

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.
UNAN-LEON**



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO – CIRUJANO.

Complicaciones crónicas relacionadas con la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

INTEGRANTES:

- SOFIA ESTELA PEREZ PEREZ.
- ERICK JOSE PEREZ HERNANDEZ.

TUTOR:

DR. DONOSO PEÑALBA.
Centro de Investigación en Salud, Trabajo y Ambiente.

LEON, NICARAGUA. 2013.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradecemos a DIOS por habernos permitido llegar hasta la culminación de la carrera de medicina.

A nuestros padres por tener confianza en nosotros y de esta manera costear nuestros estudios.

A nuestros tutores por guiarnos en nuestro trabajo monográfico y transmitirnos su conocimiento con mucha paciencia.

DEDICATORIA

Dedicamos nuestro trabajo en primera instancia a DIOS por ser nuestro guía en el buen camino y dilucidarnos en nuestros conocimientos.

Dedicamos nuestro esfuerzo a nuestros padres por brindarnos la posibilidad de terminar nuestros estudios y darnos siempre su apoyo moral incondicional como económico.

A la comunidad por habernos permitido la realización de este trabajo y por habernos tenido la confianza de entrar en sus hogares.

RESUMEN

La diabetes mellitus es una enfermedad de etiología múltiple, caracterizada por hiperglicemia crónica con trastornos del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas a causa de la deficiencia de la secreción de insulina. La diabetes mellitus tipo II es una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida de las personas, dado que el tipo de tratamiento a que se someten es de por vida, además de las complicaciones que genera.

Se realizó un estudio en los pacientes con diabetes mellitus tipo II del área urbana del Centro de Salud Sutiava y se encontró que las personas con diabetes experimentan una pobre calidad de vida. Asimismo son las mujeres y las personas de edad mayor que viven solas, sin seguridad social y bajo ingreso económico quienes describen la más baja calidad de vida.

Se encontró que la mala calidad de vida se presenta a consecuencia de las complicaciones como: neuropatía, nefropatía, enfermedad cardíaca, dislipidemia, pie diabético y retinopatía, que generan una pobre percepción de la persona en cuanto a su bienestar social, económico, emocional y familiar.

De igual manera se comprobó que las personas diabéticas del estudio, con mala calidad de vida tiene 22.5 veces más probabilidad de presentar complicación de pié diabético.

CONTENIDO.

INTRODUCCION	6
ANTECEDENTES.....	8
JUSTIFICACION.....	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
OBJETIVOS.....	12
MARCO TEORICO.....	13
DISEÑO METODOLOGICO.....	26
RESULTADOS.....	32
DISCUSION	38
CONCLUSIONES.....	40
RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	42

INTRODUCCION

La diabetes mellitus es una enfermedad que puede causar complicaciones tardías o crónicas, pueden aparecer en la diabetes mellitus antes de su diagnóstico, o durante la etapa de intolerancia a la glucosa¹.

La diabetes es una enfermedad crónica que se caracteriza por un conjunto heterogéneo de síndromes hiperglucemiantes como resultado de un defecto en la función de las célula Beta y/o disminución de la sensibilidad a la insulina en los tejidos diana. En el mundo afecta a más de 220 millones de personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que los nuevos casos de diabetes se doblarán en los próximos 25 años de 135 millones a cerca de 300 millones. Mucho de este crecimiento tendrá lugar en países en desarrollo donde la edad, dietas poco saludables, obesidad y estilos de vida sedentarios contribuirán a la aparición de la enfermedad¹.

En Nicaragua se diagnostican de 7 a 10 casos nuevos por cada 100 habitantes. En el año 2000, en el Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca, el 80% de los pacientes que acudieron a interconsultas están hiperglucémicos⁴.

La diabetes afecta a todos los órganos y sistemas alterando funciones, de acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad, control, factores predisponentes como la Hipertensión Arterial, Sobrepeso, y Glicemia Capilar. La diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral, 50% de los pacientes diabéticos mueren por esta causa². Cerca del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios, en personas menores de 70 años, y el 55% en mujeres.

La diabetes puede afectar profundamente a la calidad de vida de las personas en términos de bienestar psicológico y social, de la misma forma que en términos físicos.

Un estudio español comparando diabéticos con la población en general evidenció una peor percepción de esos pacientes con relación a su calidad de vida. Ese impacto, vivido por muchos pacientes después del diagnóstico de la enfermedad, puede estar ligado también al tratamiento, comúnmente compuesto de una rutina rígida de dieta, ejercicios físicos, auto monitorización y administración de medicamentos⁴.

Estudios llevados a cabo en Estados Unidos señalan que las personas con diabetes experimentan una pobre calidad de vida con respecto a individuos saludables, donde el área más afectada ha sido el rol de funcionamiento físico. En México existen algunas experiencias sobre estudios de calidad de vida, específicamente con diabetes mellitus solo existen dos estudios que señalan que los pacientes presentaron moderada afectación de su calidad de vida⁵.

Dada la frecuencia de esta enfermedad y las probabilidades de complicaciones consideramos necesario la realización de un estudio que nos permita identificar el estado de salud de los pacientes diabéticos tales como las complicaciones que afectan a los pacientes crónicos del Centro de Salud de Sutiava, y el impacto de estas complicaciones en la percepción de la calidad de vida que tienen estos pacientes.

ANTECEDENTES.

La Diabetes Mellitus incrementa su mortalidad por la aparición de complicaciones vasculares que acortan la esperanza de vida de quienes la padecen, aumenta el riesgo de las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares 2 ó 3 veces².

La realidad en los países del tercer mundo es que aún sin padecer ninguna enfermedad, millones de personas tienen que vivir en sociedades cada vez más desiguales, sometidas a críticas situaciones económicas, sin trabajo, justicia, ni seguridad social. En un estudio descriptivo de serie de casos, realizado en el Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz, Bolivia, sobre “Frecuencia de complicaciones en pacientes Diabéticos” aplicado a 100 pacientes diagnosticados, se encontró que el 99% de los pacientes, presentaron alguna complicación. Se detectó un 36% de complicaciones dermatológicas, 20% cardiovasculares, 12 % de tipo neurológico, 16% nefrológicas, y 8% oftálmicas y psicológicas².

Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos en el que se evaluaron 94 pacientes con diabetes tipo 2 elegidos aleatoriamente en el Hospital II EsSALUD-Cañete, Perú. La retinopatía diabética (88.9%) e hipertensión arterial (61.3%) fueron las complicaciones más frecuentes. Vasculopatía periférica, y neuropatía periférica fueron otras complicaciones crónicas frecuentes halladas en la población de estudio³.

La calidad de vida relacionada con la salud incluye las esferas física, psicológica y social de la salud vistas como áreas diferentes que están influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas. Cada esfera del estado de salud puede medirse en dos dimensiones: una evaluación objetiva del funcionamiento y una percepción subjetiva del individuo. Esta última puede explicar que dos personas con un mismo estado de salud puedan tener muy diferente calidad de vida⁴.

En un estudio descriptivo realizado en México, donde se estudiaron a 137 pacientes con diabetes mellitus tipo II, atendidos en el primer nivel de atención, se aplicó el instrumento calidad de vida (DQOL). Este reporto una media de 64 (0-100), la subescala más afectada fue *satisfacción con el tratamiento* y la menos afectada fue *impacto de la diabetes*. Presentaron mayor calidad de vida las personas de sexo masculino, con mayor escolaridad y que llevaban dieta y ejercicio como tratamiento médico y niveles normales de HbA1c⁵.

En octubre 2003 se aplicó en México un instrumento (ESCAVIRS) a 100 pacientes diabéticos tipo II, el cual se estudió la afectación de la calidad de vida en las áreas físicas, de interacción médica, sexual y psicosocial, donde se concluyó que los perfiles de la calidad de vida en las diferentes áreas mostraron un proceso deletéreo gradual y progresivo en relación con el avance paulatino de la cronicidad de la enfermedad. Dentro de las áreas más afectadas sobresale la sexual, donde la disfunción y el interés sexual repercuten en el funcionamiento normal.

En Centroamérica y en específico Nicaragua ha sido poco explorado el campo de estudio entre calidad de vida y diabetes mellitus tipo II, debido que no se han aplicado instrumentos específicos de medición de la calidad de vida. Los estudios de calidad se centran en aspectos de satisfacción y valoración del comportamiento en auto-cuidados.

JUSTIFICACION.

La diabetes mellitus tipo II es un problema de salud muy frecuente en nuestro medio con una tendencia a su incremento. Las complicaciones son muy frecuentes debido al pobre impacto de los programas educativos en salud en estos pacientes y al escaso rol promotor del sector salud y de la sociedad en general para modificar los estilos de vida que favorecen la diabetes y sus complicaciones.

Identificar la calidad de vida que genera la enfermedad y diversas situaciones, nos dará pistas importantes para mejorar los servicios de apoyo al paciente diabético de tal forma que al mejorar su percepción también pueda mejorar su adhesión al programa y sus indicaciones en hacer modificaciones en sus estilos de vida.

Consideramos que el estudio será de mucha utilidad a la Comunidad y al Centro de salud Sutiava como fuente de información y a otras instituciones de la salud para establecer estrategias que apoyadas con la terapéutica farmacológica contribuyan a un mejor control de la salud y bienestar biopsicosocial de los pacientes que conviven con diabetes mellitus tipo II.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La carga de la Diabetes por pérdida de la calidad de vida y una sobrevivencia menor se concentra en aquellos países con presupuestos bajos para el cuidado de la salud. En 1990, dentro de los diez primeros diagnósticos de muertes en Nicaragua no aparecía la diabetes mellitus. Años más tarde, el infarto agudo del miocardio y las enfermedades cerebro-vasculares ocupan el primer y segundo lugar, y en forma dramática aparece la diabetes mellitus ocupando la tercera causa. El control de la diabetes mellitus es necesario ya que sus complicaciones representan un alto costo para el sistema de salud, una mala calidad de vida para el paciente y un impacto económico y psicológico negativo para su familia y la sociedad⁶.

¿Cuáles son las complicaciones crónicas más frecuentes de la Diabetes Mellitus tipo II?

¿Qué impacto tienen estas complicaciones en la percepción de la calidad de vida de las personas que la padecen?

OBJETIVOS.

Objetivo general:

Determinar las complicaciones crónicas más frecuentes de la diabetes mellitus tipo II y la calidad de vida que perciben estos pacientes.

Objetivos específicos:

1. Describir las características socio demográficos de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.
2. Identificar las complicaciones crónicas más frecuentes que afectan a los pacientes con diabetes mellitus tipo II.
3. Establecer la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.
4. Establecer la percepción de la calidad de vida de acuerdo a las complicaciones crónicas que ha desarrollado la población de estudio.

MARCO TEORICO.

DEFINICION.

La diabetes mellitus es una enfermedad de etiología múltiple, caracterizada por hiperglicemia crónica con trastornos del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas a causa de la deficiencia de la secreción de insulina por la destrucción de las células beta de los islotes del páncreas, y la consecuente ausencia de la hormona o de su acción por el aumento de la resistencia periférica a la insulina⁷.

Este trastorno crónico de base genética se caracteriza por tres tipos de manifestaciones:

- a) un síndrome metabólico consistente en hiperglicemia, glucosuria, polifagia, polidipsia, poliuria y alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas como consecuencia de un déficit absoluto o relativo en la acción de la insulina.
- b) un síndrome vascular que puede ser macroangiopático y microangiopático y que afecta todos los órganos, pero especialmente el corazón, la circulación cerebral y periférica, los riñones y la retina.
- c) un síndrome neuropático que puede ser a su vez autónomo y periférico.

La insulina es una hormona que le ayuda a las células a extraer la glucosa, es decir, que regula los niveles de glucosa en la sangre la cual se utiliza como fuente de energía.

La diabetes mellitus se presenta cuando el páncreas no produce esta hormona en cantidades suficientes o cuando las células del cuerpo desarrollan una resistencia a ella⁷.

TIPOS DE DIABETES.

Diabetes tipo 1: conocida como “diabetes juvenil”, por lo general aparece antes de los 35 años, también se le conoce como “diabetes insulino-dependiente” porque depende de insulina para poder metabolizar los alimentos. En este tipo de diabetes el páncreas no produce insulina o produce muy poca⁸.

Diabetes tipo 2: Es la forma más común de diabetes y por lo general se desarrolla en las personas mayores de 40 años. En esta forma de diabetes, lo que sucede es que las células del cuerpo desarrollan resistencia gradual a los efectos de la insulina. La causa de este tipo de diabetes está relacionada con la obesidad y con factores genéticos. Tres de cada cuatro personas que padecen este tipo de diabetes, sufren de sobrepeso⁸.

CUADRO CLINICO:

Los síntomas se deben a la hiperglucemia, o debido al daño que esta enfermedad causa en los distintos órganos del cuerpo (ojos, riñones, sistema cardiovascular, sistema nervioso) a lo largo del tiempo. Entre los síntomas de la diabetes tipo 1 y 2 están:

- Polidipsia.
- Poliuria, polaquiuria.
- Polifagia.
- Pérdida de peso.
- Debilidad y somnolencia.
- Cambios en la visión o visión borrosa.
- Náuseas y vómito.
- Cansancio.
- Infecciones frecuentes o de curación lenta⁸.

Se considera que una persona tiene diabetes cuando los niveles de glucosa en sangre son:

a) mayor o igual a 126mg/dL, en ayuno de 12 horas (sin haber ingerido alimentos previamente).

b) mayor o igual a 200 mg/dL a cualquier hora del día sin haber ayunado⁸.

COMPLICACIONES CRONICAS DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II:

Las complicaciones crónicas pueden dividirse en vasculares y no vasculares. A su vez, las complicaciones vasculares se subdividen en:

Microangiopatía (retinopatía, neuropatía y nefropatía).

Macroangiopatía (cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica y enfermedad cerebrovascular). Las complicaciones no vasculares comprenden problemas como gastroparesia, disfunción sexual y afecciones de la piel.

El riesgo de complicaciones crónicas aumenta con la duración de la hiperglicemia; suelen hacerse evidentes en el transcurso del segundo decenio de la hiperglicemia⁹.

Microvasculares:

-Enfermedades oculares:

Retinopatía (no proliferativa y proliferativa)

Edema de la mácula

-Neuropatías:

Sensitivas y motoras (mononeuropatías y polineuropatías)

Vegetativas

-Nefropatías.

Macro vasculares:

- Arteriopatía coronaria.
- Enfermedad vascular periférica.
- Enfermedad vascular cerebral.
- Hipertensión arterial.

Otras:

- Del tubo digestivo (gastroparesia, diarrea).
- Genitourinarias (uropatía y disfunción sexual).
- Dermatológicas.
- Infecciosas.
- Cataratas.
- Glaucoma.

❖ Complicaciones oculares de la diabetes mellitus:

La DM es la primera causa de ceguera entre los 20 y 74 años en Estados Unidos. Los diabéticos tienen 25 veces más probabilidad de convertirse en sujetos legalmente ciegos que quienes no padecen DM⁹.

La ceguera es el resultado de la retinopatía diabética progresiva y del edema macular. La retinopatía se clasifica en dos fases, proliferativa y no proliferativa. La retinopatía diabética no proliferativa suele ocurrir hacia el final del primer decenio de enfermedad o al principio del segundo y se caracteriza por microaneurismas vasculares retinianos, manchas hemorrágicas y exudados algodonosos⁹.

La neovascularización en respuesta a la hipoxia retiniana constituye el sello de la retinopatía proliferativa diabética. Estos vasos neoformados pueden aparecer en el nervio óptico, la mácula, o ambos, y se rompen con facilidad, provocando hemorragia vítrea, fibrosis y, en último término, desprendimiento de retina.

No todos los individuos con retinopatía no proliferativa avanzan a la forma proliferativa, pero cuanto más grave es aquella mayor es la probabilidad de que esto último ocurra en el plazo de cinco años⁹.

Los mejores factores de predicción del desarrollo de retinopatía son la duración de la DM y el control de la glucemia; también la hipertensión es un factor de riesgo.

❖ **Complicaciones renales de la diabetes mellitus:**

La nefropatía diabética es la primera causa de nefropatía en etapa terminal (ESRD) en Estados Unidos, y una de las primeras causas de morbimortalidad relacionada con la DM. La proteinuria en sujetos con DM se acompaña de notable decremento de la supervivencia y de un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular. La evolución natural de la nefropatía diabética se caracteriza por hipoperfusión glomerular e hipertrofia renal durante los primeros años que siguen al inicio de la DM, e incrementan la tasa de filtración glomerular (TFG). Finalmente, debe señalarse que en la DM de tipo 2 la albuminuria puede ser secundaria a factores no relacionados con la DM, como hipertensión, insuficiencia cardíaca congestiva, afección prostática o infección⁹.

❖ **Neuropatía y diabetes mellitus:**

Alrededor de 50% de los sujetos con DM de tipos 1 y 2 de larga evolución presentan neuropatía diabética. Puede manifestarse en forma de polineuropatía, mononeuropatía, neuropatía vegetativa (autónoma) o combinaciones de ellas.

El desarrollo se correlaciona con la duración de la diabetes y con el control de la glucemia; ocurre pérdida de fibras nerviosas tanto mielínicas como amielínicas⁹.

Polineuropatía y mononeuropatía

La forma más frecuente de neuropatía diabética es la polineuropatía simétrica distal. Se presenta como pérdida de la sensibilidad distal, hiperestésias, parestesias y disestesias. Los síntomas consisten en sensación de adormecimiento, hormigueo, pinchazos o ardor quemante que se inicia en los pies y se extiende en sentido proximal. La exploración física descubre pérdida de la sensibilidad, pérdida del reflejo del tobillo y sentido de la posición anormal. La mononeuropatía (disfunción de nervios craneales o periféricos aislados) es menos frecuente y se presenta en forma de dolor o debilidad motora en el territorio de un solo nervio⁹.

Neuropatía vegetativa (autónoma).

Los pacientes con DM de tipo 1 o 2 de larga evolución pueden presentar signos de disfunción vegetativa que afectan los sistemas colinérgico, noradrenérgico y peptidérgico. Es posible que afecte numerosos aparatos y sistemas, como el cardiovascular, el digestivo, el genitourinario, el seudomotor y el metabólico. Las neuropatías que afectan al aparato cardiovascular provocan taquicardia de reposo e hipotensión ortostática. Es probable que la gastroparesia y las dificultades de vaciamiento de la vejiga estén relacionadas con la neuropatía vegetativa de la DM. La disfunción del sistema nervioso simpático puede producir hiperhidrosis de las extremidades superiores y anhidrosis de las inferiores. En este último caso es posible que ocurran sequedad de piel y grietas, de modo que aumenta el riesgo de úlceras en los pies⁹.

❖ **Disfunción gastrointestinal o genitourinaria:**

La DM de larga evolución de los tipos 1 y 2 puede afectar la motilidad y el funcionamiento del tubo digestivo y el aparato genitourinario. Los síntomas digestivos más destacados son retraso del vaciamiento gástrico (gastroparesia) y alteraciones de la motilidad del intestino delgado y el grueso (estreñimiento o diarrea). La gastroparesia puede presentarse con síntomas de anorexia, náuseas, vómitos, saciedad precoz y distensión del abdomen. Una característica frecuente de la neuropatía vegetativa digestiva relacionada con la DM es la diarrea nocturna, que alterna con estreñimiento⁹.

La neuropatía autónoma diabética puede provocar afecciones genitourinarias que comprenden cistopatía, disfunción eréctil y disfunción sexual femenina (descenso del deseo sexual, dispareunia, decremento de la lubricación vaginal). Los síntomas de la cistopatía empiezan por la incapacidad para sentir el llenado vesical y realizar una micción completa⁹.

❖ **Morbilidad y mortalidad cardiovasculares:**

El Framingham Heart Study reveló un incremento notable de arteriopatía periférica, insuficiencia cardíaca congestiva, arteriopatía coronaria, infarto del miocardio, muerte repentina (incremento del riesgo de una a cinco veces) y enfermedad vascular cerebral (aumento de tres veces) en la DM. La American Heart Association definió recientemente a la diabetes mellitus como factor mayor de riesgo de enfermedad cardiovascular (la colocó en la misma categoría que tabaquismo, hipertensión e hiperlipidemia). La DM de tipo 2 aumenta al doble la mortalidad cardiovascular en los varones y al cuádruplo en las mujeres.

Los factores de riesgo de macroangiopatía en los diabéticos son aterosclerosis, dislipidemia, hipertensión, obesidad, actividad física escasa y tabaquismo, asociado a disfunción de los miocardiocitos secundaria a hiperglucemia crónica.

Otros factores de riesgo específicos de la población diabética son oligoalbuminuria, macroproteinuria, elevación de la creatinina sérica y alteración de la función plaquetaria. La mejora del perfil lipídico de los sujetos en tratamiento intensivo (colesterol total, LDL y triglicéridos) sugirió que puede reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular asociado a la DM. La mejoría del control glucémico no redujo de manera concluyente la mortalidad cardiovascular⁹.

❖ **Complicaciones de las extremidades inferiores:**

El pie diabético es la primera causa de amputación no traumática de las extremidades inferiores en Estados Unidos. Las úlceras e infecciones del pie son también una importante causa de morbilidad en los diabéticos.

Las razones del aumento de la incidencia de estos trastornos en la DM son complejas y suponen la interacción de varios factores patogénicos: neuropatía, biomecánica anormal del pie, enfermedad vascular periférica y cicatrización deficiente de las heridas.

La neuropatía motora y sensitiva conduce a una mecánica anormal de los músculos del pie y a alteraciones estructurales del pie (dedo en martillo, deformidad del pie en garra, prominencia de las cabezas de los metatarsianos, articulación de Charcot). La neuropatía vegetativa provoca anhidrosis y altera el flujo sanguíneo superficial del pie, lo que promueve la desecación de la piel y la formación de fisuras. La enfermedad vascular periférica y la cicatrización deficiente impiden la resolución de pequeñas heridas de la piel, permitiendo que aumenten de tamaño y se infecten¹⁰.

CALIDAD DE VIDA:

Según la OMS, la **calidad de vida** es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno"¹¹.

Se refiere en términos cualitativos al mejor o peor desarrollo integral de la vida de una persona o sociedad, en el que se incluyen no solamente factores económicos (nivel de vida) sino sociales (nivel sanitario, educativo, etc.), ambientales, afectivos, etc. se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Integra el bienestar físico, mental, ambiental y social como es percibido por cada individuo y cada grupo. Dependen también de las características del medio ambiente en que el proceso tiene lugar (urbano, rural)¹¹.

La calidad de vida es un proceso dinámico de una persona u hogar determinados, que cambia constantemente y de forma casi imperceptible. Por lo anterior, se puede hablar de un "x" nivel de calidad de vida en un momento o periodo determinado. Para eso, existen seis fuentes de bienestar, o en su caso, de posible medición:

1. El ingreso corriente.
2. Los derechos de acceso a los servicios o bienes gubernamentales (gratuitos o de bajo costo).
3. La propiedad (que conforma el patrimonio básico).

4. Los niveles educativos, las habilidades y las destrezas, entendidos como expresiones de la capacidad de entender y hacer en el mundo social.
5. El tiempo disponible para la educación formal o informal, la recreación, el descanso y las tareas domésticas.
6. La propiedad de activos no básicos como el caso del automóvil y la vivienda, y la capacidad de endeudamiento del individuo y del hogar¹².

Métodos para determinar y evaluar la calidad de vida.

El método tradicional para determinar y evaluar la calidad de vida, es la administración de cuestionarios. Desde el punto de vista de calidad de vida relacionada con la salud, existen dos tipos de cuestionarios: genéricos y específicos¹³.

Los cuestionarios genéricos: están diseñados para ser aplicables a pacientes en todos los estados de salud, independientemente de la edad y del tipo de patología, sirven para obtener valores poblacionales de referencia. Al ser de uso universal, no son suficientemente profundos y no analizan alteraciones específicas de una enfermedad. No son suficientemente sensibles para detectar cambios en el tiempo¹³.

Los cuestionarios específicos: resultan más sensibles que los genéricos para observar cambios evolutivos de los pacientes. Se concentran en síntomas particulares de una o varias enfermedades de un órgano o sistema y su impacto sobre el estado de salud del paciente¹³.

Las medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud deben ser:

1. *Subjetivas:* Recoger la percepción de la persona involucrada.
2. *Multidimensionales:* Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.
3. *Incluir sentimientos positivos y negativos.*

4. Registrar la *variabilidad en el tiempo*: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran¹³.

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II:

La diabetes mellitus tipo II es una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida de las personas, dado a que el tipo de tratamiento a que se someten es de por vida, además de las complicaciones que genera. Las personas con diabetes experimentan una pobre calidad de vida con respecto a individuos saludables, el área más afectada ha sido el rol de funcionamiento físico. Asimismo son las mujeres y las personas de edad mayor que viven solas, sin seguridad social y bajo ingreso económico quienes describen la más baja calidad de vida. En cuanto a variables clínicas, se han reportado como predictores de la calidad de vida: el tiempo de padecimiento de la enfermedad, el presentar complicaciones relacionadas con la enfermedad, la inactividad física y el llevar solo tratamiento farmacológico como parte de su atención médica.

La variable calidad de vida se define como la experiencia personal del paciente diabético sobre los efectos de su enfermedad y tratamiento en diversos ámbitos de su vida (físico, emocional y social)¹⁴.

El desarrollo de instrumentos de evaluación de la calidad de vida específicos para Diabetes es francamente reciente. Por esta razón no hay todavía un cuerpo consistente de información acerca de este aspecto de la Diabetes o de su tratamiento. En términos generales, se conoce a la fecha: que los sujetos con diabetes de ambos tipos experimentan un decremento importante en su calidad de vida en comparación con sujetos sanos; que la calidad de vida de pacientes con Diabetes decrementa en tanto que aumenta la severidad de complicaciones

médicas de la enfermedad; y que la calidad de vida influye en el control metabólico del paciente¹⁵.

Los perfiles de la calidad de vida en las diferentes áreas muestran un proceso deletéreo gradual y progresivo en relación con el avance paulatino de la cronicidad de la enfermedad.

Dentro de las áreas más afectadas sobresale la sexual, donde la disfunción y el interés sexual repercuten en el funcionamiento normal. Lo anterior evidencia neuropatía autonómica como consecuencia del descontrol metabólico, principalmente los hombres.

Concomitantemente, esta secuela incide en el deterioro de la relación de pareja y en el estado emocional, factores que contribuyen a disminuir la autoestima y aumentar el riesgo de depresión.

En el área física, la presencia de ciertos síntomas como parestesias, entumecimiento de los pies, dolor, náuseas, pérdida de peso y piezas dentales, diarreas, entre otros, indica que el deterioro físico mantiene un avance continuo y progresivo que se manifiesta en la disminución de la capacidad funcional para realizar actividades laborales, familiares o la adaptación a las demandas impuestas en el entorno inmediato.

Respecto al área psicosocial, el deterioro se ve traducido en los aspectos emocionales tales como ansiedad, depresión, temores y preocupaciones. Es importante destacar que la mayoría de los pacientes mostró gran ansiedad y estrés ante el avance de la enfermedad, manifestado por nuevos signos y síntomas, molestias físicas, pérdida de peso y reacciones secundarias a los medicamentos, lo cual les hacen pensar que el tratamiento no está funcionando adecuadamente¹⁶.

En el área de relaciones significativas el deterioro de la calidad de vida de los pacientes se ve traducido en la falta de comunicación con la pareja. Saberse diabético sin duda conlleva a un impacto emocional en su relación. Los cambios físicos, emocionales y sexuales debidos a la disfunción y pérdida del interés sexual se convierten en factores de riesgo que influyen en el estado de la calidad de vida.

Por todas estas situaciones, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentan signos leves o agudos en el deterioro de su calidad de vida. Las características sociodemográficas como el nivel educativo bajo, la edad mayor de 50 años y el tiempo de evolución de la enfermedad de más de cinco años, son factores de riesgo asociados¹⁶.

Los datos demuestran sistemáticamente en las diversas áreas evaluadas, que el grado de deterioro de la calidad de vida está relacionado con la evolución de la cronicidad de la diabetes, producto del descontrol metabólico y la falta de apego terapéutico.

DISEÑO METODOLOGICO.

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

Área de estudio:

El estudio se realizó en los consejos correspondientes al área urbana del centro de salud de Sutiava.

Universo del estudio:

Fueron 341 pacientes diabéticos que pertenecen al programa de crónicos que tiene el área urbana del centro de salud de Sutiava, los que se distribuyen en los 6 consejos, de la siguiente manera:

- Consejo N° 1: 54 pacientes, equivalente a 16 %.
- Consejo N° 2: 81 pacientes, equivalente a 24 %.
- Consejo N° 3: 61 pacientes, equivalente a 18 %.
- Consejo N° 4: 74 pacientes, equivalente a 21 %.
- Consejo N° 5: 48 pacientes, equivalente a 14 %.
- Consejo N° 6: 23 pacientes, equivalente a 7 %.

Muestra:

Se calculó el tamaño de la muestra de 181 pacientes, utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N Z^2 a^{12} P (1-P)}{(N-1) e^2 + Z^2 a^{12} P (1-P)} \quad \text{donde:}$$

N=población.

Z=estadístico al 95%.

P=proporción de individuos con la característica.

e= error muestral.

Se hizo una selección proporcional de cada consejo, de la siguiente forma:

- Consejo N°1: 29 pacientes.
- Consejo N° 2: 43 pacientes.
- Consejo N° 3: 33 pacientes.
- Consejo N° 4: 38 pacientes.
- Consejo N° 5: 25 pacientes.
- Consejo N° 6: 13 pacientes.

Los cuales fueron escogidos según los criterios de inclusión ya estipulados.

Criterios de inclusión:

1. Que tengan un expediente clínico con datos completos.
2. Pacientes con 5 años o más de evolución de la enfermedad.
3. Que presenten o hayan presentado alguna complicación crónica.

Instrumento de recolección de datos:

Para dar respuesta a los objetivos específicos se elaboró un cuestionario que consta de 3 secciones (variables socio demográficas, variables patológicas y calidad de vida) en la cual la última sección corresponde a la evaluación de la calidad de vida, donde se utilizó el Cuestionario sobre calidad de vida Diabetes 39, versión en idioma español, que contiene 39 ítems agrupados en 5 secciones, que mide y valora la afectación de su calidad de vida:

- Energía-movilidad.
- Control de diabetes.
- Ansiedad-preocupación.
- Carga social.
- Funcionamiento sexual.

Se utilizó una escala de calificación en la cual se designaron los siguientes parámetros con puntuación de uno a tres puntos:

- Muy afectado= 1pto.
- Poco afectado= 2 pts.
- Nada afectado= 3 pts.

Los criterios para evaluar la percepción de la calidad de vida fueron:

1. Mala: 39 – 64 pts.
2. Regular: 65 – 90 pts.
3. Buena: 91 – 117 pts.

Se realizó la validación del instrumento aplicándolo a 10 personas con las mismas características de la población de estudio.

Procedimiento de recolección de datos:

Se solicitó al comité de ética la realización del estudio por medio de una carta la cual contendrá los objetivos y beneficios del mismo, una vez obtenida la información se procederá con el estudio.

Se solicitó autorización del Director del Centro de Salud Sutiava Dr. Humberto Ramírez para acceder a los datos del expediente clínico de los pacientes incluidos en el estudio y extraer la dirección de los pacientes, así mismo, información de sus complicaciones crónicas.

Se procedió a visitar la vivienda de los pacientes, se les brindó información sobre los objetivos de la investigación y se solicitó su consentimiento informado, posterior a la firma del consentimiento se le auto administró la encuesta.

Para mantener la confidencialidad, el instrumento no tenía nombre por lo que se le asignó un código a cada paciente.

Plan de análisis:

Se creó una base de datos utilizando el paquete estadístico Epi-info. Una vez introducidos los datos fueron procesados y se obtuvieron frecuencia y porcentaje de los datos. Se realizaron pruebas de asociación de Chi cuadrado y RP (razón de prevalencia) con su respectivo intervalo de confianza.

Operacionalización de las variables

VARIABLE	CONCEPTO	VALORES
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.		
Sexo.	Identidad de género.	Femenino, masculino.
-Edad.	-Número de años cumplidos.	-Menor de 30 años. 30 – 40 años. 41 – 50 años. 51 – 60 años. Mayor de 61 años.
-Ocupación.	-Actividad que realiza la persona.	-Desempleado, ama de casa, jubilado, obrero, comerciante, profesional.
- Escolaridad.	-Nivel de educación alcanzado.	-Analfabeta. Primaria. Secundaria. Universitario.
-Hacinamiento.	- Mas de 2 personas por habitación.	-Sí. No.
-Ingresos mensuales.	-Salario aproximado por mes.	-C\$ < 1000. C\$ 1000 – 5000. C\$ > 5000.
-Tiempo de evolución.	-N° de años diagnosticados con diabetes mellitus.	5 – 10 años. Mayor de 10 años.

<p>- IMC.</p>	<p>Normal: 18 – 24. Sobrepeso: 25 – 30. Obesidad I: 31 – 35. Obesidad II: 36 – 40. Obesidad mórbida: > a 40.</p>	<p>- Peso normal. Sobrepeso. Obesidad.</p>
<p>VARIABLES PATOLOGICAS.</p>		
<p>- HTA.</p>	<p>- Elevación crónica de P/A > 140/90 mmHg.</p>	<p>- Si, No.</p>
<p>- Nefropatía diabética.</p>	<p>-Deterioro crónico e irreversible de la función renal.</p>	<p>- Si, No</p>
<p>- Dislipidemia.</p>	<p>- Cantidad anómala de lípidos y lipoproteínas en la sangre.</p>	<p>- Si, No</p>
<p>- Retinopatía.</p>	<p>- Alteración retiniana.</p>	<p>- Si, No</p>
<p>- Neuropatía.</p>	<p>- Trastorno degenerativo de los nervios periféricos.</p>	<p>- Si, No</p>
<p>- Enfermedad cardíaca.</p>	<p>-Alteración de la función miocárdica.</p>	<p>-Si, No.</p>
<p>- Pie diabético.</p>	<p>- Lesión o ulceración del pie inducida por hiperglucemia.</p>	<p>- Si, No</p>

<p>- Dermatológicas.</p> <p>- Nº de complicaciones crónicas.</p>	<p>- Alteración en la textura e integridad de la piel.</p> <p>Es la cantidad de complicaciones presentes en un paciente.</p>	<p>- Si, No.</p> <p>-1 2 3 4 o más.</p>
<p>CALIDAD DE VIDA</p>		
<p>-Calidad de vida.</p>	<p>Es la valoración que hace el paciente diabético de su experiencia personal, sobre los efectos de su enfermedad y tratamiento en diversos ámbitos de su vida (físico, emocional y social).</p>	<p>.</p> <p>-Mala: 39 – 64 pts. -Regular: 65 – 90 pts. -Buena: 91 – 117 pts.</p>

RESULTADOS.

El estudio fue realizado con 181 pacientes con diabetes mellitus tipo II de la zona urbana del Centro de Salud Sutiava que asistían al programa de crónicos.

En cuanto a las **características socio demográficas**, el sexo que predominó fue el femenino representado por el 67% de la población de estudio, el resto (33%) representó al sexo masculino. La población de estudio en su mayoría son personas de la tercera edad. La **edad** que predominó fueron las personas mayores de 61 años representado por el 42% de la población, el porcentaje más bajo fueron las personas entre 30 y 40 años de edad. La edad promedio de la población en estudio osciló entre los 56.6 años, con una desviación estándar de ± 10.18 años.

Según la **ocupación** que tienen los pacientes encontramos que la mayoría son amas de casa representada por un 37%, seguido de comerciante en un 17%, los profesionales fue representado por un 3%, el 27% de la población de estudio refiere que no trabaja, ya sea que esté desempleado o jubilado por el INSS.

Según la **escolaridad**, el 46% refiere haber realizado su educación primaria, seguido de un 24% que refiere ser analfabeta, sólo un 8% alcanzó una educación superior.

Respecto a las condiciones de vida se encontró que el 53% vive en condiciones de hacinamiento, es decir existen menos de 2 cuartos en su casa de habitación y que el 46% vive con ingresos mensuales menores a mil córdobas. (Tabla 1)

En cuanto al **tiempo de evolución** que predomina en estos pacientes es de 5 a 10 años con un 63%, solamente 37% presentaban más de 10 años de evolución. La mayor parte de los pacientes presentaban obesidad con 41%, y 21% presentaban peso normal.

TABLA 1. Datos socio demográficos de los pacientes con diabetes mellitus tipo II del área urbana del Centro de salud Sutiava.

Datos socio-demográficos	Frecuencia n = (181)	Porcentaje (%)
Sexo		
▪ Femenino	121	67
▪ Masculino	60	33
Edad		
▪ 30-40	14	8
▪ 41-50	34	19
▪ 51-60	57	31
▪ Mas de 61	76	42
Ocupación		
▪ Ama de casa	67	37
▪ Comerciante	31	17
▪ Desempleado	26	14
▪ Jubilado	23	13
▪ Obrero	28	16
▪ Profesional	6	3
Escolaridad		
▪ Analfabeta	44	24
▪ Primaria	83	46
▪ Secundaria	40	22
▪ Universidad	14	8

Fuente: Encuesta

Se aplicó el cuestionario Diabetes 39 para medir y valorar la **calidad de vida** de los pacientes con diabetes mellitus tipo II el cual aborda la afectación en los ámbitos de energía-movilidad, control de la diabetes, ansiedad-preocupación, carga social y funcionamiento sexual, los datos reflejaron que un 48% presentaban mala calidad de vida y solo 15% refirió buena calidad de vida.(Tabla 2)

TABLA 2. Calidad de vida que refieren tener los pacientes con diabetes mellitus tipo II del área urbana del Centro de salud Sutiava.

Calidad de Vida	Frecuencia n = (181)	Porcentaje (%)
▪ Buena	27	15
▪ Regular	87	48
▪ Mala	67	37

Fuente: Cuestionario 39

Se llevó a cabo la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes incluidos en el programa de crónicos y se encontró que las **complicaciones crónicas** más frecuentes de la diabetes mellitus que presento la población fueron en su mayor proporción la hipertensión arterial con 66 % seguido de neuropatía periférica con 40%, en tercer lugar la nefropatía con 34% y de menor frecuencia la enfermedad cardiaca con 29%.

Otras complicaciones presentadas por los pacientes del estudio fueron: dislipidemia con 17%, pie diabético con 10%, retinopatía y afectaciones dermatológicas representaron un 5% cada una.

TABLA 3. Frecuencia de las complicaciones crónicas de los pacientes con diabetes mellitus tipo II del área urbana del Centro de salud Sutiava.

Complicación crónica	Frecuencia n = (181)	Porcentaje (%)
▪ Hipertensión arterial	119	66
▪ Neuropatía periférica	72	40
▪ Nefropatía	61	34
▪ Enfermedad cardiaca	52	29
▪ Dislipidemia	30	17
▪ Pie diabético	18	10
▪ Retinopatía	9	5
▪ Afectación dermatológica	9	5

Fuente: Cuestionario 39

La mayor parte de los pacientes presentó 1 complicación crónica (37%), el 34 % presentaron 2 complicaciones crónicas de los pacientes, el 19% presentaban 3 complicaciones y 10% resultaron con 4 o más complicaciones crónicas.

TABLA 4. Frecuencia del número de complicaciones que presentan los pacientes con diabetes mellitus tipo II del área urbana del Centro de salud Sutiava.

N° de complicaciones	Frecuencia n = (181)	Porcentaje (%)
▪ Una complicación	67	37
▪ Dos complicaciones	61	34
▪ Tres complicaciones	35	19
▪ Cuatro o mas	18	10

Fuente: Cuestionario 39

Se realizó asociación entre las variables calidad de vida y complicaciones crónicas más frecuentes, con los siguientes resultados:

Los pacientes con hipertensión arterial en su mayoría presentaron mala calidad de vida con un 48%, pero no hubo asociación estadísticamente significativa entre la mala calidad de vida y la HTA como complicación. Esto significa que la calidad de vida, para la población de estudio, no es muy afectada en relación a la hipertensión arterial como complicación crónica.

En cambio se encontró asociación estadísticamente significativa entre la mala calidad de vida y las complicaciones como: neuropatía, nefropatía y enfermedad cardiaca, dislipidemia, pié diabético y retinopatía. Los valores de la RP demuestran que estas complicaciones, influyen en la mala calidad de vida, a diferencia de la retinopatía en la que la RP no resultó significativa.

Se encontró fuerza de asociación importante entre la mala calidad de vida y pié diabético como complicación. (Tabla 3)

TABLA 3. Frecuencia de mala calidad de vida en pacientes con complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo II atendidos en el Centro de Salud de Sutiava.

Complicaciones	Mala calidad de vida (%)	<i>p</i>	RP	IC 95%
▪ Hipertensión arterial	57 (48%)	0.47	0.98	0.53 – 1.81
▪ Neuropatía	43 (60%)	0.005	2.1	1.1 – 4.0
▪ Nefropatía	40 (65%)	0.007	2.7	1.4 – 5.2
▪ Enfermedad cardíaca	32 (61%)	0.01	2.1	1.1 – 4.1
▪ Dislipidemia	21(24%)	0.004	3.0	1.2 – 6.9
▪ Pie diabético	17(19%)	0.001	22.5	2.9 – 1.73
▪ Retinopatía	8 (9%)	0.022	4.6	0.9 – 22.5
▪ Dermatológicas	7 (8%)	0.086	2.6	0.6 – 12.9

Fuente: Encuesta

DISCUSION

Analizando las características socio demográficas y patológicas de los pacientes con diabetes mellitus tipo II del área urbana del Centro de Salud Sutiava en relación con la calidad de vida de estos mismos, la mayor parte afectada son de género femenino, mayores de 61 años y de ocupación amas de casa, con una escolaridad primaria predominantemente lo cual ha coincidido con la descripción del paciente diabético referida en la literatura.

Dentro de otros factores un gran porcentaje de la población femenina resultaron ser obesas y el tiempo de evolución transcurrido fue menor de 10 años.

Las complicaciones crónicas más frecuentes encontradas fueron en primer lugar la Hipertensión arterial, en segundo lugar Neuropatía y en tercer lugar Nefropatía. Estudios realizados en la ciudad de México D.F¹⁴, sobre calidad de vida de los pacientes diabéticos reportaron que el sexo femenino era el más afectado, con mayor frecuencia de obesidad, hipertensión arterial, dislipidemia, retinopatía, nefropatía, neuropatía periférica y cardiopatía isquémica.

Comparando ambos resultados se encuentra cierta similitud ya que ambos países pertenecen a población latinoamericana, sin embargo, en nuestro país la atención primaria no cuenta con los métodos diagnósticos esenciales para la práctica médica.

La calidad de vida de estos pacientes resulto ser regular, similar con el estudio mexicano que resulto poco afectado, encontramos esto debido a que nuestro país no tiene el nivel de desarrollo adecuado por lo cual no cuenta con los recursos necesarios para satisfacer las demandas de salud en la población.

Las complicaciones de neuropatía, nefropatía y enfermedad cardíaca, dislipidemia, pié diabético y retinopatía resultaron ser un factor importante para la aparición de una mala calidad de vida, ya que el organismo se encuentra sometido a condiciones de estrés permanente que deterioran cada vez más el sistema nervioso, nefrouinario y cardiovascular de los pacientes diabéticos que ya se encuentra comprometido debido a la cronicidad de la enfermedad.

Por lo tanto se considera que estas complicaciones generan ciertas restricciones en la vida de los pacientes tal como la dieta, medicamentos permanentes y el subsecuente gasto económico, depresión, inestabilidad emocional y familiar, que conllevan a percibir un deterioro en su vida en comparación a otras personas saludables, a expresar una mala o regular calidad de vida.

Los resultados de este tipo de investigaciones revelan la importancia de los factores psicosociales en el manejo y control de la enfermedad. Consideramos conveniente integrar la atención de forma interdisciplinaria por parte de enfermeras, médicos y psicólogos de la salud, para instrumentar programas preventivos que incidan en el deterioro de la calidad de vida en este tipo de pacientes.

CONCLUSIONES.

- Los pacientes estudiados con diabetes mellitus tipo II, son personas de la tercera edad que viven en condiciones de pobreza y hacinamiento.
- Las complicaciones crónicas más frecuentes de los pacientes diabéticos fueron hipertensión arterial, neuropatía, nefropatía y enfermedad cardiaca. Siendo mayor la frecuencia de complicaciones en el sexo femenino.
- La tercera parte de los pacientes diabéticos encuestados presentan mala calidad de vida debido a la cronicidad de la diabetes y sus implicaciones en los cuidados que amerita.
- La mala calidad de vida es a consecuencia de las complicaciones como: neuropatía, nefropatía, enfermedad cardiaca, dislipidemia, pie diabético y retinopatía. No se encontró asociación en la aparición de hipertensión arterial y enfermedades dermatológicas como factor de mala calidad de vida.
- Las personas diabéticas con mala calidad de vida tiene 22.5 veces más probabilidad de presentar complicación de pie diabético.

RECOMENDACIONES.

- A los programas de salud, se debe integrar un manejo psicosocial de los pacientes diabéticos para prevenir el deterioro de la calidad de vida.
- A los trabajadores de la salud, mantener un interés constante en la afectación de la diabetes mellitus sobre los pacientes tanto física como psicológicamente.
- A los estudiantes de Ciencias Médicas, ampliar el conocimiento sobre calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II.
- A la Facultad de Ciencias Médicas, apoyar la aplicación de instrumentos de medición de la calidad de vida en diferentes enfermedades.
- A la población diabética, informarse y cumplir con las medidas de tratamiento con el fin de prevenir las complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Diabetes. Noviembre, 2009.
Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>.
2. Bilbao Ignacio, Urquiza Guillermo, Álvarez Julio, Carvallo Fabiola. Frecuencia de complicaciones en pacientes diabéticos: en el Hospital de Clínicas Universitario - La Paz. Bolivia, diciembre 2004.
Disponible en: <http://www.misionmilagro.sld.cu/vol2no4/orig2.php>
3. Mayorga Fernando, Nuñez Olga, Tapia Miriam. Complicaciones tardías en diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud – Cañete. Perú, 2004.
Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/15-2/v15n2ao1.pdf>
4. Brahim Estrada, Carlos. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes en comerciantes del Mercado Municipal Masaya. [Tesis doctoral] Managua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 2010.
5. Millan. Cuestionario de la calidad de vida específico para la diabetes mellitus. México, 2002. Vol. 29.
6. Villagra Gutiérrez Lucy. La diabetes mellitus tipo 2, impacto en Nicaragua. El Nuevo Diario, 2006, Nov. 24. Sección Salud y sexualidad. Managua, Nicaragua.
Disponible en:
<http://impreso.elnuevodiario.com.ni/2006/11/24/suplemento/saludysexualidad/4132>.
7. Figuerola; Reynals; Ruiz. Diabetes mellitus. En: Farreraz, Rozman. Medicina Interna. Decimocuarta edición. Versión electrónica. Madrid, España. Editorial Hartcourt. 2000. Cap. 248.
8. Roca, Reynaldo. Diabetes mellitus. En: Roca, Reynaldo. Temas de Medicina Interna. Cuarta edición. La Habana, Cuba. Editorial Ciencias Médicas. 2002. Tomo III. Cap. 31. p. 211-234.
9. Powers, Alvin. Diabetes mellitus. En: Harrison, Thomas. Principios de Medicina Interna. Decimosexta edición. México. Editorial McGrawHill Interamericana. 2004. Vol. II. Cap. 323. p. 2367-2397.

10. Blanes, Ortiz. Clínica y lesiones asociadas al pie diabético. En: Roura, Marinel, Rodríguez Escudero. Tratado de pie diabético. Segunda edición. Madrid, España. Editorial Grupo Esteve. 2002. Cap. 4. p. 43-57.
11. Schwartzmann, Laura. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Chile, 2003. Vol.9
12. Velarde Jurado, Figueroa. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud publica. México, 2002. Vol. 44. Disponible en: www.insp.mx/salud/index.html.
13. Gómez, Ortega. Instrumental para la evaluación de la calidad de vida en asentamientos rurales de Santiago de Cuba. Cuba, 2005.
14. Cárdenas, Pedraza, Lerma. Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo II. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México, 2005. Vol. VIII. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/402/40280308.pdf>
15. Robles, Cortazar, Sánchez, et. Al. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes mellitus tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. Universidad Autónoma de México. México, 2003. Vol. XV. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72715215.pdf>
16. Robles, Cortazar, Sánchez, et. Al. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes mellitus tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. Universidad Autónoma de México. México, 2003. Vol. XV. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72715215.pdf>

Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Estimado Sr. (a):

Somos estudiantes de la carrera de Medicina y estamos realizando una investigación acerca de las “Complicaciones crónicas relacionadas con la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del área urbana del Centro de Salud Sutiava”. Con este trabajo daremos a conocer si la calidad de vida interfiere en la aparición de complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo II, y necesitaremos investigar acerca de las condiciones socio demográfico en que vive usted, así como acceder a su expediente clínico para recopilar información sobre las complicaciones crónicas que ha presentado durante la evolución de su enfermedad.

La recolección de datos se llevara a cabo en los meses de agosto y septiembre. Por lo que requerimos de su tiempo y colaboración para el llenado del instrumento de datos, el cual tendrá absoluta confidencialidad y se respetaran los derechos de los pacientes. Su nombre no tendrá ninguna publicación y se respetara si desea retirar su participación en cualquier momento. El estudio no representara ningún riesgo para usted ya que no es invasivo.

Esperamos su participación y solicitamos sinceridad en sus respuestas.

Firma del paciente.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Estimado Señor (a): Somos estudiantes de Medicina de la UNAN – León que estamos realizando una investigación sobre “ Complicaciones crónicas relacionadas a la calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud Sutiava “. La siguiente encuesta ha sido elaborada con el fin de responder a las interrogantes que nos hemos planteado en nuestra investigación. Los datos que usted nos proporciona serán confidenciales y sin fines de lucro. Esperamos su colaboración.

I. Variables socio demográficas. Marque con una X la respuesta correcta.

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| 1. Sexo: | 2. Edad: | 3. Ocupación: |
| <input type="checkbox"/> Femenino. | <input type="checkbox"/> < 30 años. | <input type="checkbox"/> Desempleado. |
| <input type="checkbox"/> Masculino. | <input type="checkbox"/> 30-40 años. | <input type="checkbox"/> Ama de casa. |
| | <input type="checkbox"/> 41-50 años. | <input type="checkbox"/> Obrero. |
| | <input type="checkbox"/> 51-60 años. | <input type="checkbox"/> Comerciante. |
| | <input type="checkbox"/> >61 años. | <input type="checkbox"/> Profesional. |
| | | <input type="checkbox"/> Jubilado |
| 4. Escolaridad: | 5. Hacinamiento: | 6. Ingreso mensual: |
| <input type="checkbox"/> Analfabeta. | <input type="checkbox"/> Más de 2 personas/cuarto. | <input type="checkbox"/> C\$ <1000. |
| <input type="checkbox"/> Primaria. | <input type="checkbox"/> Menos de 2 personas/cuarto. | <input type="checkbox"/> C\$ 1000-5000. |
| <input type="checkbox"/> Secundaria. | | <input type="checkbox"/> C\$ >5000. |
| <input type="checkbox"/> Universidad. | | |

II. Variables patológicas. Marque con una X, la respuesta correspondiente.

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| 1. Tiempo de evolución: | 2. IMC: _____ | 3. HTA: |
| <input type="checkbox"/> 5 – 10 años. | <input type="checkbox"/> Peso normal. | <input type="checkbox"/> Si. |
| <input type="checkbox"/> >10 años. | <input type="checkbox"/> Sobrepeso. | <input type="checkbox"/> No. |
| | <input type="checkbox"/> Obesidad. | |
| 4. Nefropatía: | 5. Dislipidemia: | 6. Retinopatía: |
| <input type="checkbox"/> Si. | <input type="checkbox"/> Si. | <input type="checkbox"/> Si. |
| <input type="checkbox"/> No. | <input type="checkbox"/> No. | <input type="checkbox"/> No. |
| 7. Neuropatía: | 8. Enf. Cardíaca: | 9. Pie diabético: |
| <input type="checkbox"/> Si. | <input type="checkbox"/> Si. | <input type="checkbox"/> Si. |
| <input type="checkbox"/> No. | <input type="checkbox"/> No. | <input type="checkbox"/> No. |
| 10. Dermatológicas: | | |
| <input type="checkbox"/> Si. | | |
| <input type="checkbox"/> No. | | |

III.Variable Calidad de vida. Marque con una X la respuesta correspondiente.			
Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?			
Variables a medir.	1= Muy afectado.	2= Poco afectado.	3= Nada afectado.
1. El horario de los medicamentos para controlar el nivel de azúcar.			
2. Preocupaciones por problemas económicos.			
3. Limitación en su nivel de energía.			
4. Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes.			
5. No comer ciertos alimentos para poder controlar el nivel de azúcar.			
6. Estar preocupado(a) por su futuro.			
7. Otros problemas de salud aparte de la diabetes.			
8. Tensiones o presiones en su vida.			
9. Sensación de debilidad.			
10. Restricciones sobre la distancia que puede caminar.			
11. Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes.			
12. Visión borrosa o pérdida de la visión.			
13. No poder hacer lo que quisiera.			
14. Tener diabetes.			
15. El descontrol de su azúcar en sangre.			
16. Otras enfermedades aparte de la diabetes.			
17. Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre.			
18. El tiempo requerido para controlar su diabetes.			
19. Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos.			
20. La vergüenza producida por tener diabetes.			
21. La interferencia de su diabetes en su vida sexual.			
22. Sentirse triste o deprimido.			

23. Problemas con respecto a su capacidad sexual.			
24. Tener bien controlada su diabetes.			
25. Complicaciones debidas a su diabetes.			
26. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen.			
27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre.			
28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares.			
29. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa.			
30. Menor interés en su vida sexual.			
31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes.			
32. Tener que descansar a menudo.			
33. Problemas al subir escaleras.			
34. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario).			
35. Tener el sueño intranquilo.			
36. Andar más despacio que otras personas.			
37. Ser identificado como diabético.			
38. Interferencia de la diabetes con su vida familiar.			
39. La diabetes en general.			

Suma total: _____.

La calidad de vida es: _____.

- Mala: 39 – 64 pts.

-Regular: 65 – 90 pts.

-Buena: 91 – 117 pts.