

Caracterización sociodemográfica y clínica de pacientes con enfermedad renal crónica en condición de pluripatología y sus cuidadores

Sandra Milena Hernández-Zambrano, Ana Julia Carrillo-Algarra, Leidy Viviana Linares-Rodríguez, Angie Lorena Martínez-Ruiz, María Fernanda Núñez-Yaguna

Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá. Colombia

Como citar este artículo:

Hernández-Zambrano SM, Carrillo-Algarra AJ, Linares-Rodríguez LV, Martínez-Ruiz AL, Núñez-Yaguna MF. Caracterización sociodemográfica y clínica de pacientes con enfermedad renal crónica en condición de pluripatología y sus cuidadores. *Enferm Nefrol.* 2021 Ene-Mar;24(1):56-67

Resumen

Introducción: Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en condición de pluripatología presentan deterioro funcional progresivo, vulnerabilidad clínica, polifarmacia, calidad de vida disminuida, impacto psicosocial y alto costo para la persona y su familia. Enfermería debe conocer las características clínicas y socio-demográficas para identificar las necesidades.

Objetivo: Establecer a través de una valoración multidimensional las condiciones sociodemográficas y clínicas de pacientes pluripatológicos con enfermedad renal crónica y sus cuidadores familiares.

Material y Método: Estudio descriptivo de corte transversal, participaron 97 personas con enfermedad renal crónica en situación de pluripatología y sus cuidadores familiares, afiliados a dos aseguradoras de Bogotá, Colombia. Se realizó valoración multidimensional al paciente y cuidador con instrumentos validados. Análisis descriptivo, se utilizó STATA versión 13.

Resultados: El 52,6% fueron mujeres mayores de 80 años, 48% estaban casados, todos cursaron primaria completa. Adicional a enfermedad renal, el 43,3% presenta tres enfermedades asociadas. El 36,08% reportó independencia total en Actividades Básicas de la

Vida Diaria. El 38% presenta riesgo social medio y problemático, y mayor alteración de calidad de vida. Los principales cuidadores son hijos, seguidos de cónyuges.

Conclusión: La mayoría de pacientes con enfermedad renal crónica en condición de pluripatología presentan tres enfermedades crónicas asociadas, EPOC, cardiopatías y enfermedades mentales. Los resultados reflejan complejidad clínica y psicosocial asociada especialmente a niveles de dependencia funcional y riesgo social. Las dimensiones de calidad de vida más afectadas son función física y rol físico. Los cuidadores familiares principalmente son los hijos, la sobrecarga intensa es baja y la adopción del rol cuidador es adecuada.

PALABRAS CLAVE: gestores de casos; enfermedad renal; enfermedad crónica; multimorbilidad; afecciones crónicas múltiples; cuidadores.



Sociodemographic and clinical characterization of patients with chronic kidney disease with multiple pathologies and caregivers

Summary

Introduction: Comorbid patients with Chronic Kidney Disease present progressive functional deterioration, clinical vulnerability, polypharmacy, diminished quality of life, psychosocial impact and high cost for the person and their family. Nursing must know the clinical and

Correspondencia:

Sandra Milena Hernández-Zambrano
Email: smhernandez3@fucsalud.edu.co

sociodemographic characteristics to identify patient's needs.

Objective: To establish through a multidimensional assessment the sociodemographic and clinical conditions of multiple pathological patients with chronic kidney disease and their family caregivers.

Material and Method: Descriptive cross-sectional study, involving 97 people with chronic kidney disease in a situation of multiple pathologies and their family caregivers, attending in two centers in Bogotá, Colombia. A multidimensional assessment was performed on the patient and caregiver with validated instruments. For the descriptive analysis, STATA version 13 was used.

Results: 52.6% were women over 80 years old, 48% were married, all of them completed primary school. In addition to kidney disease, 43.3% has three associated diseases. 36.08% reported total independence in Basic Activities of Daily Living. 38% present a medium and problematic social risk, and a severe alteration in the quality of life. The main caregivers were children, followed by spouses.

Conclusion: Many comorbid patients with chronic kidney disease present three associated chronic diseases, COPD, heart disease and mental illnesses. The results reflect clinical and psychosocial complexity associated especially with levels of functional dependence and social risk. The most affected quality of life dimensions are physical function and physical role. Family caregivers are mainly children, with a low burden is low and the adoption of the caregiver role is adequate.

KEYWORDS: case managers; kidney disease; chronic disease; multimorbidity; multiple chronic conditions; caregiver.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y los sistemas de salud consideran las enfermedades crónicas como el principal reto de salud del siglo XXI, escenario que requiere intensificar y promover la prevención primaria para optimizar los recursos del sistema de salud y actuar de forma oportuna en los estadios iniciales de la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Debido a esto es sensato pensar que buena parte de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud se apoyará sobre la gestión

de la atención en salud a estos pacientes, el desarrollo de planes específicos y la evolución a un modelo socio-sanitario de atención a las personas en situación de cronicidad¹.

La prevalencia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) conlleva la coexistencia en un mismo sujeto de dos o más condiciones crónicas, lo que se conoce como multimorbilidad, y cuando cumple los criterios diagnósticos de la Sociedad de Medicina Interna descritos en la **Tabla 1**, se denomina pluripatología^{2,3}. Sin embargo, los modelos y guías de atención se orientan al manejo por enfermedad, lo que genera problemas de desconexión, fragmentación y falta de coordinación entre profesionales y niveles de atención^{2,3}. En Colombia, las ECNT causan más de 110 mil muertes por afecciones cardiovasculares, cáncer, diabetes y padecimientos pulmonares, lo que representa una prioridad para el sistema de salud⁴.

La ERC, por su progresión y relación con la calidad de vida, causa gran impacto psicosocial y alto costo en la población mayor a 60 años. En el año 2018 se reportó aumento de la ERC con 295.260 diagnósticos confirmados con respecto al 2017, para un total de 1.479.733 en 2018 con mayor prevalencia en mujeres, el 67% del total se encuentra en estadios 1 y 2⁵. El impacto de la enfermedad lo padecen el paciente y su familia, por la disminución de ingresos económicos y alteración emocional, convirtiendo a las personas con ERC en una población con alta vulnerabilidad clínica, deterioro funcional, polifarmacia, disminución de su calidad de vida; sedentarismo que puede dejar secuelas físicas y psicológicas en el paciente, quien lo vive como un forzoso estado de dependencia^{6,7}. Además, los pacientes con ERC sienten que son una carga para sus familias porque no tienen la misma autonomía ni funcionalidad. La ERC convive con otras enfermedades crónicas, y sumado al impacto negativo sobre su calidad de vida al disminuir su bienestar, incrementa la morbimortalidad, lo que sumado a la carga de la enfermedad genera cada vez mayor preocupación^{6,7}.

En la actualidad, en Colombia no es posible conocer el impacto de la pluripatología para el sistema y la población, pues los sistemas de información se encuentran en fase de desarrollo lo que genera déficit de información en salud pública, y su estructura trata las enfermedades de manera aislada, con enfoque individualizado y orientado a una única patología, lo que propicia resultados desfavorables en la salud de los pacientes que conviven con dos o más ECNT^{8,9}.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de pluripatología.

Categoría	Criterios diagnósticos
Categoría A	Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA (ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones).
Categoría B	Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
	Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dL en hombres o >1,3 mg/dL en mujeres) o proteinuria (índice albúmina/creatinina >300 mg/g, microalbuminuria >3 mg/dL en muestra de orina o albúmina >300 mg/día en orina de 24 horas, mantenida durante 3 meses).
Categoría C	Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC (incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad caminando en llano), debido a la dificultad respiratoria tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso: disnea evaluada por escala del Medical Research Council (MRC), o FEV1 <65%, o SaO2 90%.
Categoría D	Enfermedad inflamatoria intestinal.
	Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular (INR >1,7, albúmina <3,5 g/dL, bilirrubina >2 mg/dL) o hipertensión portal (definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos).
Categoría E	Ataque cerebrovascular. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).
Categoría F	Arteriopatía periférica sintomática.
	Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.
Categoría G	Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb<10 mg/dL en dos determinaciones separadas más de tres meses.
	Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.
Categoría H	Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).
Categoría I	Enfermedad mental con más de 5 años de evolución y en estadios mayores, excluyendo aquellas causadas por consumo de sustancias psicoactivas.
Categoría J	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Fuente: Modificado por las autoras a partir de Grupo de Trabajo SEMI y SEMFYC^{3,8}.

En el mudo existen enfoques y modelos dirigidos a integrar la atención de los pacientes que sufren diversas ECNT, uno de ellos es la pirámide de Kaiser Permanente que propone intervenciones en salud para el abordaje de la cronicidad en función de su complejidad y necesidades¹⁰. De acuerdo a este enfoque, las personas en situación de pluripatología se sitúan en los más alto de la pirámide con un nivel de complejidad elevada, que necesita gestión de casos y cuidados fundamentalmente profesionales¹⁰.

La gestión de casos se ha incorporado en el sector sanitario como modalidad de atención a personas con

cronicidad compleja, que afectan todas las dimensiones de la persona, y requieren diversidad de entornos asistenciales; tiene como propósito integrar los servicios asistenciales en torno a las necesidades de la persona, utilizando la valoración integral, la atención planificada, y la coordinación, para garantizar el acceso oportuno a los recursos que se necesiten^{11,12}. Los componentes del modelo de gestión de casos incluyen un proceso personalizado y cíclico de atención, en la cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articula la comunicación y recursos disponibles que promuevan

resultados de calidad, costo-efectivos que satisfagan las necesidades de los usuarios, para ello la enfermera identifica problemas, diseña planes de intervención y coordina actividades con profesionales y familiares, para que el paciente alcance los objetivos terapéuticos^{11,12}. Uno de los componentes centrales del modelo es la valoración multidimensional con diferentes instrumentos para identificar los problemas de salud que requieren un abordaje integral.

Dado que la Gestión de Casos es un modelo de provisión de servicios de salud efectivo y apropiado para que las aseguradoras garanticen la atención integral y continuada de pacientes crónicos complejos, en Colombia, se está desarrollando un estudio para determinar la efectividad del modelo de gestión de casos para el abordaje de pacientes pluripatológicos de dos aseguradoras de la ciudad de Bogotá¹². La importancia de identificar las necesidades físicas, psicológicas y sociales de las personas con ERC en condición de pluripatología, atendidas con base en un modelo de Gestión de casos, radica en orientar acciones de cuidado personalizadas y que favorezcan la coordinación entre diferentes profesionales y proveedores de salud. Por lo tanto, el objetivo del estudio es establecer mediante una valoración multidimensional las condiciones clínicas y sociodemográficas de pacientes pluripatológicos con ERC.

Material y Método

Diseño de investigación

Estudio cuantitativo con diseño descriptivo de corte transversal, realizado en el año 2019, en el marco de la implementación de un modelo de Gestión de casos para la atención de personas en situación de pluripatología y sus cuidadores familiares.

Población

Se incluyeron personas con pluripatología, que cumplía los criterios de inclusión y uno de sus diagnósticos fuera ERC.

Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 18 años, nivel de complejidad medio o alto de acuerdo con la escala INTERMED, pertenecientes a dos aseguradoras, y cuidadores familiares residentes en Bogotá, que participaron de forma voluntaria.

Criterios de exclusión

Pacientes con alteraciones en su estado de conciencia o con incapacidad para comunicarse.

Muestra

Muestreo por conveniencia, partió de un universo de 15.458 pacientes, heterogeneidad del 30%; margen de error 5% y nivel de confianza del 95%, se estimó una muestra de 317 pacientes pluripatológicos y sus respectivos cuidadores, de los cuales se seleccionaron 97 pacientes con ERC y sus cuidadores.

Recolección de datos

Los datos se obtuvieron en visitas domiciliarias individuales a pacientes y cuidadores familiares, realizadas por enfermeras gestoras de caso que recibieron entrenamiento. Se realizaron valoraciones multidimensionales (clínica, funcional, psicoafectiva, cognitiva y socio-familiar) utilizando los instrumentos validados que se describen en la **Tabla 2**.

Análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva, las variables continuas se expresaron con medidas de tendencia central como promedio y desviación estándar y las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes. Para el análisis de estos datos se utilizó STATA versión 13, licenciado por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos Hospital San José – FUCS, acta 9 del 24 de mayo de 2017. Siguió las consideraciones éticas del artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 de la legislación colombiana, que la considera investigación de mínimo riesgo para la vida y la integridad de los sujetos y la Ley 44 de 1993 que establece la responsabilidad del investigador respecto a la protección al derecho de autor mediante la adecuada referenciación bibliográfica. Los participantes firmaron consentimiento informado, se asignó un código a cada sujeto para garantizar confidencialidad y anonimato de la información.

Resultados

De 97 personas incluidas 50 (51,5%) fueron mujeres, el rango de edad fluctuó entre 38 y 102 años, con una mediana de 70 años. La mayoría (48%) están casados, y el 48%, cursaron primaria completa (**Tabla 3**).

Tabla 2. Escalas validadas utilizadas en la valoración multidimensional.

Escala	Objetivo	Características psicométricas
Intermed.	Medir la complejidad de la población.	Presenta una valoración facial, cumple estándares mínimos de validez y tiene una adecuada fiabilidad interexaminadores. Kappa>0,6.
Índice de Barthel.	Valoración funcional de un paciente.	α de Cronbach de 0,86-0,92.
Escala de Lawton y Brody.	Medición de actividades instrumentales de la vida diaria.	α de Cronbach (r=0,89) sensibilidad de 85,7% y especificidad de 78,9%.
Escala sociofamiliar de Gijón.	Medición de la situación sociofamiliar.	Fiabilidad Inter observador elevada (índice de kappa de 0,957), la consistencia interna es muy baja (α de Cronbach 0,142).
Calidad de vida en salud sf-36.	Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud.	El coeficiente de Cronbach es de 0,80.
Morisky Green.	Valoración de conducta de adherencia terapéutica en adulto.	La validación de Kendall reporta en este caso 0,8 con un p valor de 0,0001 y se interpretó como un alto grado de concordancia.
Cuestionario Pfeiffer simplificado.	Valoración de la memoria, orientación, nivel cultural y escolaridad.	Sensibilidad=85,7% Especificidad=78,9% Se determinó mediante las pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis (diferencias significativas con p<0,05).
Test de Yesavage.	Valoración de la depresión en personas mayores.	Sensibilidad=80% Especificidad=75%. Confiabilidad significativa=0,7268.
Minexamen cognoscitivo de Lobo.	Valora el deterioro cognitivo (demencia).	Sensibilidad=oscila entre 76 y 100%. Especificidad=entre 78 y 100%.
Escala de carga del cuidador de Zarit.	Medición del nivel de carga del cuidador.	Validez=0,9 Confiabilidad= 0,81.
Escala de rol cuidador.	Medición de la Adopción del rol cuidador del paciente crónico.	α de Cronbach (r=0,81) adopción del rol (0,76). Organización del rol (0,83) respuesta ante el (0,83). Respuesta ante el rol (0,80).

Fuente: Elaboración propia.

En Colombia, se utiliza como herramienta para definir un sistema tarifario de servicios públicos e impuestos, la estratificación socioeconómica basada en características de las viviendas y su entorno, el estrato más bajo es 1 y el más altos 6, en efecto este estudio demostró que predomina el nivel socioeconómico 3 en un 52,58%. La mayoría de pacientes con ERC en condición de pluripatología presentan tres enfermedades crónicas asociadas (43,3%), seguidos de quienes tienen dos (35,1%) y del que presenta cuatro (21,6%). El 71,1% de la población presenta Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, el 34% cardiopatías, el 33% enfermedades mentales como trastorno depresivo, Alzheimer y trastorno afectivo bipolar; las patologías menos frecuentes son anemia crónica (6,2%), Síndrome de Inmunodeficiencia Huma-

na (SIDA) y enfermedad inflamatoria intestinal con el 1% cada una (**Tabla 4**).

Con respecto a la dependencia funcional solo un 36,08% reporta independencia total, y el 6,20% presenta dependencia absoluta en las Actividades Básicas de la vida Diaria (ABVD), coherente con las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) que según la escala Lawton y Brody se evidencia dependencia total en un 15,58% de la población, únicamente 11 personas muestran independencia en sus actividades instrumentales. En cuanto a la adherencia terapéutica, el 38,14% no son adherentes, porcentaje alto y relevante en pacientes en condición de pluripatología que incluye ERC. La Escala de valoración sociofamiliar de Gijón, que eva-

Tabla 3. Características sociodemográficas de la población.

Variables sociodemográficas							
Variable		n	%	Variable	n	%	
Edad	Adulto joven (38-59)	6	6,2	Nivel socio-económico	1	1	1,03
	Adulto (60-80)	40	41,2		2	18	18,56
	Adulto Mayor (>80)	51	52,6		3	51	52,58
Sexo	Femenino	50	51,55		4	19	19,59
	Masculino	47	48,45		5	8	8,25
Estado Civil	Casado	47	48	Procedencia	Región Andina	64	65
	Divorciado	3	3,09		Bogotá	23	23,71
	Soltero	11	11,34		Región Caribe	6	6,19
	Unión Libre	5	5,1		Orinoquia	1	1,03
	Viudo	31	31,96		Región Pacífico	2	2,06
Escolaridad	Ninguno	6	6,19	Afiliación al sistema de Seguridad Social	Beneficiario	32	32,99
	Primaria	47	48		Cotizante	65	67,01
	Secundaria	20	20,62	Cuidador	Perú	1	1,03
	Técnico	10	10,31		Cónyuge	27	27,84
	Pregrado	10	10,31		Hijo	33	34,02
	Posgrado	4	4,14		Padres	1	1,03
Ocupación	Desempleado	42	43,30		No tiene	27	27,84
	Empleado	1	1,30		Otro	9	9,28
	Independiente	5	5,15				
	Pensionado	49	50,52				

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Descripción de la población pluripatológica con ERC.

Variable	n	%	Variable	n	%
Categoría A	33	34,0%	Categoría I	32	33,0%
Categoría B	97	100,0%	Categoría J	1	1%
Categoría C	69	71,1%	Total de enfermedades pluripatológicas con ERC		
Categoría D	1	1,0%	2 Enfermedades Crónicas	34	35,1%
Categoría E	8	8,2%	3 Enfermedades Crónicas	42	43,3%
Categoría F	15	15,5%	4 Enfermedades Crónicas	21	21,6%
Categoría G	6	6,2%			
Categoría H	20	20,6%			

Fuente: Elaboración propia.

lúa situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales, reporta riesgo social medio en un 34,02%, y problema social en un 4,1% de la población, lo que implica situaciones de riesgo o vulnerabilidad social (**Tabla 5**).

Los resultados del cuestionario SF-36, calidad de vida relacionada con la salud (CVS) reflejan una mayor alteración de la calidad de vida en la población que convive con dos o más ECNT. Las dimensiones más afectadas son la función física y el rol físico, seguidos de salud mental, evolución declarada de la salud, vitalidad y rol corporal. El análisis de las 9 escalas de calidad de vida relacionada con la salud, se detallan en la **Tabla 6**.

Tabla 5. Descripción de las variables clínicas.

	Descripción	Puntuación Índice	N	%
Nivel de Complejidad	Alta	>39	8	8,2%
	Media	30-39	89	91,8%
Barthel	Independencia Total	100	35	36,1%
	Leve	91-99	20	20,6%
	Moderada	90-61	28	28,9%
	Grave	21-60	8	8,2%
	Dependencia Total	<20	6	6,2%
Lawton y Brody	Independencia	8	11	14,3%
	Dependencia Ligera	6-7	27	35,1%
	Dependencia Moderada	4-5	14	18,2%
	Dependencia Severa	2-3	13	16,9%
	Dependencia Total	0-1	12	15,6%
Morisky Green	Cumplidor	4	52	53,6%
	Medio Cumplidor	1-3	8	8,2%
	No Cumplidor	0	37	38,1%
Gijón	Riesgo Social Normal	<9	60	61,9%
	Riesgo Social Medio	10-15	33	34%
	Con Problema Social	>16	4	4,1%
SF 36 Función Física	Limitación de la actividad Física	1-100	97	44,3%
SF 36 Rol Físico	Problema con actividades diarias	1-100	97	40,2%
SF 36 Rol Corporal	Dolor	1-100	97	55,1%
SF 36 Vitalidad	Nivel de energía	1-100	97	54,9%
SF 36 Función Social	Relación Social	1-100	97	59,1%
SF 36 Rol Emocional	Problema emocional	1-100	97	54,3%
SF 36 Salud Mental	Sensación de paz y Felicidad	1-100	97	51,2%
SF 36 Evolución declarada de la Salud	Percepción de evolución de salud	1-100	97	53,4%

Fuente: Elaboración propia.

El estudio reportó que el 91,5% de los pacientes presentaron un nivel de complejidad media, y un 8,25% complejidad alta; por otra parte, los principales cuidadores de los participantes fueron los hijos (34,02%), seguido de los cónyuges (27,84%), y en menor porcentaje sus propios padres. Todos los cuidadores son mayores de edad y asumen la ejecución de un nuevo rol para contribuir de manera primordial al bienestar de la persona con enfermedad, el nivel de sobrecarga intensa del cuidador se presenta en un 24% de la población, generando afecciones en relación a sus tareas de cuidado, lo que podría interferir con el estado de ánimo causando así repercusiones negativas. En cambio la adopción del rol cuidador en este estudio es de un 60,9% lo que indica una transición saludable hacia la labor óptima de ser cuidador a nivel cognitivo, comportamental e interpersonal, en un 12,5% el cuidador se enfrenta a cambios inesperados con afectaciones laborales, financieras, organizacionales y dinámica familiar que requieren de estrategias de afrontamiento (**Tabla 6**). Esto es de gran importancia en enfermería, pues indica la conveniencia de incluir dentro de sus cuidados no solo al paciente, sino también a su familia, especialmente, al cuidador principal.

Los pacientes pluripatológicos que tienen un cuidador principal que apoya sus actividades diarias, presentan mejor resultado de la escala de Barthel ($p \leq 0,0170$) y en las subescalas de SF-36, que corresponden a la evolución declarada de la salud, porque cuentan con apoyo para la evolución de su propia salud ($p \leq 0,0195$).

Tabla 6. Descripción del cuidador.

	Descripción	Puntuación Índice	N	%
Zarit	No sobrecarga	>44 Puntos	27	44,3
	Riesgo medio sobrecarga	44-56 Puntos	20	32,8
	Sobrecarga Intensa	<56 Puntos	15	24,6
Rol cuidador	Adopción Insuficiente	22-60 Puntos	8	12,5
	Adopción Básica	61-77 Puntos	17	26,6
	Adopción Satisfactoria	78-110 Puntos	39	60,9

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

El presente estudio examinó las características socio-demográficas y clínicas en una población con pluripatología y ERC; el 43,3% presentó tres enfermedades crónicas asociadas, el 35,1% dos y el 21,6% cuatro patologías, resultados acordes con los hallazgos de Monteverde et al. quienes, en el modelo agrupador de morbilidad para la provincia de Cataluña en España, encontraron una distribución del 75% de la población con multimorbilidad y 42% de estas con algún tipo de patología crónica¹³.

Respecto a las variables sociodemográficas, se destaca que el 91% de la población es mayor de 60 años y de este grupo el 51% tiene más de 80 años, al respecto, Regato muestra que el envejecimiento tiene niveles de complejidad en cuanto a su atención de salud por su fragilidad y dependencia como lo muestra nuestro estudio¹⁴. En cuanto a la escolaridad y el nivel socioeconómico, se evidencia que la mayoría de la población tiene educación básica y nivel socioeconómico medio o bajo, factores que se asocian al desarrollo de ECNT, desde la perspectiva de los determinantes sociales en salud, tal como lo refiere Jiménez et al.¹⁵. Así mismo Sandefer et al., relaciona la educación y nivel socioeconómico como factores que dificultan la toma de decisiones y pueden afectar la salud¹⁶.

En la población con ECNT, es importante valorar el grado de autonomía y para esto se utilizan instrumentos como el índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody¹⁶. Los pacientes con ERC en condición de pluripatología presentan mayor fragilidad clínica, con acrecentamiento gradual, porque conviven con varias comorbilidades que aumentan en algunos casos dependencia de cuidado¹⁸. El estudio refleja dependencia mo-

derada de las actividades básicas, solo el 36,1% tienen independencia total de las ABVD y el 14,3% en las AIVD. Con relación a la dependencia funcional, Rubio et al. plantea que se presenta menos dificultad en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria en relación con las actividades instrumentales¹⁹.

El estudio reportó que el 91,5% de los pacientes presentaron un nivel de complejidad media, y un 8,25% complejidad alta, que los caracteriza como pacientes crónicos complejos que requieren atención personalizada con equipos interprofesionales coordinados para lograr los objetivos terapéuticos. De igual manera mostró no adherencia al tratamiento en un 38,1% de la población, al respecto González et al., indica que aproximadamente el 50% de los pacientes crónicos no son adherentes al tratamiento lo que influye en el deterioro de la calidad de vida y aumento del costo sanitario²⁰. Así mismo Ghimire et al., expone como causas de falta de adherencia factores demográficos y clínicos que generan barreras de adherencia al tratamiento médico instaurado, ya que en su mayoría tiene tratamiento farmacológico de por vida²¹.

La calidad de vida es un indicador de bienestar percibido por personas diagnosticadas con enfermedad renal crónica²², este estudio refleja que el componente de salud física es bajo expresado en un 44,3%, al igual que la salud mental que reporta una media de 51,2%. En Colombia, Barros et al., reportó resultados bajos en estas mismas dimensiones en pacientes con ERC, con un 33,4% y 43,5% respectivamente²³. Así mismo, Yepes et al. da a conocer que el componente físico tiene mayor afectación que el componente mental en población con ERC²⁴. La calidad de vida tiene un valor significativo porque las personas desatan situaciones que comprometen el bienestar general presentando estrés, soledad, depresión, inseguridad, agotamiento y miedo, que los hacen más susceptibles a cambios en sus sentimientos y a disminuir actividades de recreación, comodidad e independencia asociados al nivel de complejidad en conjunto con la progresión de la enfermedad renal, adicionalmente reduce la satisfacción y la esperanza a futuro del usuario, lo que hace necesario un soporte familiar específicamente de cuidadores principales²⁵. Al respecto, Vinaccia y Quiceno afirman que la persona con ERC percibe la calidad de vida como un proceso cambiante en correlación positiva a su enfermedad que fomenta la

autonomía y el autocuidado en esta población, siendo el rol físico la dimensión con peor puntaje (44,4%), mientras que la dimensión vitalidad muestra resultados favorables en un 78,6%²⁶.

Por otra parte, el estudio encontró que los principales cuidadores son los hijos (33%), seguido del cónyuge (27%), estos resultados son afines con Cantillo et al., quien también encontró relación con los cuidadores principales en la cual los hijos son los que asumen el cuidado de sus padres, además de sus parejas debido a su relación socioafectiva y cultural²⁷. Principalmente quien proporciona y vigila estrechamente los cuidados básicos del paciente en casa son los hijos y cónyuges, bajo las indicaciones dadas por el personal de salud, resultados similares reporta el estudio de Ruiz²⁸ quienes expresan que los esposos(as) e hijos, caracterizados por predominar el género femenino, son los cuidadores principales, típicamente amas de casa que en su mayoría dedican su tiempo para suplir las necesidades del paciente²⁸.

Respecto al nivel de sobrecarga del cuidador, los datos describen un nivel medio de 32,8% e intenso de 24,6%; así mismo la adopción del rol cuidador es adecuada en su proceso de transición. Al respecto los hallazgos de Laguado reportan un deterioro físico y mental de los cuidadores por aumento de funciones y diversos roles a cargo que generan una carga intensa, y crean un compromiso familiar dedicado al cuidado, que a futuro puede generar sobrecarga, sensaciones negativas y afrontamientos inadecuados, por lo que se deben consolidar las destrezas y los conocimientos de los cuidadores principales para brindar las acciones de cuidado²⁹. Estos hallazgos coinciden con los resultados de López et al., quienes refieren que sí existe sobrecarga en relación al cuidado del paciente con ERC con un efecto negativo y deterioro de la calidad de vida en el grupo etario de 60 años en un 70,1%³⁰.

La enfermería se considera un vínculo social y su esencia es el cuidado que incluye despertar en las personas la voluntad del autocuidado. En los pacientes en condición de pluripatología éste último cobra importancia para el paciente y el cuidador; al respecto Dorothea E. Orem en su teoría del déficit de autocuidado lo describe como un aprendizaje continuo y que siempre se relaciona con las necesidades que tiene cada individuo según sus limitaciones de salud, factores en su entorno o cuidado dependiente³¹. Es por esto que Enfermería es tan relevante, porque se encarga de satisfacer las necesidades cuando el paciente no está en la capacidad

de hacerlo por sus limitaciones, como es el caso de los pacientes pluripatológicos con ERC³¹.

La atención de enfermería al paciente y su familia debe ser un sistema de apoyo y fomento continuo donde la familia participe activamente para llevar a cabo el plan de cuidados e intervenciones relacionadas con el tratamiento para la enfermedad y mejoramiento del autocuidado. Por tanto, actualmente la atención a los pacientes pluripatológicos es el principal reto que afrontan los sistemas sanitarios por consumo de mayores recursos, debido a que representan un aumento progresivo de la enfermedad y por ende potenciación de los padecimientos³² tal y como lo reflejan los resultados de salud física, emocional y sociofamiliar que se evaluaron en este estudio. Las prácticas sobre la atención a los pacientes crónicos representan nuevas estrategias para mejorar la organización de los servicios de salud, muchas de ellas tienen que ver con establecer pronósticos fiables en poblaciones vulnerables para que de tal manera se disponga de múltiples instrumentos para evaluar el desarrollo vital de pacientes con comorbilidad asociada³³. A partir de los resultados obtenidos, se concluye que la mayoría de pacientes con ERC en condición de pluripatología presentan tres enfermedades crónicas asociadas, especialmente EPOC, cardiopatías y enfermedades mentales. La evaluación de las variables clínicas y sociodemográficas, refleja que existe complejidad clínica y psicosocial asociada especialmente a los niveles de dependencia funcional y riesgo social. Respecto a la calidad de vida percibida por la población, se evidencia una mayor afectación de las dimensiones función física y rol físico. Los cuidadores familiares principalmente son los hijos y el nivel de sobrecarga intensa es baja, así mismo la adopción del rol cuidador es adecuada lo cual favorece la labor que se realiza.

En este sentido, este grupo poblacional se debe abordar de forma personalizada y coordinada por el equipo interprofesional, con un enfoque en prevención y promoción como la primera conducta para generar atención oportuna aumentando calidad de vida y disminuyendo los niveles de dependencia. La valoración multidimensional de necesidades con escalas validadas genera resultados fiables con el objetivo de proporcionar cuidados de enfermería personalizados y favorecer la coordinación asistencial con otros proveedores de salud.

El desarrollo de este estudio desvela líneas futuras de investigación para el desarrollo y evaluación de modelos e intervenciones en salud, en un grupo de población específica con ERC en situación de pluripatología, y

orientado a mejorar la calidad de vida, el autocuidado, la continuidad de los cuidados, coordinación asistencial y reducción de costos en salud.

Financiación

Este trabajo forma parte del proyecto "Efectividad de un modelo de gestión de casos para la provisión integral de servicios de salud a pacientes pluripatológicos" financiado por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia (Colciencias), a través de la convocatoria 777 para proyectos de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud-2017, número de contrato 848-2017.

Recepción: 28-12-20

Aceptación: 10-01-21

Publicación: 30-03-21

Bibliografía

1. Carlos Contela J, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Atención Primaria*. 2012;44(2):107-13.
2. NICE guideline. Multimorbidity: clinical assessment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2016 [Consultado 2 may 2020]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>.
3. Junta de Andalucía. Atención a Pacientes Pluripatológicos. Sevilla: Consejería de Salud; 2018 [Consultado 20 abr 2020]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf.
4. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2018 [Consultado 22 may 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
5. Acuña L, Valbuena García AM, Ramírez Barbos PX, García Sierra AM, Ramírez García N. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia-2018. Bogotá: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Cuenta de Alto Costo. [Internet]. 2018 [Consultado 22 may 2020]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-de-la-enfermedad-renal-cronica-la-hipertension-arterial-y-la-diabetes-mellitus-en-colombia-2018/>.
6. Hernández-Zambrano SM, Torres-Melo ML, Barro-Tello SS, Saldaña-García IJ, Sotelo-Rozo KD, Carrillo-Algarra AJ et al. Necesidades de cuidado paliativo en hemodiálisis percibidas por pacientes, cuidadores principales informales y profesionales de enfermería. *Enferm Nefrol*. 2019;22(2):141-9.
7. Moya Ruiz MA. Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*. 2017; 20(1):48-56.
8. Hernández-Zambrano SM, Mesa-Melgarejo L, Carrillo-Algarra AJ, Castiblanco-Montañez RA, Chaparro-Díaz L, Carreño-Moreno SP et al. Effectiveness of a case management model for the comprehensive provision of health services to multi-pathological people. *J Adv Nurs* 2019;75:665-75.
9. Alfonso-Sierra E, Arcila Carabalí A, Bonilla Torres J, Latorre Castro ML, Porras Ramírez A, Urquijo Velásquez L. Situación de multimorbilidad en Colombia, 2012-2016. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018.
10. Organización Panamericana de la Salud. Mejora de los cuidados crónicos a través de las redes integradas de servicios de salud Washington, D.C.: OPS; 2012 [Consultado 22 may 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-Factsheet-Chronic-care-2012-es.pdf>.
11. Gonzalo Jiménez E (Coord.). Modelo de gestión de casos del servicio andaluz de salud. Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2017 [Consultado 22 may 2020]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/686/pdf/mgc_modelo_gestion_casos.pdf.

12. Hernández-Zambrano SM, Carrillo Algarra AJ, Castiblanco Montañez RA, Chaparro Díaz OL, Carreño Moreno SP, Gonzalo Jiménez E. Componentes del modelo de gestión de casos en la atención de la persona en condición de pluripatología y sus cuidadores familiares en Colombia. *Parainfo Digital* [Internet]. 2019 [Consultado 22 abr 2020]; 13(29):1-3. Disponible en: <http://ciberindex.com/cpd/e124>.
13. Monterde D, Vela E, Clèries M, grupo colaborativo GMA. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria*. 2016;48(10):674-82.
14. Regato Pajares P, Hernández Gómez A, Ángel Acosta M. La SEMFyC quiere potenciar la investigación en el área del envejecimiento. *Aten Primaria*. 2018; 50(6):321-2.
15. Jiménez Ocampo V, Pérez Giraldo B, Botello Reyes A. Perspectiva espiritual y calidad de vida concerniente a la salud de personas en diálisis. *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante*. 2017;36(2):91-8.
16. Stanfer Sandefer RH, Westra BL, Khairat SS, Pieczkiewicz DS, Speedie SM. Assessment Of Personal Health Care Management And Chronic Disease Prevalence: Comparative Analysis Of Demographic, Socioeconomic, And Health-Related Variables. *J Med Internet Res* [Internet]. 2018 [Consultado 02 may 2020]; 20(10): [aprox. 32 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6231843/>.
17. Camps Ballester E, Andreu Periz L, Colomer Codinachs M, Claramunt Fonts L, Pasaron Alonso M. Valoración del grado de autonomía funcional de pacientes renales crónicos según índices de Barthel, Lawton y baremo de Ley de Dependencia. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2009;12(2):28-34.
18. Portilla Franco M, Tornero Molina F, Gil Gregorio P. La fragilidad en el anciano con enfermedad renal crónica. *Rev Nefrología*. 2016;36(6):609-15.
19. Rubio Aranda E, Lázaro Alquézar A, Martínez Terrer T, Magallón Botaya R. Enfermedades crónicas y deterioro funcional para las actividades de la vida diaria en población mayor no institucionalizada. *Rev Nefrología*. 2009;44(5):244-50.
20. González-Bueno J, Calvo-Cidoncha E, Sevilla-Sánchez D, Molist-Brunet N, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C et al. Modelo de prescripción centrado en la persona para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con multimorbilidad. *Farmacia Hospitalaria*. 2018;42(3):128-34.
21. Ghimire S, Castelino RL, Lioufas NM, Peterson GM, Zaidi STR. Nonadherence to Medication Therapy in Haemodialysis Patients: A Systematic Review. *PLoS ONE* [Internet]. 2015 [Consultado 02 may 2020];10(12): [aprox. 29 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4670103/>.
22. Carrillo-Algara AJ, Torres-Rodríguez GA, Leal-Moreno C, Hernández-Zambrano SM. Escalas para evaluar la calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica avanzada: revisión integrativa. *Enferm Nefrol*. 2018;21(4):334-47.
23. Barros Higgins L, Herazo Beltran Y, Aroca Martínez G. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. *Rev.Fac. Med*. 2015;63(4):641-7.
24. Yepes Delgado CE, Montoya Jaramillo M, Orrego Orozco BE, Cuéllar Santaella MH, Yepes Núñez J, López Muñoz JP et al. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis ni trasplante de una muestra aleatoria de dos aseguradoras en salud: Medellín, Colombia, 2008. *Nefrología (Madr.)*. 2009;29(6):548-56.
25. Morais A, Gomes P, Medeiros S, Raniere C, Santos C. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enferm. Glob*. 2016;15(43):59-73.
26. Vinaccia A, Quiceno J. Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica- IRC. *Rev Argentina de clínica Psicológica* 2011;20(3):201-11.
27. Cantillo-Medina C, Ramírez-Perdomo C, Perdomo-Romero A. Habilidad de cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica y sobrecarga percibida. *Cienc enferm*. 2018;24:16.
28. Ruiz N, González S, Fretes P, Barrios I, Torales J. Sobrecarga del cuidador del paciente renal crónico. Un estudio piloto del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. *Revista Virtual*

de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. 2019;6(2):21-9.

29. Laguado Jaimes E. Perfil del cuidador del paciente con Enfermedad Renal Crónica: una revisión de la literatura. *Enferm Nefrol.* 2019;22(4):352-59.
30. López E, Ávila S, Reyes A, Miranda I. Calidad de vida relacionada a la salud del cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica. *Rev Medica Gt.* 2018;157(1):15-7.
31. Naranjo Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *AMC.* 2019;23(6):814-25.
32. Vásquez-Morales A, Horta Roa LF. Enfermedad crónica no transmisible y calidad de vida. Revisión narrativa. *Rev. méd.* 2018;20(1):33-40.
33. Bernabeu-Wittel M, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, Rotaache del Campo R, Sánchez Gómez S, Casariego Vales E. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. *Aten Primaria.* 2014;46(7):385-92.

Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

