

Calidad de vida del paciente diabético con diálisis peritoneal continua ambulatoria

María Eugenia Villegas Caballero,* Rutila Castañeda Limones**

Resumen

Con objeto de identificar la proporción de pacientes diabéticos tipo 2 integrados dentro del programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria y evaluar la calidad de vida de los mismos, se revisaron 382 expedientes clínicos de individuos con insuficiencia renal, identificando 38.5 % con tipo 2 y 61.5 % con otras patologías. Se entrevistaron 117 pacientes, hombres en su mayoría. Se utilizó el perfil del impacto de la enfermedad para evaluar las dimensiones física, psicosocial e independiente. Según la puntuación obtenida, 51 % tuvo mala calidad de vida, con mayor deterioro en la dimensión física, es decir, en ambulación, ejercicio, cuidado e higiene del cuerpo. El analfabetismo fue la única variable de comportamiento diferente.

Palabras clave: diabetes, diálisis peritoneal, calidad de vida

Summary

The objective of the study is to identify the ratio of type two diabetic patients included in a continuing ambulatory peritoneal dialysis program (CAPD) and to evaluate their quality of life. 382 clinical files of renal failure patients were reviewed. We found 38.5% type two diabetics, while 61.5% had other pathologies. 117 patients, mostly males, were interviewed. To evaluate the physical, psychosocial and independent dimensions, the Disease Impact Profile was used. According to the score, 51% had poor quality of life, with large damage in the physical dimension, like walking, exercise, care and hygiene of the body. The only one different behavior variable was illiteracy.

Key words: diabetes, dialysis, quality of life

* Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla

** Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud, Coordinación de Investigación Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción

Actualmente las perspectivas de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica han cambiado de manera radical, debido a las diferentes alternativas de la terapia para sustitución de la función renal. Éstas van desde la diálisis peritoneal intermitente (DPI) hasta el trasplante renal; su objetivo no es curar pero sí prolongar y mejorar la calidad de vida, tal es el caso de la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). En la muerte de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la nefropatía es una de las principales causas. Esta condición puede ser silenciosa durante largos periodos de tiempo (entre 10 y 15 años), y es una complicación que se puede prevenir con un buen control de la glucemia. Una vez que la azoemia se presenta, el tratamiento no difiere en el manejo habitual de la insuficiencia renal crónica de otra etiología.¹

En los padecimientos crónicos como éste, es importante evaluar el bienestar subjetivo, la capacidad para realizar actividades sociales y la capacidad funcional que se espera del individuo; es decir, su calidad de vida. Ésta se relaciona con numerosos factores de tipo personal, ambiental, social, educativo y económico. Los investigadores médicos limitan su enfoque y la llaman *calidad de vida relacionada con la salud*; sin embargo, en este tipo de padecimientos es básico medir el impacto que produce la enfermedad y su tratamiento, según los aspectos físicos y psicosociales.²

La calidad de vida objetiva hace referencia a cada una de las partes observables o cuantificables en función a criterios externos; la subjetiva, conforme a la evaluación que cada persona hace de su experiencia física, emocional y social, basada en criterios propios.

En la insuficiencia renal crónica, el desarrollo de la diálisis peritoneal continua ambulatoria se acompaña de un

intento, por parte de los profesionales de la salud, por evaluar la eficacia no sólo en términos de mejoría física y supervivencia, sino del incremento en la calidad de vida.³

En la Delegación del Instituto Mexicano del Seguro Social en Puebla, las modalidades para reemplazo renal empezaron en 1978, con la aplicación del primer catéter Tenckhoff. En los últimos cinco años se registró un incremento de 45 % de pacientes con insuficiencia renal crónica de diversa etiología, en programas de diálisis peritoneal intermitente y DPCA.⁴ Además, en este mismo periodo se evidenció un aumento de 83 % en la demanda de consulta por DM2 en unidades de medicina familiar; cabe resaltar que del tercer lugar se tornó a primera causa. En medicina de especialidad el incremento fue de 87 %; de la segunda causa pasó a primera debido a la demanda para atender a la población, con un crecimiento de 27 %.⁵ A pesar del incremento de pacientes con DM2 en el programa de DPCA, en la Delegación Puebla no se ha medido la proporción de diabéticos, ni la calidad de vida de esta

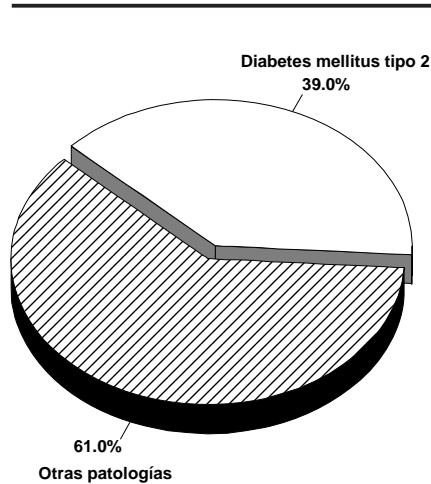


Figura 1. Causas de insuficiencia renal en 117 pacientes integrados al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria. Delegación Puebla, 1996.

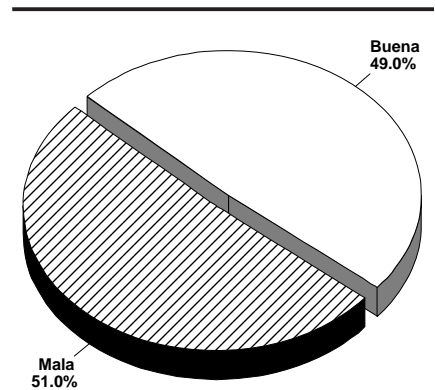


Figura 2. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 integrados al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria. Delegación Puebla, 1996.

población, razón por la cual se realizó el presente estudio de investigación.

Material y métodos

Se efectuó un estudio transversal descriptivo en hospitales de segundo y tercer nivel de la Delegación Puebla, durante mayo, junio, julio, agosto y septiembre de 1996. Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes con insuficiencia renal crónica integrados al programa para sustitución de la función renal (específicamente en diálisis peritoneal continua ambulatoria) con objeto de identificar y evaluar a pacientes con DM2. Para estudiar la calidad de vida se realizaron entrevistas en consulta externa o cuando acudían por cambio de línea de transferencia, además de citar exprofeso a quienes no se captaron por este medio. Se visitó a los pacientes que refirieron no poder asistir al hospital durante el periodo de estudio. El instrumento utilizado para evaluar la calidad de vida fue *el perfil del impacto de la enfermedad*, diseñado para pacientes crónicos y validado en nues-

tro país en pacientes con DM2; el cual explora tres grandes dimensiones: *independiente* (sueño, descanso, alimentación, labores del hogar, recreación y pasatiempos); *psicosocial* (interacción social, comunicación, estado de ánimo y estado de alerta); *física* (ambulación, ejercicio, cuidado e higiene del cuerpo). En una escala continua se establecieron 20 puntos como señal para corte, tomando como referencia un estudio previo realizado por García Peña y colaboradores, quienes atribuyeron menos de 20 puntos a la buena calidad de vida, y más de 20 a la mala. Se aplicó también un cuestionario para características generales, relacionadas con la DM2 y el proceso dialítico.

Resultados

Durante los meses de estudio se revisaron 382 expedientes clínicos de pacientes inscritos en el programa de DPCA, que se atienden en cinco hospitales de la Delegación Puebla. Se identificaron 147 con DM2 (39%). En 10 de los sujetos se realizó la prueba piloto y sus datos no se tomaron en cuenta para el análisis; 20 no fueron localizados; los restantes 117 pacientes fueron ambulatorios y hospitalizados (figura 1). Para evaluar la calidad de vida se aplicó el *perfil del impacto de la enfermedad*. Las características más sobresalientes de la muestra fueron: edad media de 60 años; 62 % hombres y 38 % mujeres; 46 % con analfabetismo (sólo sabían leer y escribir); 18 años de promedio para diagnóstico de DM2. En 65 % de los expedientes se registró retinopatía y en 30 % hipertensión arterial asociada; el tiempo de estancia en el programa de DPCA fue en promedio de ocho meses (cuadro I). En una distribución percentilar de la calidad de vida encontramos que en la percentila 25 la puntuación fue de 11.2; en la 50 de 21.2 y en la 75 de 29.1. De acuerdo con

Cuadro I. Caracterización de 117 pacientes con diabetes tipo 2 integrados al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria de acuerdo con la calidad de vida

Variable	Buena N = 57		Mala N = 60	
	N	%	N	%
Edad	\bar{x} 60			
≤55	18	31.6	17	28.4
≥56	39	68.4	43	71.6
Sexo				
Masculino	38	66.7	34	56.7
Femenino	19	33.3	26	43.3
Nivel escolar				
Analfabeta	20	35.17	34	56.7*
Primaria	25	43.69	16	26.7
Secundaria y más	12	21	8	6.6
Años de diagnóstico de DM2	\bar{x} 18			
≤10	5	8.8	9	15
11-20	38	66.7	23	38.3
≥21	14	24.5	28	46.7
Complicaciones de DM2*				
Enfermedad cerebrovascular	3	5.3	4	6.7
Retinopatía	43	75.0	33	55.0
Cardiopatía isquémica	12	21.0	11	18.3
Amputaciones	1	1.8	4	6.7
Úlceras	2	3.5	2	3.3
Nefropatías	6	10.5	16	26.7
Hipertensión asociada**				
Sí	12	21.1	17	28.3
No	44	77.2	38	63.3
Meses en DPCA	\bar{x} 8			
<12	38	66.7	39	65.0
13-24	14	24.6	14	23.3
25-48	3	5.2	4	6.7
≥49	2	3.5	3	5.0
Realización del proceso dialítico				
Por el paciente	4	7	1	1.7
Por uno o varios familiares	45	79	54	90.0
Por el paciente y uno o varios familiares	8	14	5	8.4

* $p < 0.05$

**recabadas del expediente

el punto de corte (establecido en el estudio mencionado previamente, que determinó buena calidad de vida de 0 a 20 puntos y mala más de 20), se encontró que en la puntuación global

51% de la muestra calificó con mala calidad de vida, media de 32.4 puntos (figura 2). Al analizar las variables al interior de ambos grupos, se observó que el analfabetismo fue la condición

más frecuente en el grupo con mala calidad de vida ($p < 0.05$). En la evaluación de las tres dimensiones: independiente, psicosocial y física, ésta última obtuvo la puntuación más alta, lo cual traduce mayor deterioro en las funciones evaluadas (ambulaci3n, movilidad, cuidado e higiene corporal) (cuadro II). Al revisar las características de la muestra, se observó una distribución de frecuencias similares, tanto en los pacientes con buena calidad de vida como en aquéllos con mala ($p > 0.05$); es decir, fueron muestras similares en la mayoría de las variables (cuadro I). En cuanto a otras complicaciones de la diabetes mellitus, no fue posible recabar la informaci3n en virtud de que los expedientes clínicos no siempre la consignan. Esto apoya la necesidad de identificar tempranamente las complicaciones tardías, tanto en el primer como en el segundo nivel de atenci3n. El análisis estratificado bivariado (exploratorio) mostró que el analfabetismo y el sexo femenino est3n posiblemente relacionados con la mala calidad de vida. Sin embargo, este estudio es descriptivo y tiene limitaciones por no ser específico para causa efecto. El perfil que caracterizó a los pacientes con mala calidad de vida fue: masculino de 56 a 65 años, analfabeta, de 11 a 20 años de diagnosticada la diabetes mellitus, retinopatía e hipertensi3n arterial sistémica asociadas y estancia en programa de DPCA menor a 12 meses.

Discusi3n

La diabetes mellitus no dependiente de insulina (DM2) es la forma predominante en todas las poblaciones.⁶ Los resultados de la *Encuesta nacional de enfermedades cr3nicas*, realizada en 1993, indicaron que en diferentes regiones la prevalencia de la enfermedad en México est3 entre 6.7 y 17.9%, asociada con analfabetismo.⁷ Estos datos la presentan como una de las

Cuadro II. Calificaci3n de calidad de vida, por dimensi3n en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en diálisis peritoneal continua ambulatoria. Delegaci3n Puebla, 1996

Dimensi3n	Buena	Mala
Independiente	3.5	7.7
Sueño		
Alimentaci3n		
Labores en el hogar		
Recreaci3n y pasatiempo		
Psicosocial	4.4	11.3
Interacci3n social		
Comunicaci3n		
Estado de ánimo		
Estado de alerta		
Física	32	12.3
Ambulaci3n		
Ejercicio		
Cuidados e higiene del cuerpo		
Total en la calidad de vida	11.2	31.4

Fuente: Perfil del impacto de la enfermedad

Buena calidad de vida < 20 puntos

Mala calidad > 20 puntos

principales causas de demanda de servicios y que repercute en la calidad de vida de los pacientes; por ello, los aportes de esta investigaci3n pueden proporcionar una perspectiva global de la calidad de vida y definir alternativas para manejo integral.

En cuanto a la calidad de vida, los resultados globales coinciden con lo reportado por García P. y Reyes H.⁸

Uno de los aspectos más importantes de esta investigaci3n fue utilizar el *perfil del impacto de la enfermedad*, ya que constituye una valiosa aproximaci3n a la evaluaci3n de la calidad de vida. Este cuestionario permite al investigador apreciar, en una escala continua, el grado de afectaci3n de la calidad de vida entre dimensiones, diseñada para pacientes con enfermedades cr3nicas.

Se debe reconocer que es recomendable confirmar la validez del constructo al aplicarlo en una poblaci3n distinta para la que fue elaborado.

Aunque el análisis bivariado exploratorio mostró al analfabetismo probablemente relacionado con mala calidad de vida, no puede considerarse un criterio de exclusi3n para el programa de DPCA.

Por tanto, se sugiere realizar estudios de causalidad.

Conclusiones

En la Delegaci3n Puebla, la DM2 es la principal causa de insuficiencia renal cr3nica en los pacientes del programa de DPCA; más de 50 % tiene mala calidad de vida (con mayor deterioro

en la dimensión física). Sin embargo, desde el punto de vista de las características evaluadas parece no haber diferencia entre este grupo y el de buena calidad. Con base en lo anterior, es necesario investigar otras variables en los servicios de salud: personales, socioeconómicas, complicaciones (investigadas intencionalmente) y frecuencia de las mismas. Es indispensable entonces enfatizar en la detección de otras complicaciones de la diabetes mellitus y asegurar el tratamiento integral. La estancia en el programa de DPCA mayor a cinco años, que pudiera sugerir sobrevida, está presente sólo en 2.6 % de los pacientes.

Por el impacto que tiene la DM2 se formulan las siguientes propuestas:

1. En el primer nivel de atención se sugiere reforzar en los familiares de estos pacientes la detección de DM2 y enfermedades asociadas, para favorecer la educación en los grupos de riesgo y reducir la incidencia de dichos padecimientos.
2. Reforzar la actualización médica en los conceptos fundamentales de prevención primaria de

nefropatía diabética (control glucémico, cifras tensionales y otros factores de progresión de la enfermedad renal).

3. Fortalecer la creación de los grupos de autoayuda, con guía del personal capacitado, para el apoyo psicosocial en las unidades médicas.
4. Proponer al programa de ADEC el manejo integral de pacientes con mala calidad de vida.

Políticas de investigación

1. Realizar estudios de causalidad para buscar factores asociados a la mala calidad de vida (dependientes de la estructura organizacional) desde los puntos de vista institucional, condiciones personales, socioeconómicas, comorbilidad (infecciones) y complicaciones.
2. Desarrollar estudios para que los grupos de autoayuda, mediante estrategias motivacionales, interactúen con los grupos clasificados dentro de mala calidad de vida.
3. Estudiar la calidad de vida, con utilización del instrumento aplicado, en otros grupos de pacientes con enfermedad crónica.

Referencias

1. **Escobedo DP.** Epidemiología. En: Islas A S, Lifshitz A. Diabetes mellitus. Interamericana; 1993. pp. 20-21.
 2. **Cardiel HM.** Epidemiología clínica. Asociación de Medicina, 11 no. 2:359-363.
 3. **Magaz LA, García PM.** Aspectos psicosociales de los pacientes en diálisis peritoneal. En: Cruz, Montenegro, Olivares. Diálisis peritoneal. Trillas; 1994. pp. 557-564.
 4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Registros de productividad en programas de reemplazo. Hospital de Especialidades Puebla; 1996.
 5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Sistema de Información Médica Oportuna (SIMO) Puebla. 1995.
 6. **Escobedo DP.** Epidemiología. En: Islas A S, Lifshitz A. Diabetes mellitus. Interamericana; 1993.
 7. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. Encuesta nacional de enfermedades crónicas. México, Secretaría de Salud; 1993.
 8. **García PC, Reyes MH.** Calidad de vida del paciente diabético tipo II y factores relacionados. Rev Med IMSS 1995; 33(3):293-298.
-