

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN GERIATRÍA



PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS
EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL (DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS)
EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO.

YULY FERNANDA MOTTA ARTUNDUAGA

TRABAJO DE GRADO

presentado como requisito parcial para optar al título de MÉDICO GERIATRA

ESPECIALIZACIÓN EN GERIATRÍA

BOGOTÁ, DC. JUNIO de 2016

NOTA DE ADVERTENCIA

"La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará por que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por que las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia".

Artículo 23 de la Resolución No13 de julio de 1946.

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS
EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL (DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS)
EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO.

APROBADO:

CARLOS ALBERTO CANO

Director del postgrado Geriatría

Jurado 1

RODRIGO ALBERTO HEREDIA

Médico Geriatra

Jurado 2

DIEGO ANDRES CHAVARRO CARVAJAL

Médico Internista y Geriatra

AUTORES:

Dra. Martha Patricia Rodríguez Sánchez

Especialista en Medicina Interna y Nefrología. Profesora Asistente Pontificia Universidad Javeriana. Internista y Nefróloga Clínica y de Trasplantes Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

Dra. Yuly Fernanda Motta Artunduaga

Residente de Geriatría Pontificia Universidad Javeriana
Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

Dr. Camilo Alberto González González

Especialista en Medicina Interna y Nefrología.
Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

Dra. Martha Cecilia Galindo

Psicóloga Unidad Renal Hospital Universitario San Ignacio
Bogotá, Colombia.

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS
EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL (DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS)
EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO.

YULY FERNANDA MOTTA ARTUNDUAGA

MERY BERMUDEZ

Decana Académica de la facultad de Medicina

JUAN GUILLERMO CATAÑO

Directo de Postgrados de la facultad de Medicina

Infinitas gracias doy al Todo Poderoso y María Santísima que me han dado la vida, la gracia, la salud y la oportunidad de seguir creciendo académicamente en ámbito profesional y llegar hasta donde he llegado.

A mi madre hermosa que siempre, siempre me apoyo para que siguiera con mis sueños, a mi padre y hermanos que me dieron voces de aliento para no desfallecer y a mi esposo Elder José por tan invaluable apoyo en cada uno de los días oscuros, grises y radiantes que pase por estos 4 años.

A mis profesores geriatras que con su dedicación han labrado gran parte de lo que soy ahora como persona y profesional, a la Dra. Martha Patricia Rodríguez que se convirtió en una madre adoptiva en mis días de angustia y de alegría, que me enseñó que para crecer como especialista hay que crecer como persona.

TABLA DE CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.....	8
2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. Concepto, características y prevalencia.....	11
2.1.1. Clasificación.....	12
2.1.2. Terapias de reemplazo renal.....	14
2.2. Calidad de vida	15
2.2.1. Concepto	15
2.2.2. Calidad de vida relacionada con la salud	17
3. OBJETIVOS.....	18
3.1. General.....	18
3.2. Específicos	18
4. POBLACIÓN.....	19
4.1. Muestra	19
4.2. Criterios de inclusión.....	19
4.3. Criterios de exclusión	19
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	20
5.1. Área de estudio	20
5.2. Operacionalización de las variables.....	20
5.3. Técnica de recolección.	21
5.4. Tiempo de recolección de los datos	28
6. RESULTADOS.....	29
6.1. Estadísticos Descriptivos.....	29
6.2. Estadísticos Correlacionales.....	33

6.3. Estadísticos Inferenciales	34
6.4. Análisis Cualitativo.....	35
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	38
8. ANEXOS	39
9. BIBLIOGRAFÍA	48

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. (1) Estas cifras suponen importantes consecuencias sociodemográficas, políticas y un aumento en la prevalencia de patologías crónicas, entre las que se encuentran la enfermedad renal crónica (ERC) y con ello un aumento en el número de pacientes sometidos a terapias de reemplazo renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) que se establecen como medidas terapéuticas y de soporte para mejorar un estado clínico propio de la falla renal en pacientes con ERC estadio 5.(2)

La ERC, además es considerada en el Sistema de Seguridad Social en Salud, una patología de alto costo, por generar un gran impacto económico sobre las finanzas del sistema de salud, (3) y un desequilibrio económico, social y laboral para el paciente, que se encuentra en un tratamiento no curativo y permanente que es altamente invasivo y demandante, el cual se asocia a mayores complicaciones de tipo infeccioso, hemodinámico, cardiovascular, y que ocasiona importantes repercusiones sobre su calidad de vida.

El interés por el estudio en la calidad de vida ha aumentado de forma significativa en los últimos años (4)(5)(6)(7), pues se ha considerado que después de haberse satisfecho las necesidades básicas de la población al menos en el mundo desarrollado, era hora de trabajar por otros aspectos de evaluación de la calidad y resultado en la atención de la salud. A pesar de su importancia, aún no existe consenso sobre la definición o medición adecuada de calidad de vida, ni mucho menos calidad de vida frente a una patología crónica como la ERC asociada.

Un concepto integrador de calidad de vida, posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos y supone un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona

La calidad de vida relacionada con salud, ha probado ser útil, principalmente como un rasgo de estructura general, dentro de la cual las dimensiones relevantes de la vida y la salud se pueden examinar en investigación y en el desarrollo de la práctica clínica, por lo que diferentes estudios, (4)(5)(6)(7) han evaluado la relación existente entre la funcionalidad y percepción de la salud cuando los pacientes reciben tratamiento para ERC estadio 5, ya sea diálisis peritoneal o hemodiálisis.

Se han usado diferentes cuestionarios aplicados a los pacientes con el fin de conocer la visión sobre diversos aspectos de la vida, la influencia que tiene la enfermedad y el tratamiento con su diario vivir, sin embargo, pocos estudios han analizado la calidad de vida con respecto a la percepción en salud en nuestro país.

Basados en las grandes implicaciones en morbimortalidad de la ERC, los costos sobre el sistema de salud y los diferentes cambios que tanto la enfermedad como la terapia de hemodiálisis pueden ocasionar sobre la autopercepción de calidad de vida y el concepto de salud, surge el interés por realizar el presente estudio con el fin de identificar y describir los principales factores que pueden influir en la calidad de vida y autopercepción de salud de los pacientes en terapia de soporte renal, y de esta forma, poder intervenir de manera más eficiente en las esferas social, cultural, personal y familiar, esperando así mejorar la calidad de vida de los pacientes con ERC en diálisis (diálisis peritoneal y hemodiálisis) y proponer estudios futuros alrededor de este tema.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CONCEPTO, CARACTERÍSTICAS Y PREVALENCIA

La ERC se define como el deterioro sostenido, progresivo e irreversible de la función renal, por un tiempo igual o mayor a tres meses, ocasionando daño estructural o funcional del riñón, con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG), que se manifiesta con alteraciones patológicas o de los marcadores de daño renal (9,10). Cuando la TFG es menor de 60 mL/minuto/1.73 m² por tiempo igual o superior a tres meses, con o sin daño renal (9), las guías HKF-K/DOQI (National Kidney Foundation - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) recomiendan que a partir de esta TFG (9), la determinación de la función renal se debe establecer calculando la TFG por la fórmula MDRD 4 (Modification Diet in Renal Disease 4) (10).

Este trastorno puede ser provocado por enfermedades sistémicas como diabetes mellitus, glomerulonefritis crónica, pielonefritis, hipertensión arterial no controlada, obstrucción del tracto urinario, lesiones hereditarias como nefropatía poliquística, trastornos vasculares, infecciones, medicamentos o agentes tóxicos. (10)

Es muy difícil establecer la verdadera prevalencia de la ERC dentro de una comunidad porque la ERC leve a moderada puede ser asintomática por tiempo variable (11) no obstante, se considera que cerca del 10% de la población mundial tiene ERC de diversos grados de severidad y se estima un incremento proporcional a una de las principales etiologías de deterioro renal como lo es la diabetes mellitus, que será el doble de la actual en los próximos 20 años (11). En España se realizó en el año 2004, un estudio multicéntrico, aleatorizado, denominado estudio EPIRCE, el cual mostró que la prevalencia de ERC en estadios 3, 4 y 5 era cercana al 17,8% de la población adulta, alcanzando el 45% en la población anciana 126 casos por millón de población (pmp), siendo las tasas más altas de incidencia y prevalencia en el grupo mayor de 65 años. (12)

En latinoamérica la prevalencia de pacientes en diálisis ha incrementado proporcionalmente con respecto a lo reportado a nivel mundial, de 162 pacientes ppm en 1991 a 478 ppm en el 2005 (59.6% en hemodiálisis, 20.4% en diálisis peritoneal y 20.4% con injerto renal funcionando). La mayor prevalencia la adjudican a Puerto Rico, Uruguay y Chile. (2)

En Colombia, la prevalencia e incidencia de la ERC avanzada que requiere terapia de remplazo renal, ha crecido de manera progresiva; en la actualidad hay aproximadamente 25.000 personas en terapia de remplazo renal, lo que equivale a una prevalencia aproximada de 450 pacientes por millón de habitantes, con una incidencia alrededor de 5%, dicha población podría duplicarse durante los próximos 10 años y alcanzar una prevalencia superior a 800 pacientes por millón de habitantes contribuyendo con 64% del costo total atribuible a las enfermedades de alto costo en el país. (13)

Teniendo en cuenta que cada vez es más frecuente el acceso de pacientes de edad avanzada a la terapia dialítica, es necesario evaluar los efectos derivados de la misma en este grupo poblacional y establecer límites de acuerdo con los beneficios reales y calidad de vida, logrados al aplicar el tratamiento.(13)

2.1.1. Clasificación

La clasificación de la ERC (Tabla 1), según las recomendaciones de las guías NKF-K/DOQI (1), fue diseñada para establecer la severidad del compromiso renal y no reemplaza los esquemas de clasificación basados en la etiología (2).

Prognosis of CKD by GFR and Albuminuria Categories: KDIGO 2012

				Persistent albuminuria categories Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased <30 mg/g <3 mg/mmol	Moderately increased 30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	Severely increased >300 mg/g >30 mg/mmol
GFR categories (ml/min/1.73 m ²) Description and range	G1	Normal or high	≥90			
	G2	Mildly decreased	60-89			
	G3a	Mildly to moderately decreased	45-59			
	G3b	Moderately to severely decreased	30-44			
	G4	Severely decreased	15-29			
	G5	Kidney failure	<15			

Green: low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); Yellow: moderately increased risk; Orange: high risk; Red, very high risk.

To-

mado de Kidney International Supplements (2013) 3,5-14;doi:10.1038/kisup.2012.

Factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad vascular y dislipidemia, asociados al proceso de envejecimiento, han conseguido cambiar la visión epidemiológica de la ERC dada su alta prevalencia, además responsables de un incremento de la morbimortalidad cardiovascular respecto a la población general.

El proceso de envejecimiento renal condiciona una serie de cambios anatómicos y funcionales que hacen al anciano más vulnerable frente a diferentes circunstancias que pudieran alterar su condición de salud. La reducción fisiológica del filtrado glomerular en 10 mL/min por cada década de la vida y el pobre valor que aporta la creatinina sérica como muestra aislada para establecer el verdadero compromiso de la función renal, deben ser tenidos en cuenta al momento de evaluar dicha función en el paciente anciano.

2.1.2. Terapias de reemplazo renal

Dentro del tratamiento para ERC estadio 5, se encuentran los procedimientos de sustitución de la función renal mediante la diálisis (peritoneal y hemodiálisis) o el trasplante renal; ambos tratamientos son complementarios, de manera que un paciente en diálisis crónica puede ser candidato a trasplante y por otro lado, frente a un fracaso del trasplante, el paciente puede retornar a un programa de diálisis.

En la ERC deben identificarse y tratarse todos los factores que complican el problema y se además dar manejo oportuno y adecuado a condiciones potencialmente reversibles, como el estado de uremia y las alteraciones hidroelectrolíticas que aumentan la morbi-mortalidad de estos pacientes. (12)

El tratamiento de diálisis debe ir acompañado de otras recomendaciones especiales que para el paciente en varias ocasiones son difíciles de cumplir, entre ellas realizar una estricta dieta para controlar los niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio que al estar alterados causan complicaciones cardiovasculares y osteoarticulares importantes con impacto sobre su calidad de vida (14), además, requieren una alta adherencia a las restricciones en la ingesta de líquidos y toma de medicamentos (15)

Aunque el tratamiento de diálisis es indispensable para la supervivencia del paciente, produce efectos físicos adversos en él, entre ellos, desnutrición debida a la eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, edema de miembros inferiores, así como mal sabor en la boca producto de la no eliminación de desechos (14).

Todo lo anterior puede tener serias implicaciones en la vida del paciente porque el hacer frente a una enfermedad crónica y progresiva, altamente demandante, cuyo tratamiento es invasivo y continuado, produce de manera permanente importantes cambios en los estilos y hábitos de vida ocasionando limitaciones en la dieta, alteración en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, todos estos estrechamente relacionados

con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta seguramente la calidad de vida relacionada con la salud (15).

2.2. CALIDAD DE VIDA

2.2.1. Concepto

A pesar de su importancia, aún no existe el consenso sobre la definición o medición adecuada de calidad de vida.

En el 2011, se propone un concepto integrador de calidad de vida, definido como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona, posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad, la productividad personal y la salud objetivamente percibida. (8)

La definición planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante su grupo de trabajo en calidad de vida (World Health Organization Quality Of Life-WHOQOL), considera que la calidad de vida es subjetiva; percepción a partir de constructos objetivos como bienestar emocional, riqueza material, salud, trabajo y otras actividades productivas, relaciones familiares y sociales, seguridad, integración con la comunidad y la condición subjetiva sería la satisfacción con ese recurso; es decir calidad de vida “ es la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses”.(8)

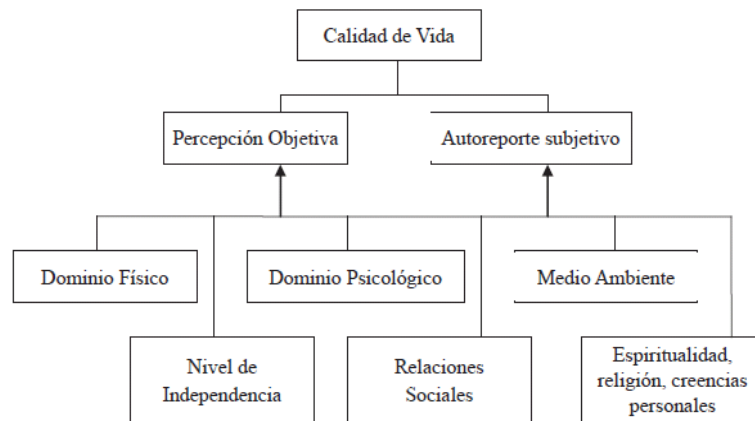


Diagrama conceptual de OMS, tomado de calidad de vida: una revisión teórica. 2012.

Otros conceptos planteados a través del tiempo.

Tabla 1. Diversas definiciones para el concepto de calidad de vida.

Referencia	Definición Propuesta
Ferrans (1990b)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Shaw (1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al., (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al., (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida.

Tomado de Calidad de vida. Una revisión teórica. 2012

2.2.2. Calidad de vida relacionada con la salud

La percepción de calidad de vida relacionada con la salud, se expresa en términos de bienestar, como un proceso dinámico y cambiante (17) que varía según el sistema de valores de los individuos (18).

Hasta hace más de diez años, este concepto estuvo más centrado en las respuestas ante los efectos físicos, psicológicos y sociales que genera la enfermedad en la vida diaria del paciente y en la capacidad para recuperar el bienestar (19), no obstante, actualmente el concepto es visto más como una evaluación que realiza el individuo respecto a su salud, relacionada con el grado de funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal para realizar las actividades cotidianas, así como el bienestar emocional y la percepción general de la salud.

Dado que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto en el que convergen múltiples factores, esta debe evaluarse a través de distintas áreas, se recomienda abordar los dominios físico, psicológico y social. En el primero, se evalúan atributos como los síntomas, el funcionamiento físico y la discapacidad; en el dominio psicológico se consideran el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión y la autoestima; y en el tercer dominio se valoran las relaciones interpersonales del paciente, la actividad diaria y la rehabilitación laboral, entre otros.

Desde esta perspectiva, el concepto enfatiza en el bienestar y la satisfacción del paciente, en la mejora de sus condiciones de vida, en la percepción que ellos tienen sobre su salud y en su recuperación integral, aspectos muy importantes en los pacientes con enfermedades crónicas, quienes deben vivir con una condición médica permanente como la ERC en estados avanzados, con requerimiento de un tratamiento sustitutivo de reemplazo renal en donde deben aprender a convivir con las limitaciones que ocasiona la enfermedad y el tratamiento, además de modificar de manera importante su estilo de vida.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Reconocer los cambios de la calidad de vida relacionada con la salud desde las diferentes dimensiones en pacientes mayores de 60 años, con ERC que se encuentran en terapia de reemplazo renal (diálisis peritoneal y hemodiálisis), en la Unidad Renal del Hospital Universitario San Ignacio (HUSI)

3.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar las diferentes dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes > 60 años con ERC en terapia de reemplazo renal, en el HUSI.

Identificar diferencias en la calidad de vida con respecto a la salud, dependiendo del tipo de terapia de reemplazo renal en la que se encuentren.

Determinar relaciones entre calidad de vida y características demográficas, clínicas y sociales de los pacientes > 60 años con ERC que se encuentran en terapia de reemplazo renal en el HUSI.

4. POBLACIÓN

4.1 MUESTRA

Se estudiarán 37 pacientes con ERC que se encuentran en terapias de reemplazo renal; 25 que asisten a hemodiálisis 3 veces a la semana y 12 pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, 5 participantes se descartaron por presentar deterioro cognitivo según reporte de pruebas neuropsicológicas y 6 personas se negaron a ser participantes del presente estudio, todos asisten a terapia hemodiálisis. La entrevista semiestructurada se aplicó a tres participantes, 2 con diálisis peritoneal y uno con hemodiálisis.

4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de 60 años o más.
- Diagnóstico de ERC estadio 5 en terapia de reemplazo renal (diálisis peritoneal o hemodiálisis), que se encuentran en tratamiento en el servicio de nefrología.
- Que firmen el consentimiento informado.

4.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Alteración del estado de conciencia o que tengan diagnóstico de demencia.
- Incapacidad de responder el cuestionario.
- No deseo de participar en la entrevista en caso de ser elegido.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Universitario San Ignacio, institución privada sin ánimo de lucro perteneciente a la universidad Javeriana, que presta servicios médicos de alta complejidad a la población bogotana y a ciudades circundantes.

Se realizó un estudio de tipo multimodal o mixto, en el cual se requiere que el proceso de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos se integre en un mismo estudio. Fue escogido con base a la complejidad del fenómeno a estudiar, dado que no sólo se deben establecer tendencias de los fenómenos, sino que se requiere explorar y comprender las dinámicas de los mismos. Un enfoque mixto facilita una perspectiva integral y holística del fenómeno estudiado, permite que las investigaciones sean más amplias, profundas, diversas y que tengan riqueza interpretativa.

La elección de un diseño mixto depende del momento en el cual se integran los datos, la prioridad o peso que se le asigna a cada tipo de estos y la forma de presentación de los resultados (21). Con base en lo anterior, el diseño a utilizar en la presente investigación es un Diseño Incrustado o Anidado Concurrente de enfoque dominante cualitativo (DIAC), en el componente cualitativo se utilizará una entrevista semiestructurada acerca de las experiencias y la calidad de vida de los pacientes con ERC que se encuentran en terapias de reemplazo renal. En el componente cuantitativo se utilizará un diseño descriptivo, dado que los datos cuantitativos recolectados permitirán hacer una descripción de la calidad de vida relacionada con la salud (21).

5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

En la presente investigación se tuvieron en cuenta dos variables. Las variables sociodemográficas entendidas como aquellas que permiten caracterizar a cada uno de los participantes; la otra variable a abordar es Calidad de Vida Relacionada con la salud, se refiere a la

manera como los pacientes con ERC en diálisis percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo.

La variable de calidad de vida relacionada con la salud se medirá a través del instrumento de medición SF 36 (cuestionario de calidad de vida, diseñado por el Health Institute, Massachusetts) y por medio de una entrevista semiestructurada.

5.3 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN.

Se realizará una base de datos en excel en la cual se registrará la información para la construcción de la tabla 1, correspondiente a datos sociodemográficos, factores biospsicosociales, antecedentes clínicos, antecedentes farmacológicos y características de IRC.

Para medir calidad de vida existen instrumentos como el SF 36 (cuestionario de calidad de vida, diseñado por el Health Institute, Massachusetts), que evalúa la calidad de vida a través de distintas dimensiones:

- Función física (limitaciones físicas).
- Rol físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias).
- Dolor corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades).
- Salud general (valoración personal de la salud).
- Vitalidad (sentimiento de energía).
- Función social (interferencia en la vida social habitual).
- Rol emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias).
- Salud mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta).
- Evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás).

Consta de 36 ítems, que detectan tanto estados positivos como negativos de salud, traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente, puntúa en una escala de 0 a 100, las cifras más altas indican una mejor calidad de vida, por lo que en población general se espe-

ran valores cercanos a 50 con desviación de 21 puntos. Adicionalmente este instrumento presenta dos índices sumarios (mental y físico) que tienen media poblacional de 50 y desviación de 10 puntos.

Tabla 1. Encuesta de caracterización de la población a estudio y cuestionario SF-36

Datos generales y factores biopsicosociales

Nombre y Apellidos:

Fecha de Aplicación de la encuesta:

EPS:

EDAD: Años cumplidos		ESCOLARIDAD:		ESTADO CIVIL.	
		Preescolar		Casado	
		Básica Primaria		Soltero	
		Básica Secundaria			
60-64 años		Técnico		Separada	
65-69 años		Tecnólogo			
70-74 años		Profesional		Unión libre	
75-79 años		Especialización			
80-84 años		Maestría		Viuda	
85-89 años		Doctorado			
NS -NR		NS -NR			
RELIGIÓN ¿A qué religión pertenece? _____		¿Qué importancia tiene para usted la espiritualidad, fe o religión en su vida?		Estrato socioeconómico	
		Importante			
		Regularmente importante			
		Nada importante			
		NS-NR			
SEXO Femenino ___ Masculino ___		Apoyo Social ¿Recibe algún tipo de ayuda para su enfermedad renal? Si _____ No _____		El tipo de apoyos: Material Instrumental Emocional Cognoscitivo	

Tipo de Vivienda:	¿Con quién vive?	Actualmente recibe usted ingresos por:
Casa ___	Sólo ___	Trabajo ___
Apartamento ___	Con hijos ___	Jubilación ___
Institucionalizado	Nieto ___	Ayudas familiares u otros desde otro país ___
___	Amigo ___	Ayudas familiares u otros
Tipo Cuarto ___		

Otro _____ Cuál? _____ La vivienda es: Propia _____ Arrendada _____ Familiar _____	Sobrinos _____ Esposo/a _____	dentro del país _____ Dividendos por inversiones _____ Rentas o arriendos de propiedades _____ Ganancias ocasionales _____ ----- ----- En que modalidad de Terapia de reemplazo renal se encuentra Hemodiálisis ----- Diálisis Peritoneal-----	
¿Tiene amigos en la unidad de Nefrología? Si _____ No _____	¿Cómo lo tratan en la unidad de nefrología? Muy Bien _____ Bien _____ Regular _____ Mal _____ Muy mal _____	¿En qué tipo de transporte viene la mayor parte de veces a unidad de nefrología? Carro particular _____ Taxi _____ Bus _____ Transmilenio _____ Ambulancia _____ Transporte especial _____ Caminando _____ Otro _____ Cuál? _____	¿Alguien lo acompaña a la unidad de Nefrología? Si _____ No _____ ¿Quién? _____

Antecedentes Clínicos:

Descritos por el Paciente:	Encontrados en Historia Clínica
----------------------------	---------------------------------

Antecedentes farmacológicos

Descritos por el Paciente:	Encontrados en Historia Clínica
----------------------------	---------------------------------

Características de IRC

<p>CAUSA DE ERC</p> <p>Referida:</p> <p>Encontrada:</p>	<p>TIEMPO DE TE- RAPIA DE RE- EMPLAZO RE- NAL</p> <p>Referido:</p> <p>Encontrado:</p>	<p>EDAD DE INICIO DE ERC</p> <p>Referida:</p> <p>Encontrada:</p>	<p>ANTECEDENTE DE TRASPLANTE RENAL</p> <p>Sí ___ No ___</p>
<p>Manera de INICIO DE IRCT</p> <p>Aguda:</p> <p>Crónica:</p>			

CUESTIONARIO SF-36 SOBRE CALIDAD DE VIDA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

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

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

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

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

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

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al

trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

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

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

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

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

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

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

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

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces

- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

1

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre

- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

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

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

Aplicación de una entrevista que consta de preguntas sobre calidad de vida desde el punto de vista de la salud, realizada por residente de geriatría y nefrólogos del HUSI. Las dimensiones que se abordarán son la percepción e interpretación de la enfermedad y el tratamiento, percepción de su calidad de vida antes del actual tratamiento, y percepción de su calidad de vida después del actual tratamiento. Ver Anexo 2

5.4 Tiempo de recolección de los datos

Tiempo estimado 6 meses.

6. RESULTADOS

El presente estudio tiene como objetivo el reconocer los cambios de la calidad de vida relacionada con la salud desde las diferentes dimensiones en pacientes mayores de 60 años, con ERC que se encuentran en terapia de reemplazo renal (diálisis peritoneal y hemodiálisis), en la Unidad Renal del Hospital Universitario San Ignacio (HUSI), para lo cual requiere caracterizar las diferentes dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes > 60 años con ERC en terapia de reemplazo renal, en el HUSI; determinar relaciones entre calidad de vida y características demográficas, clínicas y sociales; e Identificar diferencias en la calidad de vida con respecto a la salud, dependiendo del tipo de terapia de reemplazo renal en la que se encuentren.

Con base en lo anterior, los resultados se dividen en cuatro apartados, el primero consta de los estadísticos descriptivos, el segundo los estadísticos correlacionales, el tercer apartado se refiere a los estadísticos inferenciales, y finalmente, se realiza la presentación del análisis cualitativo e integración de la información.

6.1 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

Se contó con la participación de 26 pacientes > 60 años con ERC en terapia de reemplazo renal, en el HUSI, el 42,3% eran del género masculino y el 57,7% del género femenino; en relación con la EPS, el 69,2% pertenece a Nueva EPS, el 26,9% a Aliansalud y el 3,8% a Premia Salud.

Respecto al estado civil, el 42,3% estaban casado/a, el 38,4% viudo/a, el 7,7% separado/a, el 7,7% en unión libre y el 3,8% se encuentra soltero/a. En la figura 1, se puede observar la distribución de los participantes por segmentos de edad, siendo el más representativo el quinquenio de 65-69 años con un 27%; en la figura 2, se observa la distribución por escolaridad de los participantes, evidenciando que 54% completó la básica primaria.

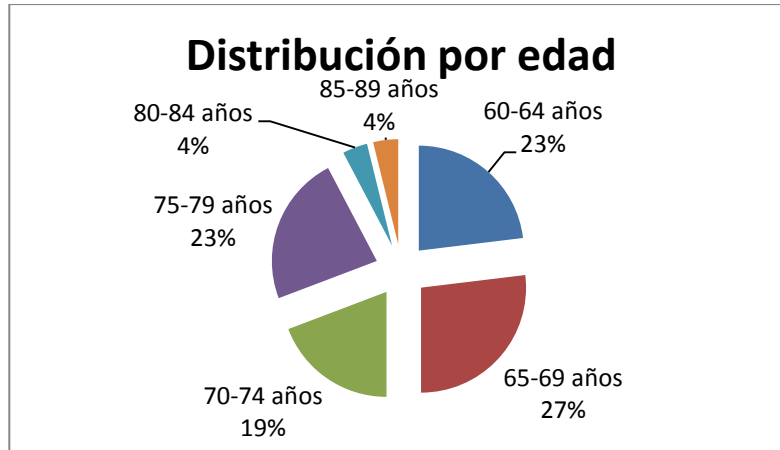


Figura 1. Distribución porcentual por grupos etáreos.

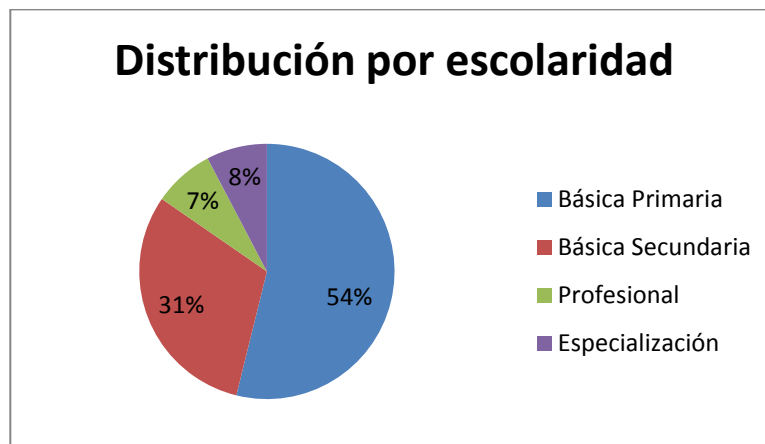


Figura 2. Distribución porcentual por escolaridad.

En cuanto al estrato socioeconómico, se encontró que el 33% pertenece al estrato 5, 27% al estrato 4, 20% al 3 y 13% al estrato 2, el estrato 1 es representado por el 7% de los participantes.

Respecto a la filiación religiosa, se encontró que el 76,9% es católico, de los cuales el 65,4% considera que la religión es muy importante, el 3,8% regularmente importante y el 7,6% nada importante; por otro lado, 15,38% se asume cristiano y considera que la religión es muy importante y el 7,7% restante no reporta filiación religiosa.

En cuanto al apoyo social, el 88,46% reporta que si recibe apoyo social, en la figura 3, se observa la distribución porcentual por tipo de apoyo social recibido, se destaca que el 61,5% de los participantes recibe todos los tipos de apoyo social. Respecto a los ingresos, el 50% los recibe de la jubilación, el 26,9% ayuda de familiares dentro del país, el 7,7% de retas o arriendo, el 7,7% aún se encuentra laborando, el 3,8% de dividendos e inversiones; y el 3,8 % carece de fuentes de ingreso.

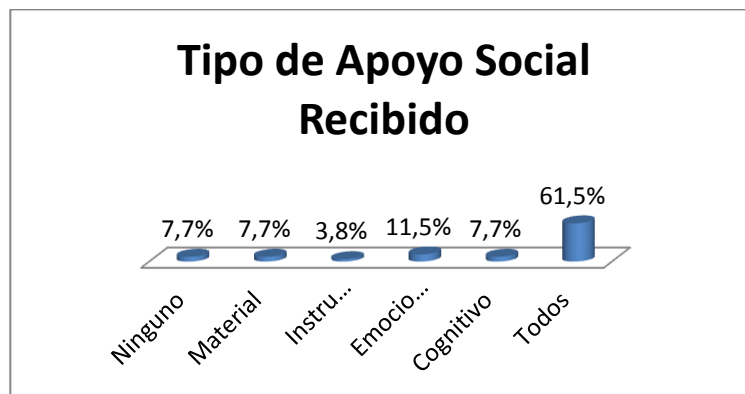


Figura 3. Distribución porcentual de tipo de apoyo social recibido.

En relación con la vivienda, el 57,7% vive en propiedad, el 11,5% en arriendo y el 30,7% es familiar, en cuanto el tipo, el 57,7% vive en casa y el 42,3% en apartamento. Por otro lado, el 53,8% de los participantes reporta que convive con sus hijos, el 38,4% con su pareja y el 7,7% vive solo.

Respecto a la terapia de reemplazo renal, se encontró que el 53,8% se encuentra en hemodiálisis y el 46,2% en diálisis peritoneal, el 57,7% de los participantes reportan tener amigos en la unidad de nefrología; en cuanto al trato en la unidad de nefrología, el 57,7% lo califica de muy bien, el 3,5% de bien y el 3,8% de regular.

En relación con el medio de transporte utilizado para asistir a la terapia de reemplazo renal, se encontró con igual distribución el carro particular y el bus con un 30,7% respectivamente, seguido por taxi con el 11,5%, en tercer lugar se encuentra Transmilenio, el transporte especial y la caminata con un 7,7% cada uno y por último el 3,8% se transporta en ambulancia. El 73% de los participantes asisten acompañados a la terapia de reemplazo renal.

La causa de la ERC, el 76,9% es referida, el 75% fue de inicio agudo y el 3,8% ya ha tenido trasplante renal. En promedio los participantes llevan 3,8 años en terapia de reemplazo renal.

Respecto a los resultados de la prueba SF-36, ésta presenta 8 dimensiones, cuyas puntuaciones van de 0 a 100 y son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor estado de salud. Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación se muestran las puntuaciones promedio obtenidas por el grupo de participantes en cada una de las dimensiones.

En la dimensión de función física se obtuvo una puntuación 53.3, lo cual indica que la salud limita ocasionalmente las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos; en la dimensión de función social se obtuvo una puntuación de 66.8, indicando que los problemas de salud física o emocional poco interfieren en la vida social habitual.

En la dimensión de limitación del rol por problemas físicos se obtuvo una puntuación de 39.4, esto muestra que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias; en la dimensión de limitación del rol por problemas emocionales se encontró una puntuación de 52.5, esto muestra que los problemas emocionales interfieren moderadamente en el trabajo u otras actividades diarias.

Respecto a la dimensión de salud mental, se encontró una puntuación de 68, esto indica que, aunque se presenta sintomatología de depresión y ansiedad, el estado de bienestar psicológico es bueno en general; en la dimensión de vitalidad, se obtuvo una puntuación de

55.7, indicando que ocasionalmente los participantes presentan sentimientos de cansancio, agotamiento y fatiga; en la dimensión de dolor corporal se encontró una puntuación de 55.4, lo cual indica que regularmente el dolor altera el funcionamiento cotidiano; finalmente, en la dimensión de percepción de la salud general, se encontró una puntuación de 47.4, esto muestra que los participantes se perciben vulnerables a la enfermedad y consideran que su estado de salud actual y las perspectivas de salud a futuro no son las deseables.

6.2 ESTADÍSTICOS CORRELACIONALES

Con el fin de determinar relaciones entre calidad de vida y características demográficas, clínicas y sociales de los pacientes > 60 años con ERC que se encuentran en terapia de reemplazo renal en el HUSI, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, no se encontraron correlaciones significativas entre las variables sociodemográficas y las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud (ver tabla 2).

Tabla 2.

Matriz de correlación de Spearman entre variables sociodemográficas y dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud.

Correlación de Spearman	Edad	Escolaridad	Estado Civil	Religión	Estrato	Apoyo Social	Ingresos	Amigos en la unidad	Trato en la unidad	Transporte
Funcionamiento Físico (FF)	-0,075	0,479	-0,055	-0,412	0,228	0,064	-0,065	0,229	-0,008	-0,172
Limitación rol por salud física (LSF)	-0,231	0,028	-0,218	-0,173	0,026	0,178	-0,177	-0,268	0,007	0,084
Dolor Corporal (DC)	-0,265	0,39	-0,297	-0,314	0,289	0,129	-0,284	-0,063	-0,232	0,112
Rol Social (RS)	0,125	-0,032	0,066	0,018	-0,347	-0,065	0,072	-0,185	0,007	0,241
Salud Mental (SM)	0,108	0,265	-0,178	-0,213	0,127	0	0,016	-0,047	-0,022	-0,149
Limitación rol por problemas emocionales	-0,284	-0,07	-0,12	0,066	0,104	0,06	-0,052	-0,254	-0,045	-0,053

(LPE										
Vitalidad, energía o fatiga (V)	-0,088	0,196	-0,491	-0,463	0,04	0,153	-0,088	0,052	0,2	0,037
Percepción general de su salud. (PGS)	-0,158	0,174	-0,232	-0,394	0,219	0,097	0,067	-0,193	-0,202	-0,125

6.3 ESTADÍSTICOS INFERENCIALES

Para identificar las diferencias en la calidad de vida con respecto a la salud, dependiendo del tipo de terapia de reemplazo renal en la que se encuentren los participantes, se realizó una prueba t para muestras independientes, encontrando que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de terapia de reemplazo renal con un intervalo de confianza del 95% (ver tabla 3). En la figura 4 se observan las puntuaciones medias de cada una de las terapias de reemplazo renal para cada dimensión del SF-36, se encuentra una mejor puntuación para la terapia de diálisis peritoneal en el funcionamiento físico y una mejor puntuación en para la terapia de hemodiálisis en la dimensión vitalidad, energía y fatiga.

Tabla 3.

Prueba estadística de diferencia de media t para muestras independientes.

Valor	FF	LSF	DC	RS	SM	LPE	V	PGS
t	-1.59	-0.017	-0.504	0.378	0.410	-0.598	1.609	-1.558
α	0.124	0.986	0.619	0.709	0.686	0.555	0.121	0.133

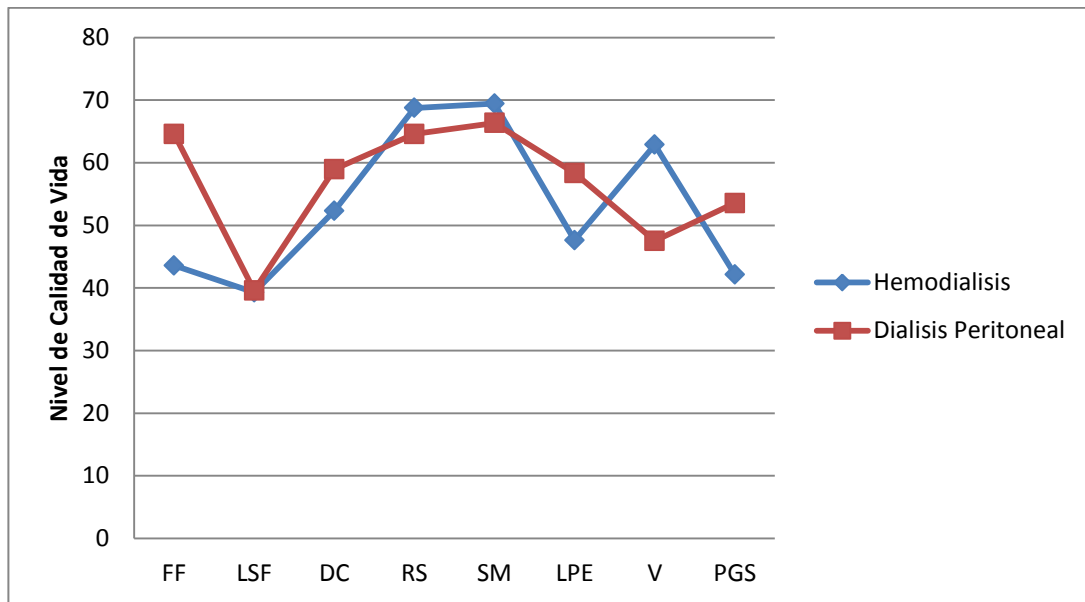


Figura 4. Diferencia de medias de las terapias de reemplazo renal en cada una de las dimensiones del SF-36.

6.4 Análisis Cualitativo.

Los pacientes con ERC, conciben a la calidad de vida en estrecha articulación con el estado de salud corporal y con la libertad de movimiento y la planeación de su vida, de su futuro. Adicionalmente se relaciona con los cambios en el estilo de vida y hábitos que deben ser asumidos por su condición de ERC.

“La Calidad de Vida es estar uno sano, de resto no hay Calidad de Vida”

Diálisis Peritoneal 2 (DP2). 68 años

“Calidad de Vida es uno cumplir con lo que manda el médico y todo, con el asunto de la diálisis y todo, cumplir y hacer todo al pie de la letra”

Hemodiálisis (HD). 66 años.

Los cambios en el estilo de vida y hábitos cotidianos generan un malestar general, respecto a las limitaciones, tanto corporal como funcional que les impone la terapia de reemplazo renal.

“Trabajaba y me gustaba mucho pasear, por ejemplo, andar por los pueblos y todo... y ... con la familia. No pude seguir trabajando por el asunto de la diálisis, me dio una enfermedad a los pulmones y todo eso ... entonces me estancué ahí, no pude volver a trabajar ni nada.”

HD.

“Antes de la enfermedad hacía de todo, claro trabajar, bailar, tomar y jugar tejo. Ahorita puedo jugar billar, ya no puedo jugar tejo ni futbol ni nada... ni trabajar... yo trabajaba en mecánica automotriz, yo trabajé casi hasta los 80 años, llevo ahorita 8 años de vago”.

DPI. 88 años

“Antes de la enfermedad renal hacía de todo, trabajar, me gustaba mucho pasear... y hoy en día pues está uno limitado hasta que conozca bien esto, cómo se maneja y lavo esto, hasta que no sepa bien esta uno atado de que salga del país o aquí en mi país, por ejemplo Santa Marta, cómo puede cargar uno con la bolsita, cómo puedo hacer todo eso, para tener al menos algo de aliciente.”

DP2

La hemodiálisis, al ser una rutina que altera la cotidianidad de los pacientes, puede ser vista como más generadora de malestar que la diálisis peritoneal, sin embargo, la asistencia al HUSI para la terapia, permite que se constituya un grupo y una red de apoyo, con lazos más fuertes que los pacientes de diálisis peritoneal, dada la frecuencia con la que se dan los encuentros.

“entra uno tres cuatro horas a la diálisis y ahí conversa uno con los compañeros y todo eso... conversamos de cómo le va a uno en la diálisis, los problemas de uno en la casa, como amigos... nos encontramos día por medio”

HD

La terapia de reemplazo renal es aversiva para los pacientes pero ineludible, ya que se tiene la conciencia que de ésta depende sus vidas.

“La diálisis es una enfermedad crónica, que le toca a uno, venir a cumplir con la diálisis porque si no uno se enferma más si uno no viene a diálisis...Duele cuando el chuzón, a veces se la baja a uno la tensión, se sube”

HD

“Yo lo que les he dicho a otra persona, a mis hijos es “cúidese, porque esto no es nada agradable, es limitante” es lo que más recalco yo y explico el procedimiento... lo más difícil de esto es el limitarse uno de todo”

DP2

Es de resaltar que los participantes reconocen los cambios drásticos a partir de la ERC, sin embargo, se evidencia procesos de adaptación y acomodación a sus nuevos estilos y condiciones de vida.

“Pues yo trabajo en la casa, pues pinto la casa o hago cualquier remiendito, y pues cuando estoy en la casa pues leyendo y no más. Salgo por ahí veces un domingo, con mi esposa y todo al centro, yo no hago nada más porque me falta el oxígeno y como lo tengo en la casa, me toca ponérmelo no ve que me agoto y todo eso”

HD

“No más juego billar, si cuando me encuentro con los amigos me pongo a eso. Salgo con las hijas por ahí a dar una vuelta, pero no más”

DPI

“Salgo de casa y voy por allá para Melgar, porque el frío acá es violento, con mi esposa y algún nieto que me cargo siempre, pero el resto es cama- televisión, cama- televisión, porque no encuentra uno nada más”

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La calidad de vida se ha definido como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona, la productividad personal y la salud objetivamente percibida. (8) En el presente estudio se encontró que los participantes ven afectada su calidad de vida debido a la ERC y a la terapia de reemplazo renal, sobre todo , porque ésta instaure una serie de limitaciones en relación con la expresión total de capacidades de los pacientes, es decir, transforma el estilo y condiciones de vida, generando nuevos hábitos incompatibles con aquellos presentes antes de la ERC.

En relación con lo anterior, estas nuevas condiciones de vida, guiadas por los requerimientos de las terapias de reemplazo renal, influyen en la transformación de las metas, expectativas e intereses de los pacientes, es decir, los conlleva a reelaborar sus proyectos de vida.

En relación con el funcionamiento físico, se evidencia que la hemodiálisis altera esta dimensión de la calidad de vida, siendo coherente con resultados de investigaciones previas, en las que se demuestra que la hemodiálisis presenta mayor deterioro de la calidad de vida que la diálisis peritoneal (22). Sin embargo, la puntuación de las dimensiones se encuentra por encima de la media para población colombiana (23), excepto la dimensión de vitalidad.

Se recomienda realizar estudios similares que permitan establecer las condiciones de calidad de vida relacionadas con la salud en pacientes con ERC y terapia de reemplazo renal de tal forma que se pueda elaborar planes de mejoramiento para la atención integral.

ANEXOS

Anexo 1. Entrevista Semiestructurada

El procedimiento de análisis cualitativo se realizará en cuatro etapas, descritas a continuación:

1. Transcripción de las grabaciones de las narraciones de los pacientes.
2. Los textos se codifican y se examinan cuidadosamente para identificar patrones, semejanzas, diferencias, relaciones y temas.
3. Se elaboran ideas analíticas que se registran para desarrollarlas y sustentarlas,
4. Se contrastan los conceptos en forma de teoría con un cuerpo formalizado de conocimientos

Los ejes de indagación son la percepción de su calidad de vida antes de la terapia de reemplazo renal y después de éste.

Dimensión percepción de su calidad de vida antes de la terapia de reemplazo renal.

Dentro de este eje de indagación se pretende conocer la interpretación que los pacientes hacen sobre el concepto de calidad de vida y conocer la percepción que tiene de la calidad de vida a través de sus experiencias y vivencias antes de la terapia de reemplazo renal. Las preguntas guía son:

- Para usted ¿qué es, cómo la define, qué ha escuchado sobre calidad de vida?
- Cuénteme un poco sobre su vida antes de la ERC, ¿qué hacía, cómo se divertía, qué actividades hacía con su familia y amigos, cómo eran sus relaciones en el trabajo, practicaba algún deporte o hacía alguna actividad física?

Dimensión percepción de su calidad de vida después de la terapia de reemplazo renal

Dentro de este eje de indagación se pretende conocer la percepción que tiene de la calidad de vida a través de sus experiencias y vivencias después de la terapia de reemplazo renal. Las preguntas guía son:

- Cuénteme un poco sobre su vida actualmente ¿qué hace, cómo se divierte, qué actividades hace con su familia y amigos, cómo son sus relaciones en el trabajo (si trabaja), practica algún deporte o realiza alguna actividad física?

- Bueno, dígame cómo es un día para usted ¿qué hace en un día? Y en un día como hoy, cuando tiene terapia de reemplazo renal (hemodiálisis) qué hace?
- Si tuviera la oportunidad de contarle a otros sobre la terapia de reemplazo renal (hemodiálisis), ¿qué les diría?

Anexo 2. Consentimiento informado

FECHA _____

Yo _____ identificado con el N° de C.C. _____ de _____, declaro que por voluntad propia doy pleno consentimiento para participar, en la investigación acerca de, “Percepción de la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años en terapia de reemplazo renal (diálisis peritoneal y hemodiálisis) en el Hospital Universitario San Ignacio” dirigida por el Investigador principal Martha Cecilia Rodríguez y en cuyo desarrollo participan como coinvestigador Yully Motta

El beneficio de participar en este estudio es: conocer el índice de calidad de vida relacionado con la salud que tengo actualmente.

No existe ningún riesgo para mi salud física, ni psicológica al participar en este estudio. Las respuestas no ocasionarán ningún impacto en mi situación financiera, laboral o reputacional.

Participando en este estudio me comprometo voluntariamente a lo siguiente:

- a.) Contestar cuestionarios y pruebas que evalúan calidad de vida relacionada con la salud
- b.) Contestar una entrevista sobre calidad de vida, la cual será grabada en medio electromagnético

Toda la información recogida en este procedimiento será tratada de manera confidencial, y no se usará para ningún otro propósito, fuera de los de esta investigación. Las respuestas dadas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas y no se me identificará.

Mi participación es completamente voluntaria. Puedo no aceptar participar, o retirarme en cualquier momento en caso de que así lo decida, informando previamente al investigador, lo cual no tendrá ninguna consecuencia negativa.

Me han informado que los resultados de este estudio serán discutidos en un documento académico sin mencionar nombres o algún detalle que me identifique.

Se me ha informado que para cualquier pregunta sobre metodología, riesgos, beneficios u otros asuntos relacionados con esta investigación puedo escribir al e-mail: mottica83@hotmail.com o llamar al teléfono 3134188925

He leído y entiendo la información que se ha suministrado anteriormente. Estoy enterado de los riesgos y beneficios potenciales de participar en este estudio, y puedo retirarme de él en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se generen perjuicios. El investigador me ha respondido todas las preguntas a satisfacción.

Autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación, y estoy de acuerdo en participar en este estudio.

_____	_____	_____
Nombres y apellidos del participante	Firma del participante	No de CC del participante
_____	_____	_____
Nombres y apellidos del investigador	Firma del investigador	No de CC del investigador

Anexo 3. Transcripción de entrevista

¿Para usted que es, como define o que ha escuchado de la calidad de vida (CV)?

DP1. 88 años. Bueno, A mí me dijeron que la calidad de vida que es tratar uno de hacer uno todo lo que le ponen a uno, tanto en dieta como en lo que sea, y cumplir estrictamente para que uno pueda tener una buena calidad de vida. Creo yo eso

DP2. 68 años. La CV es estar uno sano, de resto no hay CV

HD. 66 años. CV es uno cumplir con lo que manda el médico y todo, con el asunto de la diálisis y todo, cumplir y hacer todo al pie de la letra.

¿cómo era la vida antes de la terapia de reemplazo renal? ¿qué hacían, cómo se divertían, qué hacían con la familia, con los amigos, el trabajo, si hacían deporte?

HD. Trabajaba y me gustaba mucho pasear, por ejemplo, andar por los pueblos y todo... y ... con la familia. No pude seguir trabajando por el asunto de la diálisis, me dio una enfermedad a los pulmones y todo eso ... entonces me estancé ahí, no pude volver a trabajar ni nada. Trabajaba en vigilancia, primero trabajé en Bavaria primero en Honda, después me vine a trabajar acá en Bogotá y salí pensionado de ahí.

DP1. Antes de la enfermedad hacía de todo, claro trabajar, bailar, tomar y jugar tejo. Ahorita puedo jugar billar, ya no puedo jugar tejo ni futbol ni nada... ni trabajar... yo trabajaba en mecánica automotriz, yo trabajé casi hasta los 80 años, llevo ahorita 8 años de vago. Con la familia hacia lo normal... lógico ha cambiado, una de las cosas para el cambio es que quedé viudo, entonces cambia, no..

DP2. Antes de la enfermedad renal hacía de todo, trabajar, me gustaba mucho pasear... y hoy en día pues está uno limitado hasta que conozca bien esto, cómo se maneja y lavo esto, hasta que no sepa bien esta uno atado de que salga del país o aquí en mi país, por ejemplo Santa Marta, cómo puede cargar uno con la bolsita, cómo puedo hacer todo eso, para tener al menos algo de aliciente. El trabajo se me acabó en cuestión de dos cosas, yo era buen

dibujante, tuve unaaaa, la cuestión de la diabetes no sé por qué razón... deje de fumar y eso me llevó a la diabetes, pero al mismo tiempo el dejar de fumar no me permitió nunca volver a sentarme en la mesa de dibujo, no sé por qué razón yo me sentaba y salía disparado, digo que el subconsciente tal vez me mandaba a buscar cigarrillos, entonces ese trabajo en sí se acabó, luego los computadores acabaron con lo que yo sabía, ya mis hijos de 10 o 12 años, lo que yo me demoraba tres o cuatro horas... ellos haciendo cosas así “chucuchucuchucu” y ya. Entonces dejé ese trabajo y me dediqué a la carpintería, no de muebles, sino publicitaria, hasta que me sucedió esto... que no pude coger un palo más, me refiero, no lo puedo coger para cepillarlo, para pulirlo...entonces el trabajo cero. Los paseos escasamente me voy aquí a Melgar, porque el frío acá es violento, por donde yo vivo que es Facatativa, aunque sólo son unos metros de más altura sobre Bogotá, el frío es insostenible, entonces arranco de donde estoy, sino que ya lo asustan a uno con el chicunguña, que no sé qué . los hijos empiezan “papá qué hace allá metido” , pero trato de estar 15 o más días allá y 8 días acá.

¿qué hacen actualmente?¿cómo se divierten, qué hacen con sus familias?

HD. Pues yo trabajo en la casa, pues pinto la casa o hago cualquier remiendito, y pues cuando estoy en la casa pues leyendo y no más. Salgo por ahí veces un domingo, con mi esposa y todo al centro, yo no hago nada más porque me falta el oxígeno y como lo tengo en la casa, me toca ponérmelo no ve que me agoto y todo eso.

DP1. No más juego billar, si cuando me encuentro con los amigos me pongo a eso. Salgo con las hijas por ahí a dar una vuelta, pero no más.

DP2. Salgo de casa y voy por allá para Melgar, con mi esposa y algún nieto que me cargo siempre, pero el resto es cama- televisión, cama- televisión, porque no encuentra uno nada más y sobre todo, yo estoy medio ciego y medio sordo, entonces viene “que bájele al televisor, que bájele al radio” entonces es complicado, no sabe dónde meterse uno a veces...Interfiere uno con las otras personas de la casa, porque el que no siente no entiende.

¿qué hacen en un día, por ejemplo como hoy o cuando tienen la terapia de reemplazo renal?

HD. Pues en la casa me alisto, almuerzo y me vengo aquí a la diálisis, entra uno tres cuatro horas a la diálisis y ahí conversa uno con los compañeros y todo eso... conversamos de cómo le va a uno en la diálisis, los problemas de uno en la casa, como amigos.

DP1. Los días de control no hago más, hoy no más venir, no he hecho más, desde las 8 y 30 llegué y acá voy a durar todo el día. Durante el control hablo con los compañeros de destino, cuenta uno que tiene, que enfermedades, pues yo no tengo mucho que contar porque yo no tengo sino el riñón, no me trabaja, pero no más, no tengo nada nada. Otros cuentan que el corazón, que los pulmones, que diabetes... yo solamente el riñón que no me funcionó, pues según la doctora dice que me funciona algo, porque yo he venido.

DP2. Yo vengo aquí por la mañana, 8 de la mañana para los exámenes, donde la dietista, donde la psicóloga, la trabajadora social, se va toda la mañana en ese proceso y estoy saliendo de acá sobre las 12 del día y me voy a un taller que tengo aunque sea para contemplarlo, porque no puedo desprenderme todavía de eso, hago mi recorrido, paso donde mis hijos que también tienen talleres, esa es más o menos la rutina del día que vengo aquí a Bogotá a la cuestión de la diálisis, del resto permanezco allá en Facatativa.

Si tuvieran a la oportunidad de contarle a otros sobre la terapia de reemplazo renal ¿Qué les dirían ustedes que es eso?

HD. La diálisis es una enfermedad crónica, que le toca a uno, venir a cumplir con la diálisis porque si no le pasa a uno se enferma más si uno no viene a diálisis, es cada día por medio. Duele cuando el chuzón, a veces se la baja a uno la tensión, se sube.

DP1. Yo he contado que hay dos tipos de diálisis, la que tengo yo la peritoneal y la hemodiálisis, les digo que nunca se dejen hacer la hemodiálisis, para mí es mortal... a mí me la iban a hacer y yo les dije “déjeme así quietico” la doctora dijo “tiene seis meses de vida ahí verá” y en eso llegó la peritoneal, “hágame la peritoneal” “pero la peritoneal es así y y así” y yo “hágame la peritoneal” .. y fue muy bueno, muy bueno porque casualmente yo no

sufrí del corazón es por la peritoneal, porque con la hemodiálisis llega uno a sufrir del corazón, pues eso me han dicho , no sé si estoy errado, pero dicen que el corazón es lo que más molesta. Yo confío en la peritoneal 100%.

DP2. Yo lo que les he dicho a otra persona, a mis hijos es “cuídese, porque esto no es nada agradable, es limitante” es lo que más recalco yo y explico el procedimiento... lo más difícil de esto es el limitarse uno de todo. El mayor ejemplo para mis hijos soy yo, mostrarles todo lo que estoy padeciendo por negligencia mía, porque hubo campanazos de alerta, pero desafortunadamente como no le duele a uno nada, ahí se aguanta. Eso sería, mi punto de vista, que se cuiden .

Si pudiera regresar el tiempo, ¿qué evitarían para no estar como están ahora?

HD. Pues cuando uno ya le toca la diálisis, ya no puede cambiar nada, cambia si le hacen a uno el trasplante de riñón, cambiaría, tiene que contar no con suerte para que le cambien a uno los riñones y cambiar la vida de uno. No cambiaría nada del pasado, porque la vida era muy buena y todavía la vida es buena, porque uno no se puede poner a decir que la vida es mala, no la vida es buena, hay que saberla llevar a la vida.

DP1. Yo nunca pude saber porque me pasó eso, porque yo perfectamente orinaba, sino de un momento a otro me dio por no comer, sino tomaba líquido, una sed espantosa, pero no sabía de qué se trataba. Hasta que un día me caí en la calle y me trajeron, y tenía esto que me faltó sangre, entré por anemia, me mandaron mi bolsa de sangre, entonces después de que hicieron los exámenes, vieron que yo tenía el estómago lleno de agua, me pusieron una sonda y me sacaron un balde de agua, yo no sentía nada, el doctor decía, tiene que sentir que se tatea y yo no, yo sentía era sed y no ganas de comer, entonces eso fue lo que pasó, me dio de un momento a otro.

DP2. No ser uno terco y haber hecho caso a las alarmas que diagnosticaron hace 25- 30 años, eso cambiaría y tener la conciencia y saber lo que venía encima cuando me decían ... “vea hombre su azúcar está así un poquito” “su tensión esta así, tómese esto, aplíquese esto” y uno como no le duele, no que me arrepienta, porque afortunadamente no estoy ha-

ciendo regresiones de que “si yo no hubiese hecho esto”, no , yo acepto ya mi suerte porque no hay retroceso, es mejor aceptar lo que uno tiene, pero si cambiaría el ser terco si tuviese la oportunidad.

Para finalizar, quieren decir algo más

DP2. La vida le da la vuelta a uno muy pero muy grande, hay días que uno está “qué ya qué”, si uno no puede hacer ya esto, esto , esto y aquello, realmente ya... ojalá sea pa’rriba, si me entiende, espera uno ... le toca. Afortunadamente, no sé por qué diablos, no siento cobardía, no siento temores, no no siento, ya hice mi misión, mis hijos, todo, hice lo que tenía que hacer, ya puse mi peldaño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pagina Web: OMS.Org[pag web en internet] disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>. Consultada: enero de 2014
2. Eggers P W. The aging pandemic: demographic changes in the general and end-stage renal disease population. *Semn Nephrol* 2009;29(6):551-554
3. Muñoz, Jesús Eduardo, Rodríguez Konniev. Guía para el manejo de la enfermedad renal crónica basada en la evidencia, Colombia. 2005
4. Iborra C., Corbi, FD: Calidad de vida de los pacientes en HD, revisión bibliográfica. *Rev. Enfermería nefrológica*, 1998, 23-24
5. Porter, G. Assessing the outcome of rehabilitation in patients with end-stage renal disease. *American Journal of Kidney Diseases*, 1994, 24(1),supplement 1, 22-27
6. González, V. & Lobo, N. Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Aproximación a un proyecto integral de apoyo. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 2001, 4, 6-12
7. Velarde, E. & Ávila, C. 2002. Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*, 44(4), 349-361
8. Urzúa A. Caqueo-urizar. M. 2012. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte, Chile Depto. de Filosofía y Psicología, Universidad de Tarapacá, Chile
9. Kidney Disease Outcome Quality Initiatives. HKF-K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J. Kidney Dis* 2013; 39: 246

10. Lerma, Edgar V. Berns, Jeffrey. Nissenson AR. Current Diagnosis and Treatment, Nephrology and Hypertension International Edition: McGraw-Hill Companies. 2009. C 17. P. 149-15
11. Feehally J, Floege J, Johnson R. Comprehensive Clinical Nephrology. 2007. 3 Ed. Philadelphia, PA, USA: Mosby, Inc.,
12. De Francisco, A. L. M. & Otero A. Insuficiencia renal oculta: estudio EPIRCE Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Valdecilla. Santander. **Servicio de Nefrología. Hospital Cristal Piñor. Ourense.
13. Coronado CY, Lombo JC, Correa I, Quintero N. Características clínicas y demográficas de los pacientes incidentes en diálisis crónica y su relación con el ingreso programado a diálisis. Acta Med Colomb 2013; 38: 138-142.
14. Barrios, M., Cuenca, I., Devia, M., Franco, C., Guzman, O., Niño, A., Restrepo, G., Rodas, C. & Trujillo, L. 2004. Manual de capacitación del paciente en diálisis peritoneal. Bogotá: Often Gráfico.
15. García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González, V. & Hurtado, A. 2002. Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. Nefrología, 22, 245-252.
16. Contreras, F. & Esguerra, G 2006. Calidad De Vida Y Adhesión Al tratamiento En Pacientes Con Insuficiencia Renal Crónica En Tratamiento De Hemodiálisis
17. Porter, G. Assessing the outcome of rehabilitation in patients with end-stage renal disease. American Journal of Kidney Diseases 1994., 24(1)supplement 1, 22-27.
18. González, V. & Lobo, N. Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Aproximación a un proyecto integral de apoyo. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica 2001., 4, 6-12.

19. Ruiz, M., Román, M., Martín, G., Alférez, M. & Prieto. Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de la insuficiencia renal crónica. Sociedad Española de Enfermería Nefrológica 2003, 6, 222-232.
20. Sanabria, R., 2003. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. En Borrero, Restrepo, Rojas & Vélez. (Eds.) Nefrología. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas
21. Hernández Samipieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. 2010. Metodología de la Investigación. Quinta Edición. Bogotá: Mc Graw Hill
22. Caballero-Morales, S., Trujillo-García, J.U., Welsh-Orozco, U., Hernández-Cruz, S.t. & Martínez-Torres, j. Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada. Archivos en medicina familiar 2006,8,163-168
23. Ramírez-Vélez R., Agredo-Zuñiga, R. y Jerez-Valderrama A. Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 en adultos Colombianos. Revista de salud pública 2010, 5, 807-819