estudio. - La intervención realizada. - Los resultados considerados.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
2	¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos? - ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
3	¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él? - ¿El seguimiento fue completo? - ¿Se interrumpió precozmente el estudio? - ¿Se analizaron los pacientes en el grupo al que fueron aleatoriamente asignados?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

Preguntas de detalle

4	¿Se mantuvo el cegamiento a: - Los pacientes. - Los clínicos. - El personal del estudio.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
5	¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo? <i>En términos de otros factores que pudieran tener efecto sobre el resultado: edad, sexo, etc.</i>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
6	¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

B/ ¿Cuáles son los resultados?

7	¿Es muy grande el efecto del tratamiento? <i>¿Qué desenlaces se midieron? ¿Los desenlaces medidos son los del protocolo?</i>			
8	¿Cuál es la precisión de este efecto? <i>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</i>			

7 ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?	Sí, los niveles de esperanza en los grupos intervención fueron significativamente mayores que en el grupo control.	Sí, el grupo intervención mejoró sus nivel de fósforo sérico, potasio, autoeficacia y calidad de vida.	Sí, el grupo intervención mejoró en su condición física, la calidad de vida y el estado de salud auto percibido.
8 ¿Cuál es la precisión de este efecto?	95%	95%	95%
9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?	Sí	Sí	Sí
10 ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?	Sí	Sí	Sí
11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?	Sí	Sí	Sí
Calidad metodológica	Alta	Alta	Alta