

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-LEÓN



Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

Tema: Calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al programa de crónicos del Centro de Salud Perla María Norori en el período de Mayo-Septiembre del año 2008.

Autores.

Félix Abraham Hernández Quintana
Edward Alexander Lindo Rojas

Tutores: Dr. Edgar Delgado
Especialista en Medicina Interna y Toxicología

Dr. Gregorio Matus
Especialista en Salud Pública

¡ A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD !

León, 16 de Febrero del 2012.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
ANTECEDENTES.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
OBJETIVOS.....	9
MARCO TEÓRICO.....	10
DISEÑO METODOLÓGICO.....	31
RESULTADOS.....	40
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	54
CONCLUSIONES.....	56
RECOMENDACIONES.....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	59
ANEXOS.....	62



INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es un problema de salud pública en cualquier parte del mundo. Constituye la alteración metabólica más común dentro de la población con un estimado de 130 millones de personas en todo el mundo y una prevalencia en el último siglo de 2.14 % en la población general, pero de 16 % en los mayores de 65 años; y se estima que para el año 2025 serán 300 millones de personas las afectadas teniendo mayor repercusión sobre América Latina. ^{(1 y 2).}

La Diabetes Mellitus tiene dos formas, siendo la más frecuente la tipo 2 con un 90 %, se presenta principalmente en mujeres y son generalmente obesas; la tipo 1 con un 10 % no tiene preferencia por sexo y generalmente son delgados. Ambas formas de Diabetes significan un enorme gasto en el sector salud ya que la prevalencia de ésta es grande y el uso de los fármacos es diario y crónico. ⁽²⁾

El Diabetes Atlas de la FID calcula que hay por lo menos 1,300 niños de menos de 14 años con Diabetes tipo 1 en Nicaragua, y 216,800 personas de 20 a 79 años con Diabetes; lo que supone es trascendental en el Ministerio de Salud. ⁽³⁾

La Diabetes Mellitus es además una causa importante de muerte e invalidez, constituye uno de los principales problemas que provocan altos índices de Morbi-Mortalidad tanto en países desarrollados como en desarrollo. En Nicaragua el último estudio publicado en el año 2005 por el Ministerio de Salud (MINSAL), demostró que la Diabetes Mellitus era la principal causa de muerte en todo el país con un número de 1037 y una tasa de 80.9, seguidos de Enfermedades Hipertensivas y Muertes Agresivas (Accidentes de Tránsito y Agresiones). ^(4 y 5)

La diabetes como padecimiento crónico-degenerativo lleva a un deterioro notorio y casi extremo del bienestar y calidad de vida de quienes la padecen; de hecho se comprometen aspectos fundamentales del funcionamiento humano como la capacidad laboral, la vida en la familia y la adaptación a las demandas impuestas por la sociedad, así como la repercusión económica que tiene esta patología sobre



el paciente y en especial cuando suceden sus complicaciones que provocan gastos de hasta 3 veces el costo de su control y tratamiento. ⁽⁶⁾

Esta alteración metabólica ha sido poco estudiada en un enfoque tan importante para el paciente diabético como es su calidad de vida; sin embargo esta variable se ha vuelto motivo de interés creciente en los últimos años debido a que se le considera una variable de desenlace muy importante en la atención médica puesto que permite valorar al paciente como un todo, abordando al paciente en las esferas del bienestar físico, mental y social. Además la calidad de vida permite desarrollar 2 líneas de investigación fundamentales como son la evaluación del impacto de los programas de la salud y la evaluación del impacto de las intervenciones terapéuticas y su relación costo-beneficio. Todo esto permite darle tanto mérito a una variable que no solo afectaría la vida de los pacientes sino también la calidad de los servicios de salud. ⁽⁷⁾

Este estudio abordará la calidad de vida del paciente diabético en el territorio Perla María Norori a través de un estudio transversal lo que no ha sido abordado en ningún estudio de nuestro País.



ANTECEDENTES

Actualmente en Nicaragua no se disponen de Estudios que relacionen la Calidad de Vida y la Diabetes Mellitus. Los únicos Estudios encontrados fueron en el país de Cuba, México y España donde se han publicado los 6 estudios siguientes:

- En el año 1996, los Dr. Alberto Quirantes, Leonel López, Vladimir Curbelo, José Montano y Pedro Machado realizaron un estudio en el Policlínico Docente El Cerro en Cuba con 1,390 pacientes diabéticos con el objeto de demostrar la prevalencia de Diabetes, caracterizar a los pacientes y presentar el programa “Mejorar la calidad de vida de los Diabéticos” en donde llegaron a las siguientes conclusiones: La tercera parte de los diabéticos presentaban sobrepeso e Hipertensión Arterial Crónica, la cuarta parte de los pacientes eran fumadores y la mitad de ellos tenían vida sedentaria. Todo esto reflejaba el mal estilo de vida de estos pacientes diabéticos por lo que percibieron la necesidad de crear un programa para mejorarlo dando cobertura a estas necesidades.⁽⁸⁾
- En el año 2003, José Lauro de los Ríos realizó un estudio en México con 100 pacientes que acudían a la consulta externa del Hospital “Dr. Francisco Padrón Poyou” con el objeto de determinar el deterioro de la calidad de vida por Diabetes Mellitus tipo 2. El estudio fue medido con la escala de calidad de vida relacionada con la salud (ESCAVIRS). Los resultados revelaron que el 43 % de la muestra cursó con algún grado de deterioro de la calidad de vida, sobresaliendo las áreas de interacción con el equipo de salud, la disfunción sexual, aspectos emocionales y físicos; también se demostró que tienen más riesgo de deterioro aquellos pacientes con más de 5 años de evolución con Diabetes Mellitus tipo 2, bajo nivel educativo y edad superior a los 50 años. Se concluyó que el grado de deterioro de la calidad de vida en este tipo de paciente es progresiva y está asociada a la evolución degenerativa de la enfermedad.⁽⁶⁾



- A.Hervás, A. Zabaleta, G. de Miguel, O. Beldarrain y J. Díez hicieron un estudio de Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Centro de Salud Tafalla, Navarra, España en el año 2005. Para valorar el impacto de la Diabetes aplicaron 2 cuestionarios: SF-36 y EQ- 5D obteniendo como resultado que los pacientes cursaban con un deterioro mayor en la función física, función social y en el rol emocional. Además hace referencia en que en que el 43% de su muestra padecía de depresión y requerían consulta psiquiátrica para autocontrol, y adherencia al tratamiento. ⁽⁹⁾
- En el año 2006, Juan Manuel López y Raymundo Rodríguez, realizaron un estudio en México con 249 pacientes que acudían a la unidad de Medicina Familiar con el objeto de adaptar y validar la versión al español del cuestionario Diabetes 39, que mide la calidad de vida, en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. El estudio se midió con el cuestionario Diabetes 39. Los resultados fueron que la mayoría de los hombres se asociaron a mayor disfunción sexual y la mayor parte de las mujeres presentaban afectación en su energía y movilidad; se demostró además que la mayor parte de los pacientes Diabéticos tenían mayor afectación en la calidad de vida principalmente cuando tenían 5 años ó más de padecer Diabetes; y que los pacientes con cifras de colesterol superiores a 240 mg/dl tenían mayor afectación en la calidad de vida.⁽⁷⁾
- En el Año 2006, F. J. Mena Martín, J. C. Martín Escudero, F. Simal Blanco, J. Bellido Casado, realizaron un estudio en el Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. España. Con el objetivo de valorar calidad de vida del paciente diabético, la influencia del control glucémico y de los factores de riesgo cardiovascular asociados obteniendo como resultado que los pacientes diabéticos presentaban puntuaciones menores en las escalas de función física, dolor corporal y vitalidad, y que la Hipertensión, Obesidad y hemoglobina glicosilada mayor a 7 se correlacionaban negativamente con estas escalas sin verse afectadas las esferas sociales y mentales. ⁽¹⁰⁾



- Año 2007, Belkis Vicente, Gisela Zerquera, Dania Peraza y Eduardo Castañeda realizaron un estudio en el Centro de Atención y Educación al Paciente Diabético con un universo de 148 pacientes con el objeto de valorar aspectos físicos, psíquicos y sociales relacionados con la calidad de vida del paciente diabético encontrando una significativa asociación entre Diabetes e Hipertensión Arterial, la mayoría de los pacientes presentaban sobrepeso, la calidad de vida era menor en pacientes obesos, con enfermedad vascular periférica y pacientes con más años de evolución y que el estado de ánimo negativo era en relación a su enfermedad. ⁽¹¹⁾



JUSTIFICACIÓN

Consideramos que nuestro trabajo es de mucha trascendencia ya que abordamos la enfermedad de la diabetes desde el punto de vista psicosocial y no como una patología en sí, el propósito de este trabajo investigativo es el conocer cómo influye la Diabetes en la calidad de vida de los Pacientes ya que esto trae muy serias repercusiones tanto para el paciente como para su familia, en su integridad física, psicosocial y económica. Es por esa razón que decidimos abordarlo para que sea una pauta para futuros estudios.

Decidimos realizar este trabajo, porque consideramos que la Diabetes es una enfermedad que se ha incrementado y por lo tanto es importante actualizar estudios enfocados en el perfil psicosocial y de esta manera influir en la calidad de vida, evitando que esta enfermedad se convierta en un obstáculo para tener una vida placentera al igual que las personas que no conviven con esta enfermedad.

Con nuestro trabajo esperamos contribuir al desarrollo de futuros estudios que puedan dar mayor cobertura a esta esfera física y psicosocial en la que muy pocos se interesan y que es de mucha importancia en el abordaje de los Pacientes, y de esta manera sensibilizar a todo el personal de salud para que den mejor atención a estos Pacientes.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de vida ha sido motivo de interés creciente para los clínicos en las últimas 3 décadas debido a que se le considera una variable de desenlace muy importante en la atención médica. La Diabetes Mellitus representa un problema de Salud Pública a nivel nacional e internacional ya que su impacto físico y emocional, así como, su cronicidad deterioran la calidad de vida de quienes la padecen. Además su crecimiento rápido ha generado nuevas prioridades de investigación e intervención de todos los profesionales de la salud.

Se desconoce cuál es la calidad de vida de los pacientes del PMN que tienen el diagnóstico de Diabetes Mellitus que acuden a los programas de salud de dicho territorio.

Es por estas razones que hemos decidido realizar nuestro estudio haciendo énfasis en la calidad de vida y Diabetes Mellitus.

¿Cuáles son las principales repercusiones que tiene la Diabetes Mellitus Tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Centro de Salud Perla María Norori?



OBJETIVO GENERAL

Caracterizar las principales repercusiones que tiene la Diabetes Mellitus en la calidad de vida de los pacientes que asisten al programa de crónicos del Centro de Salud Perla María Norori en el período comprendido de Mayo-Septiembre del 2008.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Señalar las características socio-demográficas de los pacientes diabéticos que asisten al programa de crónicos de la unidad de salud.
- Determinar las principales manifestaciones clínicas y psico-sociales de la Diabetes Mellitus.
- Indicar las principales repercusiones en el trabajo y tareas de casa de los pacientes diabéticos.



MARCO TEÓRICO

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad de etiología múltiple caracterizada por hiperglicemia crónica con trastornos del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas a causa de la deficiencia en 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 insulina debido a una variedad de causas, no todas conocidas) o de ambas. ⁽¹²⁾

Factores de Riesgo de Diabetes Mellitus

- Antecedentes Familiares de Diabetes (Progenitor o Hermano)
- Obesidad ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$)
- Inactividad física habitual
- Raza o etnicidad
- Trastornos de glucosa en ayuna o trastorno de tolerancia a glucosa previamente identificada
- Antecedente Diabetes Mellitus Gestacional o niño que pesa más de 4 kg
- Hipertensión Arterial
- Concentración de Colesterol HDL $\leq 35 \text{ mg/dl}$, concentración de triglicéridos $\geq 250 \text{ mg/dl}$, o ambas cosas
- Síndrome de ovario poliquísticos o acantosis negricans
- Antecedentes de enfermedad vascular ⁽¹³⁾

FISIOPATOLOGIA DE LA DIABETES MELLITUS

En la DM tipo1, una vez que se han destruido la mayor parte de las células β del páncreas, la secreción de insulina se hace insuficiente para regular los niveles de glucosa, esto provoca que se incremente la concentración plasmática por una



disminución en la captación periférica de glucosa ingerida y aumento de la producción hepática de la misma. Cuando la concentración de glucosa excede el umbral renal (180mg/dl), se produce la glucosuria, esta se acompaña de grandes cantidades de líquidos y electrolitos, que llevan al paciente a la deshidratación y le provocan los síntomas de poliuria y polidipsia.

Al continuar el déficit de insulina se inicia un proceso catabólico con lipólisis y proteólisis; además se induce la producción de hormonas contrarreguladoras de insulina (glucagon, hormona del crecimiento, epinefrina, y cortisol), estas inhiben aún más la acción de la insulina e inducen la síntesis de cuerpos cetónicos y aumentan más los niveles de glucosa. La producción excesiva de cuerpos cetónicos conlleva a la acidosis al depletar los niveles de bicarbonato renal, esto lleva al paciente a la fase final de la descompensación de la DM tipo 1, la cetoacidosis diabética. ⁽¹⁴⁾

Los mecanismos de alteraciones metabólicas de la hiperglucemia de la DM tipo 2 concuerda con la tipo 1, su patogenia es diferente.

Se caracteriza básicamente por una disminución en la secreción de insulina acompañada de una disminución de la sensibilidad de los tejidos (hígado, músculo esquelético y grasa) a la acción de la misma. ⁽¹⁴⁾

Secreción de insulina:

Está regulada por muchos factores tanto estimulantes como inhibidores. El principal estímulo de secreción es la glucosa ingerida, esta acción es aumentada por la estimulación de vías neurales y hormonales entre el intestino y las células β activadas por la ingestión de los alimentos, es secretada en dos fases:

Fase inicial: se da en los primeros minutos y es de poca duración, estimula el aumento de la glucosa en sangre y se explica por la liberación de los gránulos intracitoplasmáticos de la célula β . En la DM tipo 2, esta fase está marcadamente disminuida, aun en los periodos iniciales de la enfermedad. ⁽¹⁴⁾



Fase tardía: existe secreción de insulina que se sintetiza como respuesta al estímulo de las células β . La pérdida de la secreción por las células β no está muy clara, aunque no hay déficit extenso en la masa de las células, si hay reducción de más del 20% causada por la deposición amiloide en los islotes pancreáticos. Otros posibles mecanismos involucrados incluyen una disminución de la sensibilidad de las células β ante los niveles de glucosa y la alteración en los glucotransportadores (GLUT-2) en estas células. ⁽¹⁴⁾

En los pacientes diabéticos la secreción total de insulina puede estar aumentada en comparación con los individuos no diabéticos, esta secreción se encuentra disminuida en base a los requerimientos para lograr una normo glucemia. A medida que avanza la enfermedad la secreción puede disminuir más posiblemente por un agotamiento del páncreas como fase final lo que lleva a un fracaso secundario a medicamentos orales. ⁽¹⁴⁾

Resistencia a la Insulina:

Se presenta en las fases iniciales en los individuos obesos diabéticos los cuales cursan con normalidad en la tolerancia a la glucosa, luego se produce una disminución en la tolerancia y más tarde la elevación inequívoca de los niveles de glicemia en un principio postprandial y después en ayunas.

Esta resistencia ocurre en casi todos los órganos de la economía pero la sensibilidad en los diferentes órganos no es igual; el hígado es responsable de la hiperglicemia en ayunas por exceso de producción de glucosa mediado por la glucogenólisis y gluconeogénesis; en músculo esquelético y tejido adiposo disminuye la captación luego de ingerir alimentos produciendo principalmente la hiperglicemia postprandial. ⁽¹⁴⁾



Nuevos Criterios Diagnósticos de Diabetes

Se hace diagnóstico de diabetes mellitus en los siguientes casos:

- 1- Síntomas clásicos de diabetes más glucosa plasmática casual igual o mayor de 200 mg por dl (sin tener en cuenta la última comida).
- 2- Glucosa plasmática en ayunas igual o superior a 126 mg/ dl (7.0 mmoles por ml). Ayunas se define como ninguna ingestión de calorías en por lo menos ocho horas.
- 3- Glucosa plasmática 2 horas post carga de glucosa (con las condiciones descritas por la Organización Mundial de la Salud).

Cada uno de los tres criterios debe ser confirmado por un estudio subsiguiente en otro día cualquiera.

Para estudios de prevalencia se recomienda usar glucosa plasmática en ayunas, igual o mayor de 126 mg/dl.

Se denomina «alteración de la glucosa en ayunas» una cifra de glucosa igual o mayor de 110 pero menor de 126 (IFG) y alteración de la tolerancia a la glucosa en prueba de tolerancia por vía oral» una glucosa plasmática igual o mayor de 140 pero menor de 200 mg. ⁽¹⁵⁾

Cuadro Clínico y Complicaciones

El inicio de la DM puede ser brusco, agudo o insidioso. El debut brusco lo hace la diabetes tipo 1, en la cual el proceso se manifiesta en días y la enfermedad a veces se evidencia por la presencia de cetoacidosis con toda una serie de síntomas específicos. La diabetes tipo 2 suele comenzar de forma insidiosa y la sintomatología es tan escasa que en ocasiones sólo resalta a través de sus complicaciones.

Los síntomas principales o predominantes son: poliuria, en un 73 % de los casos; polidipsia en el 67 %, polifagia, astenia y aumento o pérdida de peso. Entre los síntomas generales se presentan a veces infecciones cutáneas recidivantes, vulvovaginitis, balanopostitis, retraso en la cicatrización de heridas, acroparestesias, somnolencia postprandial, estupor y coma. ⁽¹²⁾



Complicaciones Agudas de la Diabetes Mellitus

Cetoacidosis Diabética y Coma Hiperosmolar no Cetósico:

Permanecen como una causa importante de hospitalizaciones. Un número importante de ellos debutan con la presencia de ellos, su mortalidad en la actualidad ha disminuido hasta el 1 %.

El diagnóstico de cetoacidosis se realiza al encontrar una glicemia mayor de 250 mg/dl, acompañada de un pH menor a 7.25, un HCO_3^- menor a 14 mEq/L y cuerpos cetónicos fuertemente positivos en orina y plasma en presencia de deshidratación.

El diagnóstico de coma hiperosmolar no cetósico se caracteriza por una hiperglicemia igual o mayor a 600 mg/dl, osmolaridad mayor de 320 mosmol/L, sin encontrarse alteraciones en pH, HCO_3^- y cuerpos cetónicos. ⁽¹⁶⁾

Hipoglicemia:

La Hipoglicemia se presenta cuando existe un desequilibrio entre la utilización de la glucosa y su ingreso a la circulación.

En algunos individuos los síntomas se presentan con niveles de 50 a 60 mg/dl, pero otros pueden presentar síntomas por debajo o por encima de lo anterior.

La sintomatología varía entre leve a severo dependiendo de la velocidad de disminución de la glucosa y los niveles mínimos, entre ellos figuran: temblor, palpitación, diaforesis, frialdad, cefalea, confusión, irritabilidad, disminución de la atención, pérdida de la conciencia y convulsión. ⁽¹⁶⁾

Complicaciones Tardías

Manifestaciones cardiovasculares

Los pacientes de tipo 2 tienen dos veces más probabilidad de padecer enfermedades coronarias que las personas sin diabetes. El sistema cardiovascular suele afectarse precozmente en el diabético, aun antes de que aparezca la alteración del metabolismo de los glúcidos. El infarto silencioso, muy frecuente en



este enfermo adulto, es aquel que se presenta sin dolor o escasos síntomas y se ha confirmado en el 16 % de las autopsias de diabéticos. Otras manifestaciones clínicas cardiovasculares las constituyen la miocardiopatía diabética y la neuropatía autonómica cardiovascular, esta última resultante de la afección de los nervios simpático y parasimpático del corazón. La prevalencia de la hipertensión en pacientes diabéticos aumenta con la edad. Las condiciones predisponentes se observan con más frecuencia en el hombre que en la mujer antes de los 50 años y en las mujeres después de esta edad; aumenta en la raza negra y en las capas socioeconómicamente menos favorecidas. ⁽¹²⁾

Manifestaciones oftalmológicas

La DM es capaz de afectar separada o simultáneamente diferentes estructuras oculares. A continuación se expondrán las posibles complicaciones oculares según la estructura dañada, y se enfatizará solamente en aquéllas que por su frecuencia y gravedad comprometen de alguna manera la visión del enfermo.

1. Párpados: blefaritis y xantelasma.
2. Músculos extraoculares: oftalmoplejías.
3. Córnea: aumento de la pigmentación, reducción de la sensibilidad, queratopatía puntada y pliegues en la membrana de Descemet.
4. Pupila: pupila de Argyll- Robertson o de tamaño anormal.
5. Iris y cuerpo ciliar: rubeosis (presencia de vasos de neoformación que conducen a la hipertensión ocular); glaucoma (2 % en la población general y 5 % en los diabéticos).
6. Cristalino: catarata, con progresión más rápida en los diabéticos que en la población general; trastornos de refracción, pues la hiperglicemia repercute sobre el cristalino y produce una miopía transitoria.
7. Vítreo: licuefacción.
8. Retina: retinopatía, oclusión venosa, lipemia y desprendimiento.
9. Nervio óptico: atrofia óptica. ⁽¹²⁾



Retinopatía diabética. Es una verdadera microangiopatía que afecta todos los niveles del árbol vascular retiniano, pero fundamentalmente la microcirculación, y provoca:

1. Proliferación y necrosis de las células endoteliales.
2. Desaparición progresiva de las células murales (pericitos).
3. Engrosamiento de la membrana basal con depósitos de material lípido y proteico a este nivel.

La Academia Americana de Oftalmología la clasifica en:

- a. Retinopatía diabética no proliferativa, que puede ser leve, moderada y severa, según la cantidad y magnitud de hemorragias, microaneurismas y exudados retinianos.
- b. Retinopatía con edema macular.
- c. Retinopatía proliferativa, en la que tienen lugar: proliferación de nuevos vasos, hemorragia vítrea y desprendimiento de la retina. ⁽¹²⁾

Manifestaciones cutáneas

La hiperglicemia en el diabético produce diversas alteraciones en la piel. Son frecuentes las infecciones por diversos gérmenes, especialmente estafilococos, que se evidencian como furúnculos, foliculitis, erisipela y abscesos; infecciones por hongos (*Cándida albicans*) a nivel de la vulva y vagina en la mujer, y del glande y el prepucio en el varón; los hongos atacan la mucosa de la boca, uñas y pliegues cutáneos. El prurito o comezón se presenta en los genitales y en todo el cuerpo. Son frecuentes los xantomas tuberosos, hipercarotinemia, necrobiosis lipoídica y la lipodistrofia en los sitios de la inyección, que aparece como atrofia o hipertrofia, causada por la inyección de insulinas no purificadas. Otra manifestación es la alergia a la insulina, caracterizada por el típico *rash* cutáneo, local o generalizado. ⁽¹²⁾



Manifestaciones renales

Son infecciosas y no infecciosas

Manifestaciones renales infecciosas

Las infecciones de las vías urinarias constituyen complicaciones frecuentes y severas de la DM y comprenden:

1. *Pielonefritis*. Sólo se diferencia de la pielonefritis habitual de los pacientes no diabéticos en su mayor resistencia al tratamiento.
2. *Cistitis*. Complicación frecuente que en el diabético puede ser un factor desencadenante de la acidosis. Se acompaña muchas veces de necrosis y se agrava con los cateterismos vesicales efectuados sin los cuidados requeridos.
3. *Papilitis necrotizante*. Es una de las complicaciones más graves y su evolución depende del diagnóstico precoz. Aparece fundamentalmente en los diabéticos con pielonefritis severa y evoluciona en forma aguda o subaguda. Se debe, como su nombre lo indica, a la necrosis de la papila renal, bien por sepsis *in situ* (necrosis séptica) o bien por isquemia (necrosis isquémica). Se sospechará la papilitis necrotizante en los casos siguientes:
 - a. Diabéticos con sepsis en los que se instalan bruscamente síntomas o signos urinarios.
 - b. Diabéticos que caen en coma con retención de urea.
 - c. Diabéticos pielonefríticos cuya afección renal empeora de momento.
 - d. Diabéticos con hematuria o cólico nefrítico.
 - e. Diabéticos que después de haber superado un coma diabético, tienen una recidiva de éste con niveles sanguíneos de urea progresivamente crecientes.

Manifestaciones renales no infecciosas

Nefropatía diabética

Se llama nefropatía diabética a la presencia de proteinuria persistente en las pruebas de despistaje de albúmina (con tiras reactivas) o a la de una excreción urinaria de albúmina (EUA) mayor de 300 mg/L/24 h en ausencia de enfermedad renal conocida u otros factores capaces de afectar los niveles de esta eliminación.



Moogense ha propuesto cinco estadios en la evolución natural de la afección en el diabético tipo 1.

Estadio I (hipertrofia o hiperfunción renal)

Estadio II (lesión renal asintomática).

Estadio III (nefropatía incipiente).

Estadio IV (nefropatía clínica)

Estadio V (insuficiencia renal terminal).

Cuando la nefropatía clínica se establece, la tasa de filtración glomerular comienza a decrecer y la presión arterial aumenta progresivamente. Se ha demostrado que a los 10 años de aparecer la enfermedad, la insuficiencia renal terminal se presenta en el 75 % de los diabéticos tipo 1. En la diabetes tipo 2 la progresión hacia la insuficiencia renal es menos frecuente. ⁽¹²⁾

Neuropatía diabética

La neuropatía diabética puede presentar síntomas tanto en el sistema nervioso periférico como en el autónomo.

Neuropatía diabética periférica

Es la presencia de síntomas y signos de disfunción nerviosa periférica en personas con DM después de la exclusión de otras causas. Constituye la complicación más frecuente y más precoz de la diabetes, así como la más diagnosticada. ⁽¹²⁾

Clasificación clínica de la neuropatía diabética periférica

I. Neuropatías progresivas.

1. Polineuropatía simétrica distal (es la polineuritis diabética clásica).
2. Neuropatía de fibras pequeñas (daño selectivo de fibras nerviosas pequeñas: pérdida de la sensibilidad, daño autonómico, hipotensión postural, sudoración anormal, etc.; artropatía de Charcot, úlceras en los pies, etc.). ⁽¹²⁾



II. *Neuropatía reversible*

Esta forma de neuropatía se caracteriza por la afección de uno o varios nervios con distribución asimétrica; suele tener una instauración rápida, en general predominan el dolor y los síntomas musculares, y en la mayoría de los casos se produce una recuperación espontánea en semanas o meses. ⁽¹²⁾

Neuropatía diabética autónoma

Es la toma de los nervios parasimpáticos y simpáticos, que afecta la inervación visceral, en especial de los sistemas gastrointestinal, genitourinario y cardiovascular. ⁽¹²⁾

Neuropatía autónoma gastrointestinal

Comprende fundamentalmente la gastropatía y la enteropatía diabéticas:

Gastropatía diabética. Se ve en algunos diabéticos tipo 1. La neuropatía gástrica cursa con atonía, dilatación, retraso de la evacuación y disminución de la secreción ácida. Clínicamente se manifiesta por dolor abdominal, retención gástrica, pesadez postprandial, náuseas, vómitos, anorexia y control metabólico irregular con frecuente hipoglicemia.

Enteropatía diabética. La enteropatía diabética cursa con crisis intermitentes de diarrea postprandial, con movimientos anormales por lo común acompañados de incontinencia fecal nocturna. A menudo existe sobreinfección y mejora de forma espectacular tras la administración de antibióticos de amplio espectro. Entre los episodios diarreicos a veces hay un cuadro de estreñimiento cada vez más severo y el grado de atonía puede ser tan intenso que es capaz de ocasionar un megacolon.

Neuropatía autónoma genitourinaria

La denervación parasimpática es impotencia orgánica mientras que la afección simpática por pérdida del esfínter posterior, es responsable de la eyaculación retrógrada. La vejiga neurógena diabética se produce por denervación de las fibras simpáticas aferentes, así como de las fibras parasimpáticas eferentes que



inervan el músculo detrusor. El síntoma más precoz es la pérdida de la sensación vesical con aumento del intervalo entre las micciones y del volumen de orina matutina. Después se afectan las fibras motoras, lo que da lugar a atonía y pérdida de la fuerza del músculo detrusor. El chorro de orina es lento y débil; finalmente se establece una incontinencia urinaria por pérdida del esfínter y el paciente orina por rebosamiento. ⁽¹²⁾

Bases Generales del Tratamiento de la Diabetes Mellitus

El tratamiento de la DM descansa sobre las siguientes bases:

1. Educación diabetológica
2. Dieta
3. Ejercicios
4. Autocontrol
5. Medicamentos
 - Compuestos hipoglicemiantes orales
 - Insulina
 - Terapia combinada de insulina más compuestos hipoglicemiantes orales
6. Tratamiento de otras condiciones asociadas:
 - Hiperlipoproteinemia
 - Hipertensión arterial
 - Obesidad
 - Infecciones
 - Hábito de fumar ⁽¹²⁾

Conducta terapéutica que se debe seguir en la práctica con un paciente diabético

Diabéticos tipo 1

1. Son tributarios de insulina y deben ser ingresados para comenzar la insulinización debido a la forma en que debutan (cetosis con frecuencia). Las dosis son variables y específicas para cada uno y no responden a esquemas



prefabricados; se modifican durante el tratamiento, más en función de los resultados de las glicemias que de las glucosurias.

2. Se les enseña la técnica de autoinyección y que la insulina rápida (simple o regular) se inyecta 30 min antes de las comidas y la NPH de acción intermedia se utiliza en 1 o 2 dosis diarias, 30 a 60 min antes del desayuno y la comida, o al acostarse.

3. La dosis inicial de insulina rápida en el paciente que debuta es de 0,6 a 0,7 U/kg de peso, repartida en 4 inyecciones cada 6 h, antes de desayuno, almuerzo y comida, y al acostarse, previa glicemia y prueba de Benedict. Según el resultado de éstas, se decide la dosis.

4. A las 24 o 48 h, cuando disminuyen los niveles de glicemia (y desaparece la cetosis, caso de estar presente) se introduce la insulina intermedia (lenta y semilenta), un cuarto de la dosis total diaria de la insulina rápida que se utilizaba, por la noche al acostarse, con un vaso de leche; el resto de la insulina rápida se divide en 3 partes, que se dan antes de desayuno, almuerzo y comida. También se puede inyectar la insulina intermedia por la mañana.

5. De ahí en adelante, según la evolución y respuesta del paciente (persistencia durante dos días de la alteración del control glicémico a pesar del buen cumplimiento de la dieta, con determinación de la glicemia, glucosuria y administración correcta de la insulina) se va aumentando la dosis de insulina intermedia añadiéndole a la inicial o básica una cantidad igual a las dos terceras partes de la dosis promedio diaria de insulina rápida utilizada.

6. Por lo general, en este tipo de diabético y dada la duración de la acción de la insulina lenta, habrá que hacer distintos tipos de combinaciones con insulina rápida o añadir otra inyección de insulina lenta en el horario nocturno para evitar la hiperglicemia en ayunas.

7. Al alta, el paciente quedará con diferentes regímenes, según el caso, pero habitualmente con dos inyecciones de insulina intermedia diarias, una por la mañana y otra por la noche o al acostarse (66 % de la dosis total diaria por la mañana y 33 % por la noche). La dosis antes del desayuno se divide en 1/3 de insulina rápida y 2/3 de insulina de acción intermedia. (12 y 17)



Diabéticos tipo 2

1. El tratamiento se inicia, salvo cuando debutan con una hipoglicemia marcada, con dieta y ejercicios. Si éstos fracasan, se indican entonces los hipoglicemiantes orales.

2. En los pacientes no obesos:

- Glibenclamida, 1/2 tableta (2,5 mg) en el desayuno y si es necesario, se aumenta la dosis

a 1 tableta (5 mg); si no se logra el control, se sigue incrementando de igual forma en el almuerzo

y luego en la comida, cada 3 a 7 días, hasta un máximo de 15 a 20 mg/día.

- En los ancianos se comienza con tolbutamida (Diabetón), 1 tableta de 500 mg en el desayuno, y si es necesario se aumenta la dosis en la comida y posteriormente en el almuerzo; con la misma secuencia se puede llegar hasta un máximo de 3 g/día.

- El resto de los hipoglicemiantes orales se utiliza según las necesidades de cada caso.

3. En los pacientes obesos:

- Biguanidas (metformina). La dosis inicial es de 450 a 850 mg diarios, una vez al día, y se aumenta en intervalos semanales, hasta que se alcance el control glicémico. La dosis máxima es de 2 500 a 3 000 mg/día, repartidos en tres tomas, antes de las principales comidas.

- La acarbosa es también una opción terapéutica en estos casos.

4. La insulina está indicada en pacientes con glicemia > 15 mmol/L; en caso de marcada pérdida de peso, cetosis o síntomas de hiperglicemia aguda; fallo de la respuesta a las sulfonilureas y no pueda utilizarse la metformina; en urgencias diabéticas y diabéticos enfermos por otra causa. Se administran entre 0,1 y 0,5 U/kg/día (en el anciano se dan las dosis más bajas) de insulina de acción intermedia. Antes del desayuno se inyectan 2/3 de la dosis total calculada y 1/3 por la noche. (12 y 17)



CALIDAD DE VIDA

La **calidad de vida** 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. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), 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".⁽¹⁸⁾

Aceptar que la calidad de vida es una categoría muy compleja y multideterminada, exige plantear aquellas variables que puedan, desde su doble naturaleza (objetiva y subjetiva), incidir de manera más directa sobre las percepciones y valoraciones que las personas realizan sobre la calidad de sus vidas, al menos para aquellas ciencias, como la nuestra, que intentan no solo comprender lo que pasa en el interior de los individuos al valorar o proyectar su vida, sino que persiguen emancipar y desarrollar a los individuos en aras de propiciarles una vida más plena y positiva.⁽¹⁹⁾

Al respecto, García Riaño y Soriano Pastor (1991), plantean que, a pesar de no contarse con un concepto de calidad de vida asumido por consenso, y de la ausencia de su distinción conceptual en relación con otros conceptos erróneamente identificados, como son el de felicidad, satisfacción y salud, sí parecen mejor estudiado el conjunto de variables o dimensiones intervinientes y/o codeterminantes de la misma. ⁽¹⁹⁾



El instrumento WHOQOL creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para valorar la calidad de vida, determina la percepción de los individuos de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el que viven, y en relación a sus objetivos, expectativas e intereses. Esta se realiza basándose en la percepción del sujeto y en su valoración sobre diversos aspectos de su vida. (20)

La OMS mediante este instrumento ha definido las variables a utilizar para valorar la calidad de vida, las que comprenden las siguientes:

VARIABLE PSICOLÓGICA: Sentimientos positivos, aprendizaje y memoria, autoestima, imagen corporal, sentimientos negativos.

VARIABLE PSICOSOCIAL: Es aquella en la que se incluyen los diferentes contextos en que vive el hombre: familiar, social, laboral, cultural y económico. Han sido estudiadas independientemente una de la otra, y tienen como nexo común la enfermedad crónica, por la repercusión de ésta en cada uno de ellos (G. Devins y M. Orne, 1987, entre muchos otros orientados en este campo).

VARIABLE SALUD FÍSICA: Se destacan en ésta las consideraciones y escala diseñada para su por Karnofsky (1947). Se evalúan el dolor y las molestias, la energía y el sueño.

VARIABLE ENTORNO: seguridad física y protección, hogar, recursos económicos, cuidados de salud y sociales, participación y oportunidades para recrear, y transporte.

VARIABLE de INDEPENDENCIA: movilidad, actividades cotidianas dependencia de medicación, capacidad de trabajo

VARIABLE DE RELACIONES SOCIALES: relaciones personales, soportes sociales, actividades sexuales.



Con respecto a estas variables, los autores mencionados hacen algunas reflexiones y conclusiones que, a nuestro juicio, son muy válidas, al permitir, comprender y analizar resultados de estudios sobre calidad de vida percibida y vivenciada llevados a cabo en nuestro medio (Díaz, et al 1994 - 2003), en los que dichas reflexiones se han visto corroboradas. ⁽²⁰⁾

A pesar de la pluralidad de las variables, es posible descubrir un elemento común con respecto al nivel de calidad de vida que se exprese, y es la distancia entre esperanzas, expectativas, objetivos a lograr y metas logradas, experiencia actual, y realidad. (Calman 1987: Cita por García y Riaño, 1990). ⁽¹⁸⁾

En este planteamiento, se resalta la dimensión subjetiva de todas y cada una de ellas, en cuanto a que dependen de la percepción que cada individuo o grupo haga de las mismas. ⁽¹⁸⁾

Así, por ejemplo, Calman (1981) expresaba que si vemos el bienestar económico, éste no depende tanto de la cantidad de dinero que se posee, sino de la percepción subjetiva del mismo; de la misma forma que la percepción de cada individuo de su salud, es diferente a la de los demás. De igual manera, una misma enfermedad no es percibida de la misma manera por dos enfermos distintos, ni por el mismo enfermo en momentos diferentes. ⁽¹⁸⁾

En relación con la salud, vale la pena recordar lo planteado por José Peinado Atable, quien expresara: "El curso que adopta una enfermedad y lo que implica para el destino de un hombre, depende no de la enfermedad, sino fundamentalmente del enfermo, de su actitud hacia la vida, y de su situación en ella. Todo enfermo no solo tiene su enfermedad, sino que él mismo y su destino hacen su enfermedad" (Cita por Reyes, et al, 1998).

Esto resalta el carácter ideográfico que presentan las enfermedades de cualquier etiología, postulado que es aceptado por la mayoría de los especialistas en el campo de la salud física y mental, a lo cual se suma esta autora. ⁽¹⁸⁾



De todo ello se concluye que:

- Estas variables no son independientes entre sí
- Todas intervienen en la calidad de vida
- Deben ser consideradas, si se pretende lograr un nivel más alto de bienestar
- La relación no debe ser entendida como relación causa- efecto en todos los casos
- El peso de las variables en el índice de calidad de vida no tiene que ser el mismo ni en todos los sujetos, ni en todos los grupos, ni en todos los tiempos
- La acción que una de estas variables puede provocar por su afectación (por ejemplo la enfermedad física) en otras, al estar interrelacionada con las demás, y sobre las cuales se producen también modificaciones, puede provocar incluso, incidencias en la propia enfermedad física, o en sus efectos y, por tanto, la posibilidad de lograr un mejor nivel de bienestar y calidad de vida.
- La evaluación y control de todas ellas es de obligatoriedad para poder ejercer una eficaz acción terapéutica. ⁽¹⁸⁾

Indicadores Personales de la Calidad de Vida

1. El estado de desempeño ocupacional (a nivel racional, y las actividades básicas cotidianas)
2. El estado psicológico (grado de ansiedad, depresión, y temores que perturban al paciente)
3. Estado de interacción social (capacidad de establecer, desarrollar y mantener relaciones personales, tendientes a satisfacer la necesidad de socialización del ser humano).
4. El estado del ser físico (el grado de bienestar físico alcanzado por el individuo, y que se altera a causa de dolores y otros síntomas físicos). ⁽¹⁸⁾



RELACIÓN DIABETES MELLITUS Y CALIDAD DE VIDA

El concepto denominado *calidad de vida* implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (demográficas, valores, personalidad) y en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que éstas requieren. 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 vida. La calidad de vida ha sido motivo de interés creciente para los clínicos en las tres últimas décadas debido a que se le considera una variable de desenlace muy importante de la atención médica, y para medirla se han construido instrumentos *genéricos* y *específicos* que varían de acuerdo con el tipo de pacientes en estudio, escenario de administración y tipo de cuestionario (formato breve, auto administración, entrevista, por teléfono o por correo). Los instrumentos *genéricos* se utilizan para evaluar un amplio rango de características aplicables a diversas enfermedades o condiciones; en cambio, los instrumentos *específicos* tienen un enfoque dirigido a las características más relevantes de la enfermedad o condición en estudio, así como de los pacientes. (6 y 7)

Los padecimientos crónico-degenerativos requieren especial atención, puesto que en su desarrollo y evolución se destaca la contribución de factores psicológicos y biomédicos; la gama de intervenciones profesionales oscila desde la prevención primaria y la promoción comunitaria de la salud hasta apoyar al paciente terminal para tener un final tranquilo y en paz. Tanto la cronicidad como el amplio carácter invasivo, representado por los numerosos síntomas de la enfermedad, llevan a un deterioro notorio y a veces extremo del bienestar y la calidad de vida de quienes la padecen.



Con frecuencia se comprometen aspectos fundamentales del funcionamiento humano, como la capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad. Si bien la calidad de vida ha aumentado en algunos padecimientos como el cáncer, la leucemia, la cirrosis hepática o el Alzheimer, algunos estudios han demostrado que muchos sobrevivientes continúan bajo los efectos negativos del padecimiento o de su tratamiento. ⁽⁷⁾

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2), clasificada dentro de las denominadas enfermedades crónico-degenerativas, es una de las principales causas de morbilidad asociada con el actual modelo económico y social, con serias repercusiones en el estilo de vida, cuyos indicadores se observan en la alimentación, el manejo del estrés y el sedentarismo, entre otros. ⁽⁶⁾

Las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus, del mismo modo que su tratamiento –con frecuencia compleja, costosa, difícil de seguir o con efectos secundarios molestos–, pueden impactar la calidad de vida de quienes la padecen. Para medir la calidad de vida en los pacientes con diabetes tipos 1 y 2 se utilizan diversos instrumentos genéricos y específicos cuya información parece ser complementaria. ⁽⁶⁾

El nivel educativo bajo de los pacientes con DM2 se ha correlacionado significativamente con la falta de apego al tratamiento médico. La aceptación de las exigencias médicas y de enfermería por parte de los pacientes diabéticos ha preocupado mucho a los profesionales de la salud y a investigadores de diversas disciplinas, pues el éxito o fracaso del tratamiento no sólo depende de la eficacia de los métodos sino de la forma como los pacientes siguen el tratamiento.

Diversas investigaciones han demostrado que dentro del ajuste al tratamiento, los pacientes pasan por diversos periodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas, físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales.



Lo anterior repercute indudablemente en la calidad de vida de los pacientes con DM2.

De medular importancia es la generación de investigación sobre los componentes del deterioro de la calidad de vida de estos pacientes, para diseñar intervenciones viables y eficaces para su incidencia por parte del equipo de salud.

La calidad de vida relacionada con la salud es una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada paciente y cada grupo sobre diversos componentes de la salud. También se le ha conceptualizado como un constructo multidimensional subjetivo, de acuerdo con la valoración que el paciente emite en relación con diferentes aspectos de su vida. Adicionalmente, tiene una creciente importancia como estimador del resultado de los programas e intervenciones en el ámbito sanitario. Por un lado, su uso constituye una medida centrada en el paciente, la cual mide la opinión de éste respecto a su propia salud en las dimensiones física, psicológica y social. Por otro, se ha tomado como una de las variables finales para analizar la efectividad de las actuaciones médicas del personal de salud y, por ende, de los programas de las instituciones sanitario-asistenciales. Su medición incorpora valores, creencias, experiencias vitales previas, etcétera, hasta limitaciones para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Se trata de una variable compleja con gran peso en el estado de salud de los pacientes. Con base en lo anterior, la calidad de vida centrada en la salud ha permitido desarrollar dos líneas de investigación fundamentales:

La evaluación del impacto de los programas de salud y la evaluación del impacto de las intervenciones terapéuticas y su relación costo-beneficio. Con lo cual se incluyen variables psicológicas y sociales, y no desde perspectivas dicotomizadas como tradicionalmente se observa en la literatura de investigación.

El tratamiento y control de la DM2 revelan un alto costo económico y social, sobre todo ocasionado por las complicaciones, lo que implica una pérdida de la salud. (6 y 7).



Estudios realizados revelan que de 137 pacientes se les aplicó el instrumento DQOL reportando una media de 64 (intervalo 0-100) y la más afectada fue la calidad de vida. ⁽²¹⁾

Otro estudio realizado en 13513 registros con el método QUALIDIAB muestra que la edad predominante es la de 36-42 años, y que el deterioro de la calidad de vida está presente en el 50% de los pacientes. ⁽²²⁾



DISEÑO METODOLÓGICO

- I. **Tipo de Estudio:** Descriptivo Corte Transversal.
- II. **Área de Estudio:** El estudio se realizó en el Centro de Salud Perla María Norori situado en el costado norte del colegio INO (Instituto Nacional de Occidente).
- III. **Población de Estudio:** Todos los Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2 del área urbana que acuden al programa de crónicos del Centro de Salud Perla María Norori en el período de Mayo-Septiembre del año 2008. Población que fue de 94 pacientes activos y disponibles para el estudio.
- IV. **Fuente de la Información: Primaria:** Se realizó de manera directa aplicando un cuestionario a cada paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. **Secundaria:** mediante la revisión del censo de pacientes crónicos en Perla María Norori.
- V. **Instrumento de Recolección de Datos:** Se realizó mediante un cuestionario validado (**ver anexo**) y ejecutado por la OMS enfatizado en valorar la calidad de vida (Q-LES-Q) que contiene preguntas cerradas, se excluirá el acápite de tareas de curso ya que la mayoría de los pacientes son mayores de edad y no estudian. Este instrumento se completará con la visita casa a casa de cada paciente. También es importante dejar claro que este instrumento valora la calidad de vida en la última semana.
- VI. **Plan de análisis:** Se procesaron los datos a través del programa estadístico EPI-INFO versión 3.32, analizando las variables cualitativas y cuantitativas, mediante medidas de frecuencia en porcentajes, las cuales a



continuación se presentan en tablas y gráficos dependiendo de las características de la variable en estudio.

VII. Aspectos Éticos: Se le solicitó autorización a la Directora del Centro de Salud Perla María Norori y del propio encuestado, con previa explicación de los objetivos del estudio asegurándose que la información obtenida será confidencial conocida únicamente por los autores y utilizada únicamente para fines de estudio.

VIII. Criterios de Inclusión:

- Activos en el programa de crónicos Diabéticos del Centro de Salud Perla María Norori.
- Que sean pobladores del casco urbano.
- Ser mayores de 30 años.
- Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.
- Aceptar participar en el estudio.

IX. Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no estén activos en el Programa de Crónicos Diabéticos del Centro de Salud.
- Pacientes pobladores del área rural.
- Menor de 30 años.
- Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1.
- Aquellas personas que no acepten participar en el estudio.

La calidad de vida se valorará mediante ítems los que comprenden diversas facetas tales como psicosociales, físico, tareas de casa y el trabajo y actividades generales que se abordarán a como sigue:



Definición de Calidad de Vida: 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 inquietud.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicadores	Categorías
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización de la encuesta, en años cumplidos	Instrumento de recolección	• 30-39 • 40-49 • ≥ 50
Sexo	Características orgánicas propias que establece diferencia física constitutiva de la especie humana	Instrumento de recolección	• Femenino • Masculino
Estado Civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Instrumento de recolección	• Soltero (a) • Casado (a) • Acompañado (a) • Viudo (a)



Nivel Académico	Estudios alcanzados por el encuestado	Instrumento de recolección	• Analfabeto • Alfabetizado • Primaria • Secundaria • Técnico • Profesional
Estado de Salud Física	La salud física, consiste en el buen funcionamiento fisiológico del organismo; es decir, cuando las funciones físicas se desarrollan de manera normal.	Instrumento de recolección	• Dolor o molestia • Sentirse descansado • Sentirse con Energía • Sin preocupaciones del estado de salud física • Duerme lo suficiente • Buena coordinación en movimientos • Buena memoria • Problemas visuales
Estado de Ánimo	Estado afectible variable relacionado con estímulos o emociones pasajeras. No es	Instrumento de recolección	• Mente despejada • Satisfacción con su vida • Sentirse bien con su aspecto físico • Sentirse Alegre



	casual, depende en parte de los factores corporales y de factores psíquicos.		• Independiente • Capacidad de comunicarse con otros • Interesado en cuidar su aspecto físico e higiene • Capacidad en toma de decisiones • Relajación • Capacidad de desplazamiento • Capacidad de hacer frente a los problemas de la vida • Capacidad de cuidar de si mismo
Trabajo	Actividad propia del hombre, en la que los seres actúan dirigiendo sus energías coordinadamente y con una finalidad determinada.	Instrumento de recolección	• Si • No • Sentirse bien en el trabajo • Resuelve problemas de trabajo • Pensar con claridad en el trabajo



			• Tomó decisiones • Logra lo que se propone • Satisfecho con los logros • Trabajó bien • Interés en el trabajo • Concentración en el trabajo • Intercambia opiniones
--	--	--	--

Actividades de la Casa	Son las diferentes actividades por las cuales se le da un mejor aspecto higiénico y sanitario a nuestras casas	Instrumento de recolección	• Si • No • Satisfacción en la manera que limpio la casa • Satisfacción en la manera en que compró la comida • Satisfacción en la manera en que pagó la factura • Satisfacción en la manera que preparó la comida • Satisfacción en las tareas domésticas
-------------------------------	--	----------------------------	---



			que realizó • Concentró en las tareas domésticas • Resuelve problemas de casa • Toma decisiones respecto a las tareas de casa
Actividades de Tiempo Libre	Período de tiempo no sujeto a obligaciones, pero en el tiempo libre se realizan una serie de actividades premeditadas por la persona	Instrumento de recolección	• Frecuencia con que lo utiliza • Disfrutó de sus actividades • Deseó realizar actividades • Se concentró en actividades • Interés en actividades • Solucionó problemas en actividades de tiempo libre
Relaciones sociales	Son contactos profundos o superficiales que existen entre las personas durante la realización de cualquier actividad	Instrumento de recolección	• Se divierte conversando con amigos • Deseó reunirse con amigos • Paciencia con personas irritantes • Interés por



			problemas de otros • Siente cariño por otros • Se lleva bien con otros • Bromea con otros • Ayudó a otros
Actividades Generales	Son todas las actividades que realiza el individuo a diario para relacionarse con su entorno	Instrumento de recolección	• Estado de salud física • Estado de ánimo • Trabajo • Tareas de casa • Relaciones sociales • Relaciones familiares • Actividades de tiempo libre • Capacidad de participar en la vida diaria • Vida sexual • Situación económica • Vivienda • Capacidad de desplazamiento • Visión • Sensación general de bienestar



			• Medicación • Satisfacción general de vida
--	--	--	---

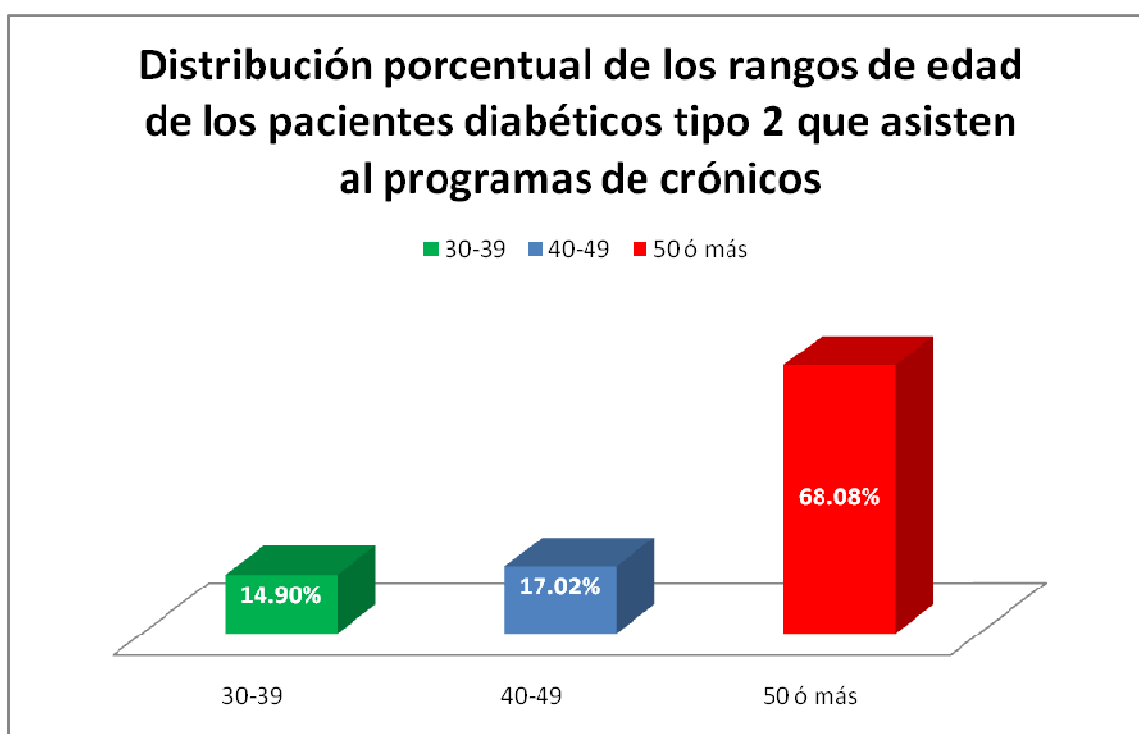


RESULTADOS DEL ESTUDIO

EDAD

En nuestro estudio la mayor parte de la población estuvo representada por personas mayores de 50 años con un porcentaje de 68.08, encontrándose también un porcentaje de 17.02 y 14.9 para personas 40-49 años y 30-39 años respectivamente, lo que representa un pequeño porcentaje de la población. (Ver gráfico 1)

GRÁFICO 1

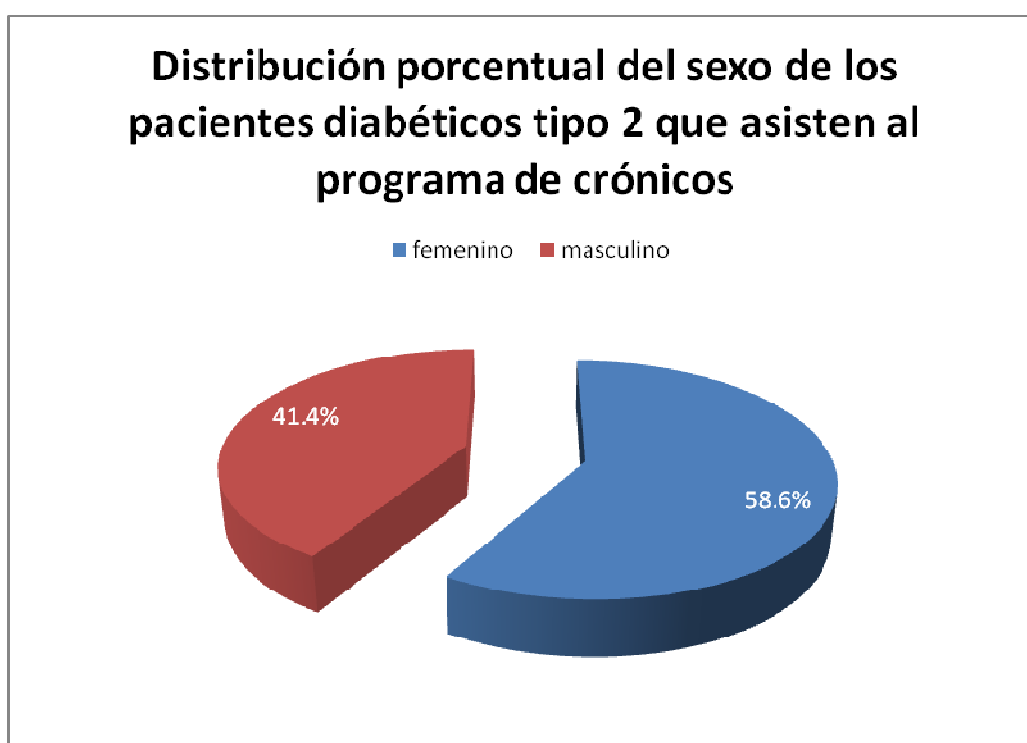




SEXO

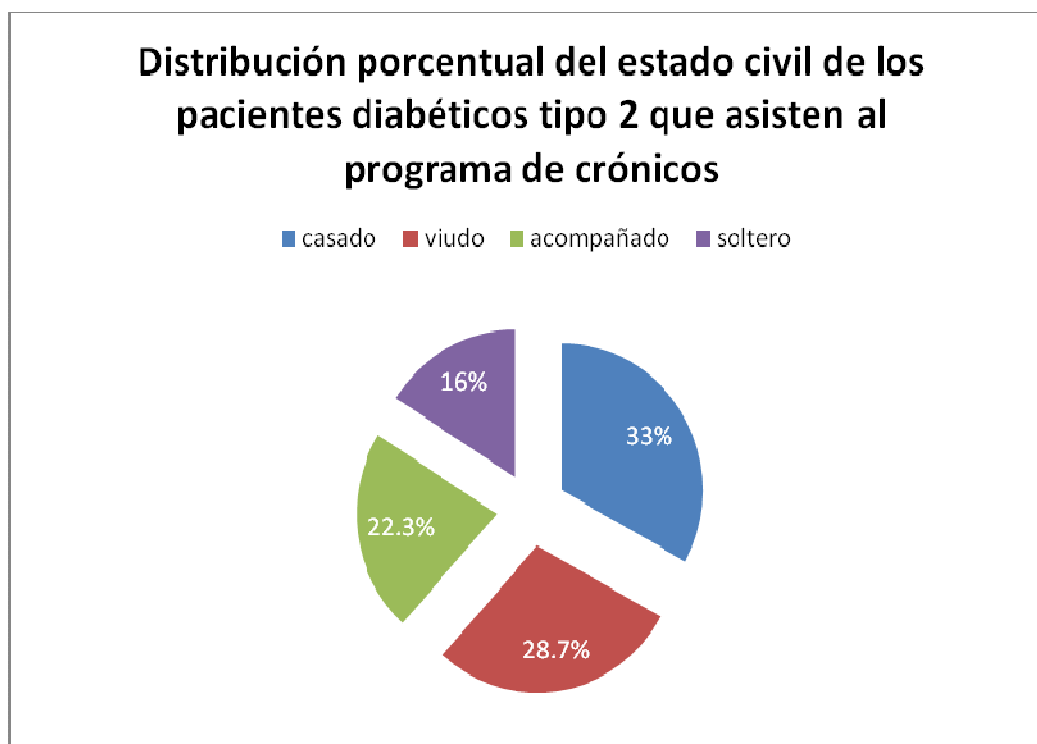
La mayor parte de los pacientes que asistían al programa de crónicos eran del sexo femenino con un porcentaje de 58.6. (Ver gráfico 2)

GRÁFICO 2

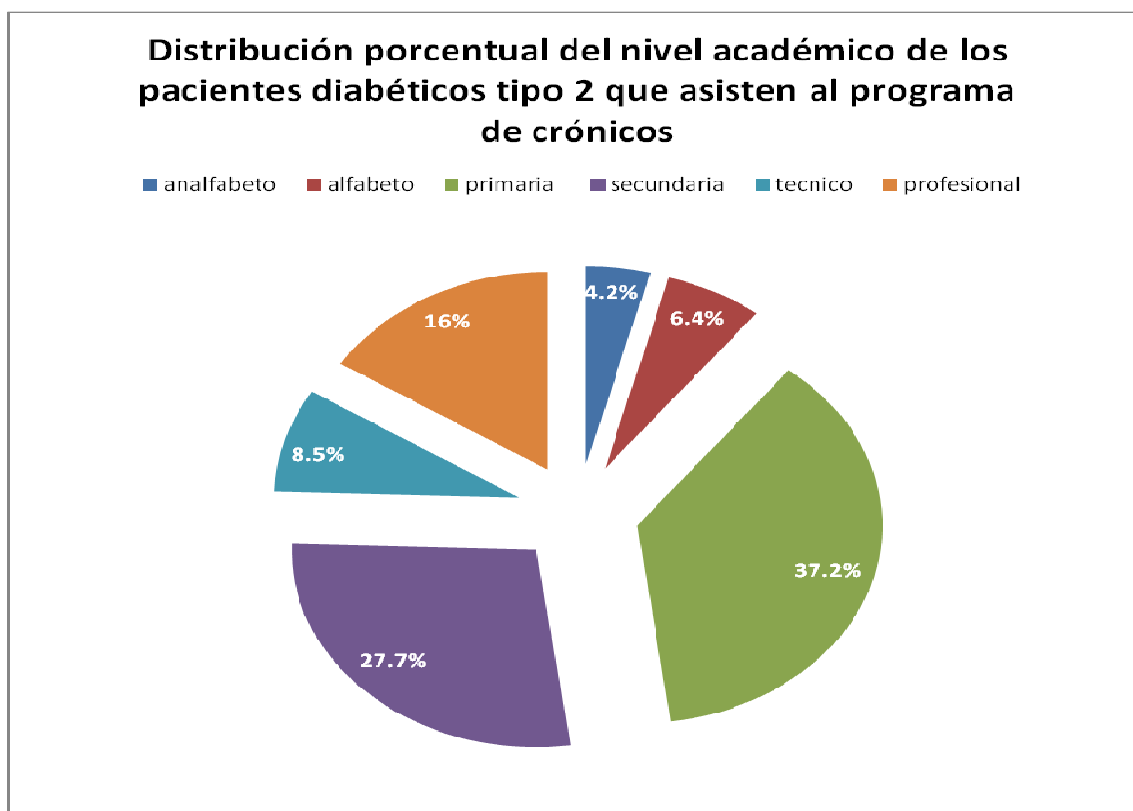


ESTADO CIVIL

El estado civil de los pacientes fue principalmente el de casados con un 33%, seguido de viudez con un 28.7%, en un menor porcentaje se encontraron los pacientes solteros y los acompañados. (Gráfico 3)

**GRÁFICO 3****NIVEL ACADÉMICO**

El nivel académico de los pacientes fue en su mayor parte los estudios primarios con un porcentaje de 37.2, seguidos de los estudios secundarios con un porcentaje de 27.7, profesionales con el 16 % y en menores porcentaje otros. (Ver gráfico 4)

**GRÁFICO 4**

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La mayor parte de los pacientes en nuestro estudio casi nunca presentó dolor o molestia con un 34.7%, pero si se encontró que un 22.1% de los pacientes lo presentaban a veces. En general la mayor parte de los pacientes manifestaron a veces sentirse descansados con un 51.6%. Además se obtuvo que el 55.8% de los pacientes refería casi nunca tener algún grado de problema visual y sólo el 12.6% nunca los presentó. Un 52.6% de los pacientes tenía preocupación por su estado de salud física; sin embargo 44.2% de los pacientes refirió a veces sentirse bien físicamente, así como 41.1% de los pacientes a veces se sentía con energía durante la semana, pero sólo 1.1% casi nunca se sintió con energía. EL 58.9% de los pacientes manifestó que a veces durmió lo suficiente durante la última semana. También se encontró que 77.9% de los pacientes siempre tenía



buena coordinación de movimientos y que un 11.6% de los pacientes a veces tuvieron buena memoria. (Ver tabla 1)

TABLA 1

Distribución Porcentual de las Manifestaciones Clínicas de los Pacientes Diabéticos que asisten al Programa de Crónicos del Centro de Salud Perla María Norori en el Período de Mayo-Septiembre del Año 2008.

Síntomas	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca	Siempre	Total
Dolor o Molestia	13.7	22.1	34.7	29.5	0	100
Sintió Descansado	29.5	51.6	10.5		8.4	100
Problemas Visuales	11.6	20	55.8	12.6	0	100
Preocupó por Estado de Salud Física	4.2	26.3	13.7	3.2	52.6	100
Sintió bien físicamente	20	44.2	1.1	0	34.7	100
Con Energía	24.2	41.1	1.1	0	33.7	100
Durmió suficiente	25.3	58.9	10.5	0	5.3	100
Buena Coordinación de Movimientos	13.7	5.3	2.1	1.1	77.9	100
Buena Memoria	13.7	11.6	0	0	74.7	100

ESTADO DE ÁNIMO

Los pacientes manifestaron tener a veces la mente despejada con un 53.7% y sólo el 9.5% casi nunca. Sólo un 3.2% de los pacientes dijo casi nunca estar satisfecho con la vida. El 2.1% de los pacientes refirió casi nunca tener interés en su aspecto físico y un 7.4% casi nunca se encontraba a gusto con su aspecto físico y un 38.9 si se encontró a gusto. Un 37.9% manifestó sentirse alegre a menudo y a veces. Además el 48.4% dijo sentirse independiente siempre; el 56.8% siempre era capaz de cuidarse, un 78.9% era siempre capaz de desplazarse por sí solo; el 31.6% siempre era capaz de tomar decisiones y el 36.8% a veces era capaz de enfrentar los problemas. Sólo el 1.1% nunca era capaz de comunicarse con otros y en un 54.7% a veces se sentía relajado durante la semana pasada. (Ver tabla 2)

**TABLA 2**

Distribución Porcentual del Estado de Ánimo de los Pacientes Diabéticos que asisten al Programa de Crónicos del Centro de Salud Perla María Norori en el Período de Mayo-Septiembre del Año 2008.

Estado de Ánimo	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca	Siempre	Total
Mente Despejada	26.3	53.7	9.5	0	10.5	100
Satisfecho con la Vida	29.5	47.4	3.2	1.1	18.9	100
A gusto con Aspecto Físico	22.1	38.9	7.4	1.1	30.5	100
Alegre	37.9	37.9	5.3	0	18.9	100
Independiente	25.3	25.3	1.1	0	48.4	100
Capaz de Comunicarse	27.4	25.3	1.1	1.1	45.3	100
Interés en Aspecto Físico	27.4	26.3	2.1	2.1	42.1	100
Capaz de tomar Decisiones	28.4	34.7	5.3	0	31.6	100
Relajado	26.3	54.7	8.4	0	10.5	100
Capaz de Desplazar	8.4	8.4	2.1	2.1	78.9	100
Capaz de enfrentar Problemas	29.5	36.8	2.1	0	31.6	100
Capaz de Cuidarse	21.1	17.9	2.1	2.1	56.8	100



TRABAJO

Solamente el 35.1% de los pacientes Diabéticos tenía trabajo, y la mayor parte no trabajaba lo que representa un 64.9%. (Ver gráfico 5)

GRÁFICO 5



Tomando en cuenta que el 64.9% de la población refirió no tener trabajo, se decidió realizar el siguiente acápite solamente a los que si tenían un trabajo que representaban un 35.1% de los pacientes; por lo cual los otros porcentajes corresponden a los que si tienen trabajo.

El 45.5% de los pacientes estaba a gusto en el trabajo, el 75.7% a veces resolvía los problemas sin tensión; el 51.5% a menudo pensaba con claridad, el 6% casi nunca tomó decisiones en su trabajo; así mismo el 64.9% de los pacientes a veces estaba satisfecho con los logros y el 39.4% a veces logró sus propósitos en el trabajo; a veces 42.3% de los pacientes mostraba interés por su trabajo. Sin



embargo todos los pacientes que trabajaban manifestaron trabajar bien y tener concentración en el trabajo, además el 81.8% intercambió opiniones con sus compañeros de labores. (Ver tabla 3)

TABLA 3

Distribución Porcentual de Condición laboral de los Pacientes Diabéticos que asisten al Programa de Crónicos del Centro de Salud Perla María Norori en el Período de Mayo-Septiembre del Año 2008. (n=33 tienen trabajo)

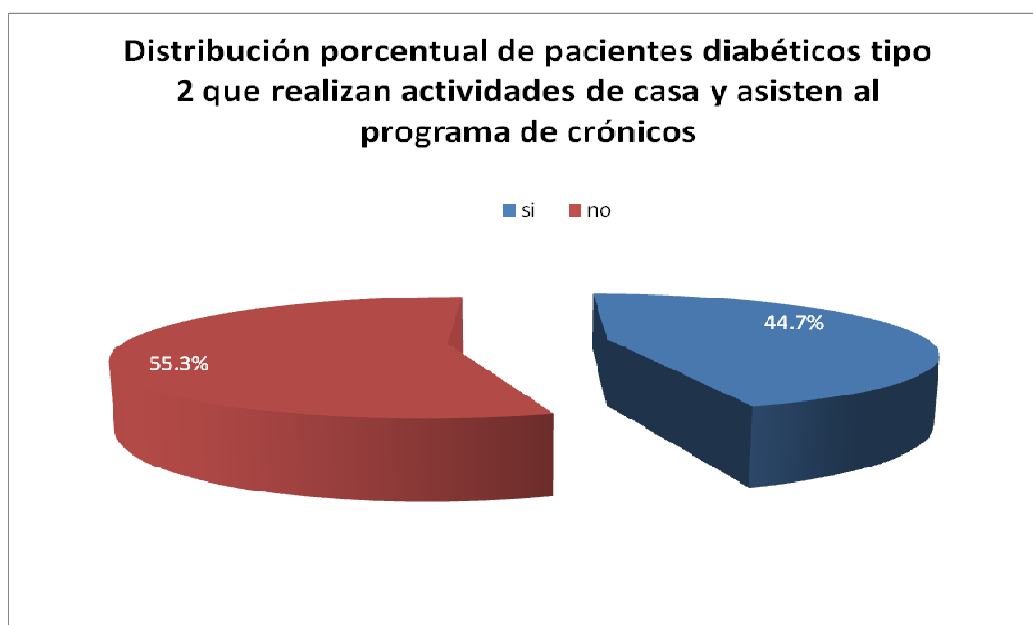
Trabajo	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca	Siempre	SI	No	Total
A gusto en trabajo	45.5	36.3	3.1	3.1	12	-	-	100
Resolvió problemas sin tensión	18.1	75.7	3.1	0	3.1	-	-	100
Pensó con claridez	51.5	36.3	0	0	12.2	-	-	100
Tomó decisiones	36.5	51.5	6	0	6	-	-	100
Logró lo propuesto	51.5	39.4	3.1	0	6	-	-	100
Satisfecho con logros	19.9	64.9	3.1	0	12.1	-	-	100
Trabajó bien	-	-	-	-	-	100	0	100
Interés por trabajo	39.4	42.3	0	3.1	15.2	-	-	100
Concentró en trabajo	-	-	-	-	-	100	0	100
Intercambió opiniones	-	-	-	-	-	81.8	18.2	100



TAREAS DE LA CASA

De los pacientes diabéticos podemos observar que el 55.3% no realiza actividades de la casa y solo un 44.7% realiza actividades del hogar. (Ver gráfico 6)

GRÁFICO 6



Tomando en cuenta que el 55.3% de la población refirió no realizar tareas de la casa se decidió realizar el siguiente acápite solamente a los que si tenían tareas de casa que representaban el 44.7%; por lo cual los otros porcentajes corresponden a los que si realizan tareas de la casa.

Solo un 51% de los pacientes a menudo se sintió satisfecho con la limpieza de la casa, un 56.2% a veces estaba satisfecho al pagar las facturas, sólo un 16.4% casi nunca estaba satisfecho al comprar la comida, 53.7% de los pacientes a veces estaba satisfecho al preparar la comida y con un porcentaje similar de 56.2% al realizar tareas domésticas; solamente el 2.4% casi nunca se lograba concentrar en las tareas domésticas y el 16.4% resolvía los problemas con



tensión; de la misma manera tan sólo el 18.1% casi nunca tomaba decisiones en cuanto a las tareas de casa. (Ver tabla 4)

TABLA 4

Distribución Porcentual de las Tareas de la casa de los Pacientes Diabéticos que asisten al Programa de Crónicos del Centro de Salud Perla María Norori en el Período de Mayo-Septiembre del Año 2008

Tareas de la casa	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca	Siempre	Total
Satisfecho con Limpieza	51	42	0	0	7	100
Satisfecho al pagar facturas	32.1	56.2	11.7	0	0	100
Satisfecho al comprar comida	18.1	65.5	16.4	0	0	100
Satisfecho al preparar comida	39.3	53.7	0	0	7	100
Satisfecho con tareas domésticas	39.3	56.2	0	0	4.5	100
Concentró en tareas de casa	37.5	42	2.4	0	18.1	100
Resolvió problemas de casa sin tensión	18.1	65.5	16.4	0	0	100
Tomó decisiones en casa	30.6	46.8	18.1	0	4.5	100

ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE

El 76.8% de los pacientes Diabéticos casi nunca realizan actividades de tiempo libre, sin embargo un 35.8% a veces deseó y disfrutó realizar actividades de tiempo libre, así como un 44.2% de los pacientes mostró interés en la actividades de tiempo libre; y únicamente un 4.2% casi nunca se concentraba en estas actividades. (Ver tabla 5)

**TABLA 5**

Distribución Porcentual de las Actividades de Tiempo Libre en los Pacientes Diabéticos que asisten al Programa de Crónicos del Centro de Salud perla María Norori en el Período de Mayo-Septiembre del 2008

Actividad de tiempo libre	A menudo	A veces	Casi nunca	Siempre	Total
Frecuencia Actividad Tiempo Libre	5.3	15.8	76.8	2.1	100
Disfrutó Actividad Tiempo Libre	17.9	35.8	6.3	40	100
Deseó Actividad Tiempo Libre	28.4	35.8	4.2	31.6	100
Concentró en Actividad Tiempo Libre	22.1	29.5	4.2	44.2	100
Interés por Actividad Tiempo Libre	14.7	26.3	8.4	50.5	100

RELACIONES SOCIALES Y FAMILIARES

En cuanto a las relaciones sociales o familiares, solamente el 3.2% casi nunca se divirtió conversando con amigos o familiares, el 7.4% casi nunca deseó reunirse con amigos o familia, un 37.9% casi nunca hizo planes con amigos o familia, así mismo sólo un 11.6% casi nunca fue paciente con personas irritantes y 65.3% casi nunca mostró interés por los problemas de otros; también sólo un 46.3% casi nunca ayudó a otros. Además el 5.3% casi nunca sintió cariño por otros, el 67.4% siempre se llevó bien con otros y sólo el 7.4% casi nunca bromeaba con otros. (Ver tabla 6)

**TABLA 6**

Distribución Porcentual de las Relaciones Sociales de los Pacientes Diabéticos que asisten al Programa de Crónicos del Centro de Salud Perla María Norori en el Período de Mayo-Septiembre del Año 2008

Relaciones Sociales	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca	Siempre	Total
Divirtió conversar con amigos	16.8	24.2	3.2	0	55.8	100
Deseó reunirse con amigos o familiares	23.2	44.2	7.4	0	25.3	100
Hizo planes con amigos	18.9	25.3	37.9	17.9	0	100
Paciente con personas irritantes	12.6	31.6	11.6	0	44.2	100
Interés por problemas de otros	1.1	20	65.3	7.4	6.3	100
Sintió cariño por otros	21.1	15.8	5.3	0	57.9	100
Se llevó bien con otros	13.7	18.9	0	0	67.4	100
Bromeó con otros	27.4	43.2	7.4	0	22	100
Ayudó a otros	15.8	22.1	46.3	15.8	0	100

NIVEL GLOBAL DE SATISFACCIÓN

En cuanto al nivel global de satisfacción de los pacientes Diabéticos:

Solamente un 34.7% de los pacientes consideró tener regular estado de salud física y un 30.5% dijo tener mal estado físico; 53.7% refirió tener regular estado de ánimo, mientras, que un 31.6% dijo tener buen estado de ánimo; en un 65.3% no se pudo valorar su satisfacción con el trabajo, de los que si trabajaban el 45.5% sintió regular satisfacción en el trabajo y tan solo un 12.1% manifestó tener mala satisfacción en el trabajo; en un 55.8% no se pudo valorar la satisfacción en las



tareas de casa pero de lo que si realizaban tareas de casa 50% dijo tener regular satisfacción en las tareas de la casa, un 16.4% dijo tener mala satisfacción con las tareas de casa; un 54.7% sintió buena satisfacción en sus relaciones sociales, y 6.3% tuvo mala satisfacción; en un 56.8% sienten buena satisfacción en sus relaciones familiares, y el 2.1% las calificó de mala; en cuanto a las actividades de tiempo libre el 40%% estuvo regularmente satisfecho mientras un 8.4% refirió que eran malas ;en cuanto a su capacidad de participar en la vida el 57.9% se sintió satisfecho y solo el 4.2% se sintió mal; al valorar la satisfacción de su vida sexual el 51.6% dijo estar mal, un 20% se considero bueno y el 13.7% regular; al valorar situación económica encontramos que el 47.4% refería estar mal, y solo el 9.5%refiere estar bien; estos mismos porcentajes son aplicables a satisfacción de vivienda; en cuanto a satisfacción de desplazamiento el 56.8% siente muy buena satisfacción, mientras que 9.5% siente mala satisfacción para desplazarse; la satisfacción de capacidad visual ha sido regular en el 58.9% y mala en el 34.7%;la medicación en estos pacientes ha sido buena en el 68.4%, y mala en el 4.2%.En cuanto a la sensación general de bienestar ha sido regular en el 57.9% de los pacientes y el 12.6% la ha calificado como mala; y además la satisfacción general de la vida la perciben como buena en el 10.5%,regular en el 47.4% y mala en el 42.1%. (Ver tabla 7)



TABLA 7: Distribución Porcentual del Nivel General de Satisfacción de los Pacientes Diabéticos que asisten al Programa de Crónicos del Centro de Salud Perla María Norori en el Período de Mayo-Septiembre del Año 2008

Actividades Generales	Bueno	Malo	Muy bueno	Muy malo	Regular	Total
Satisfacción estado de salud física	33.7	30.5	1.1	0	34.7	100
Satisfacción estado de ánimo	31.6	12.6	2.1	0	53.7	100
Satisfacción trabajo	36.4	12.1	6	0	45.5	100
Satisfacción tareas de casa	33.6	16.4	0	0	50	100
Satisfacción relaciones sociales	54.7	6.3	28.4	0	10.5	100
Satisfacción relaciones familiares	56.8	2.1	35.8	0	5.3	100
Satisfacción en actividades de tiempo libre	32.6	8.4	18.9	0	40	100
Satisfacción en capacidad de participación	57.9	4.2	28.4	0	9.5	100
Satisfacción en su vida sexual	20	51.6	10.5	4.2	13.7	100
Satisfacción en situación económica	9.5	47.4	0	6.3	36.8	100
Satisfacción en la vivienda	9.5	43.2	0	7.4	40	100
Satisfacción de desplazamiento	24.2	9.5	56.8	1.1	8.4	100
Satisfacción en la capacidad visual	4.2	34.7	2.1	0	58.9	100
Satisfacción en la medicación	68.4	4.2	17.9	0	9.5	100
Sensación general de bienestar	29.5	12.6	0	0	57.9	100
Satisfacción general de la vida	10.5	42.1	0	0	47.4	100



DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Es necesario hacer mención que los estudios realizados hacia este enfoque de la enfermedad como es la calidad de vida de los pacientes y en una enfermedad que hoy en día se considera la pandemia del siglo han sido totalmente escasos, encontrando nosotros tan sólo 4 estudios alrededor del mundo. En base a los resultados obtenidos en estos estudios y nuestra investigación, podemos decir:

Al igual que en los otros estudios la mayoría de los pacientes con Diabetes Tipo 2 que asisten al programa de crónicos tienen algún grado de deterioro en la calidad de vida donde se evaluaron diversos aspectos o variables, las cuales se plantearán a como sigue. (6, 7, 8, 9, 10, 14 y 22)

En cuanto al Estado de Salud Física, nosotros logramos encontrar que la mayor parte de los pacientes no poseían buen estado de salud física, lo que coincide con los estudios y bibliografías consultadas en donde plantean el mismo deterioro en sus pacientes. (6, 7, 9 y 10)

El estado de ánimo de nuestros pacientes estudiados en su mayoría no tenía buena satisfacción señalándonos entonces que la mayor parte de los pacientes tenían algún grado de deterioro respecto al ánimo; en otros estudios realizados sobre todo en México también se señala que los pacientes Diabéticos tienen afectación en su estado de ánimo. (6, 9 y 11)

La satisfacción de nuestros pacientes en cuanto a su vida sexual fue calificada por ellos como mala, encontrando cierto grado de disfunción sexual; en otros estudios y en la bibliografía consultada se concluyó también que los pacientes en un alto porcentaje presentaban disfunción sexual. Lo que hace coincidir nuestros estudios en sus correspondientes resultados. (6 y 7)

Los estudios realizados en México describen que el bajo nivel educativo y que los pacientes mayores de 50 años se asociaban con un mayor riesgo de deterioro en la calidad de vida. En nuestro estudio encontramos los mismos datos ya que en



nuestro estudio la mayoría solamente tenían estudios primarios y secundarios; así mismo la mayor parte de los pacientes en nuestro estudio eran pacientes mayores de 50 años. ⁽⁶⁾

Además en nuestro estudio logramos encontrar afectadas otras áreas de la vida que no se plantearon en otros estudios realizados sobre la calidad de vida de los pacientes Diabéticos como:

La capacidad visual que se encontraba deteriorada en gran cantidad de los pacientes; la satisfacción en su situación económica y de vivienda era mala o regular en la mayor parte de los pacientes. Estos son datos que obtuvimos, que figuraban en la mayoría de los pacientes Diabéticos que asistían al programa de crónicos.



CONCLUSIONES

Con nuestro estudio hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- La mayor parte de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asistían al Centro de Salud Perla María Norori, eran del sexo femenino con edades mayores a los 50 años que contaban principalmente con niveles académicos primarios y secundarios.
- Las principales manifestaciones clínicas que presentaban estos pacientes fueron los problemas visuales y la disfunción sexual principalmente; pero también el dolor o molestias, insomnio, falta de energía y en un porcentaje moderado la mala memoria tuvieron relevancia en nuestro estudio.
- Las principales repercusiones psicológicas fueron la poca capacidad para tomar decisiones, la poca capacidad para enfrentar los problemas, con la mente poco despejada y una vida poco relajada. Además realizaban pocas actividades de tiempo libre, sin embargo el deseo de realizarlas y disfrutarlas, así como el interés y concentración en estas actividades fue significativo.
- Las relaciones sociales de los pacientes Diabéticos generalmente fue calificada como buena; sin embargo entre las pocas repercusiones sociales que tuvieron estos pacientes fueron el poco interés y la poca ayuda que brindaban en los problemas de otros, la escasa planificación para realizar actividades con familiares o amigos.
- La satisfacción en el trabajo generalmente no era buena, figurando entre las principales repercusiones, el resolver problemas bajo tensión, pensamiento



poco claro y el no estar satisfecho con los logros obtenidos en el trabajo; pero generalmente desempeñaron bien su trabajo.

- Las principales repercusiones en las tareas de casa fueron la insatisfacción al limpiar la casa, la poca capacidad para tomar decisiones y el manejo de los problemas con tensión.
- La satisfacción en cuanto a la situación económica y de vivienda en la gran mayoría de los pacientes fue considerada como mala, muy mala y regular.
- La satisfacción general de vida y la sensación de bienestar no ha sido buena en la mayoría de los pacientes, probablemente debido a que no aceptan la Diabetes como enfermedad lo que se puede ver reflejado en el estado de ánimo, relaciones sociales y estado de salud física.



RECOMENDACIONES

- A los estudiantes:

Realizar más estudios acerca de este tema, ya que es de mucho interés para la realización de futuros estudios.

- A la UNAN:

Promover estudios sobre el tema de Calidad de Vida y no solamente en Diabetes sino también en otras enfermedades que ameriten un estudio de esta índole en las prácticas comunitarias.

Destinar fondos para investigar el impacto que tiene esta enfermedad en todo el Departamento de León.

- Al MINSA:

Tomar en cuenta los resultados de este estudio, para destinar personal profesional y así hacer un abordaje integral a estos pacientes.

- A los Médicos:

Tener en cuenta que se debe realizar un abordaje integral a estos pacientes, para de esta manera mejorar su calidad de vida.



BIBLIOGRAFÍA

1. OPS. Conmemoración día mundial del Diabético en Nicaragua. 2009
www.ops.org.ni
2. Generalitat de Catalunya, Departament de salut.
www.gencat.net/salut/depsan/unit/unitat/2007lb3.pdf
3. David Berán, Catherine Atlan-Corea, Brenda Tapia, Ana-Julia Martínez, Adilia Guadamuz de Castro. DiabetesVoice. Atención Diabética en Nicaragua: Resultados del estudio RAPIA. Volumen 52. Número 4. Diciembre 2007.
4. Roca, Reinaldo. Capítulo 31: Diabetes Mellitus. Temas de Medicina Interna. Ciudad de la Habana, Cuba. Editorial Ciencias Médicas. 4^{ta} Edición. 2002.
5. MINSA. Indicadores de mortalidad por SILAIS, Nicaragua año 2005 , oficina de estadísticas-Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEV)
www.minsa.org.ni
6. De los ríos Castillos José Lauro, Sánchez Sosa Juan José /Calidad de vida en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo II7Rev MED IMMS 2004 42 2 109-116
7. Velia cárdenas Villareal, Carmelita Pedraza Loredó, Reyna Lerma Cuevas. Calidad de Vida del Paciente con Diabetes Mellitus Tipo II. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México. 2005.
www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/402/40280308.pdf
8. Drs. Alberto Quirantes Hernández, Leonel López Granja, Vladimir Curbelo y José Montano. La Calidad de la Vida del Paciente Diabético. El Hospital. Cuba. 1996.
[www.bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)095.pdf](http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)095.pdf)



9. A.Hervás, A. Zabaleta, G. de Miguel, O. Beldarrain y J. Díez. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Centro de Salud Tafalla, Navarra, España. Año 2005.
- 10.F. J. Mena Martín, J. C. Martín Escudero, F. Simal Blanco, J. Bellido Casado. Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. España. Año 2006
- 11.Belkis Vicente, Gisela Zerquera, Dania Peraza y Eduardo Castañeda. Calidad de Vida en el Paciente Diabético. Fundación Dialnet. Medisur: Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. ISSN 1727-897X, Vol. 6, Nº. 3, 2008 , págs. 22-28.

www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2883124
- 12.Roca, Reinaldo. Capítulo 31: Diabetes Mellitus. Temas de Medicina Interna. Editorial Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana, Cuba. 4^{ta} Edición. 2002.
- 13.Harrison, T.R. Harrison Principios de Medicina Interna. Editorial McGraw Hill. México D.F. 16^{va} Edición. 2006.
- 14.Centro Nicaragüense de Farmacoepidemiología. Fármacos Hipoglucemiantes. Editorial Universitaria UNAN-LEÓN. León, Nicaragua. 2007.
- 15.Molina Vélez, Iván y Orrego M. Arturo. Diabetes Mellitus y Obesidad. Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Colombia.



16. Villegas, Alberto. Capítulo 11: Diabetes Mellitus. Fundamentos de Medicina-Endocrinología. Editorial Corporación de Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia. 6^{ta} Edición. 2004.
17. Farreras, Valenti. Medicina Interna-Farreras Valenti. Editorial Harcourt. Madrid, España. 14^{va} Edición. 2000.
18. Danelia Palacios, Cecilia Castro y Danelia Reygadas. Calidad de Vida: Una Perspectiva Individual. www.monografias.com/trabajos15/calidad-de-vida/calidad-de-vida.shtml
19. López Carmona Juan Manuel , Rodríguez Moctezuma Raymundo Adaptación y validación del instrumento Calidad de Vida Diabetes 39 en Pacientes Mexicanos con Diabetes Mellitus Tipo II salud Publica de Mexico, vol.48 nº3, Mayo-Junio 2006
20. OMS. Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Madrid, España. 1998.
21. Villareal Cárdenas, Velia M. Ciencia UANIL/Vol. VIII N°3 Julio-Septiembre 2005
22. Gagliardino, Juan José, de Hero Marcelo Rev. Panam/Salud pública /Panam J Public Health 10(5) 2001



ANEXOS



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Calidad de Vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que asisten al programa de crónicos del Centro de Salud Perla María Norori.

Ficha No: _____

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS:

1. Edad: _____

2. Sexo:

Femenino: _____

Masculino: _____

3. Estado Civil:

Soltero (a): _____

Viudo (a): _____

Casado (a): _____

Acompañado (a): _____

4. Nivel Académico:

Analfabeto (a): _____

Alfabeto (a): _____

Primaria: _____

Secundaria: _____

Profesional: _____

Técnico: _____



13.4. Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)

Se ha creado este cuestionario para ayudar a evaluar el grado de placer y satisfacción experimentados durante la semana pasada.

ESTADO DE SALUD FÍSICA/ACTIVIDADES

Con respecto a su estado de salud física durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
1. ...se sintió sin dolores ni molestias?	☐	☐	☐	☐	☐
2. ...se sintió descansado/a?	☐	☐	☐	☐	☐
3. ...se sintió con energía?	☐	☐	☐	☐	☐
4. ...se sintió en un excelente estado de salud física?	☐	☐	☐	☐	☐
5. ...sintió, por lo menos, un estado de salud física muy bueno?	☐	☐	☐	☐	☐
6. ...no se preocupó de su estado de salud física?	☐	☐	☐	☐	☐
7. ...sintió que durmió lo suficiente?	☐	☐	☐	☐	☐
8. ...se sintió suficientemente activo/a?	☐	☐	☐	☐	☐
9. ...sintió que tenía una buena coordinación en sus movimientos?	☐	☐	☐	☐	☐
10. ...sintió que su memoria funcionaba bien?	☐	☐	☐	☐	☐
11. ...se sintió bien físicamente?	☐	☐	☐	☐	☐
12. ...se sintió lleno/a de energía y vitalidad?	☐	☐	☐	☐	☐
13. ...no experimentó problemas visuales?	☐	☐	☐	☐	☐

ESTADO DE ÁNIMO

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia se sintió...

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
14. ...con la mente despejada?	☐	☐	☐	☐	☐
15. ...satisfecho/a con su vida?	☐	☐	☐	☐	☐
16. ...a gusto con su aspecto físico?	☐	☐	☐	☐	☐
17. ...alegre o animado/a?	☐	☐	☐	☐	☐
18. ...independiente?	☐	☐	☐	☐	☐
19. ...contento/a?	☐	☐	☐	☐	☐
20. ...capaz de comunicarse con otras personas?	☐	☐	☐	☐	☐
21. ...interesado/a en cuidar su aspecto físico (cabello, ropa) y su higiene personal (bañarse, vestirse)?	☐	☐	☐	☐	☐
22. ...capaz de tomar decisiones?	☐	☐	☐	☐	☐
23. ...relajado/a?	☐	☐	☐	☐	☐
24. ...a gusto con su vida?	☐	☐	☐	☐	☐
25. ...capaz de desplazarse, si fuera necesario, para realizar sus actividades (caminar, utilizar su propio automóvil, el autobús, el tren o cualquier otro medio de transporte disponible), según fuese necesario?	☐	☐	☐	☐	☐
26. ...capaz de hacer frente a los problemas de la vida?	☐	☐	☐	☐	☐
27. ...capaz de cuidar de sí mismo?	☐	☐	☐	☐	☐



13.4. Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer
(Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)

2

TRABAJO					
¿Tiene trabajo?	No Sí	¿Trabaja por su cuenta?	No Sí	¿Realiza trabajo voluntario?	No Sí
Si responde que no a las 3 preguntas, anote la razón y pase a la página 4.					
Si no, ¿por qué no?	1 Demasiado enfermo/a físicamente 2 Demasiado alterado/a emocionalmente 3 Jubilado/a 98 Otra razón _____				
escriba la razón					
Si responde que sí a alguna de las 3 preguntas, complete esta sección					
Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...					
	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
28. ...se sintió a gusto en su trabajo?	☐	☐	☐	☐	☐
29. ...resolvió problemas de trabajo o los manejó sin demasiada tensión?	☐	☐	☐	☐	☐
30. ...pensó con claridad en el trabajo?	☐	☐	☐	☐	☐
31. ...se mostró decidido/a en el trabajo o tomó decisiones cuando fue necesario?	☐	☐	☐	☐	☐
32. ...logró lo que se propuso?	☐	☐	☐	☐	☐
33. ...se sintió satisfecho/a con los logros conseguidos en el trabajo?	☐	☐	☐	☐	☐
34. ...trabajó bien?	☐	☐	☐	☐	☐
35. ...se sintió interesado/a por el trabajo?	☐	☐	☐	☐	☐
36. ...se concentró en el trabajo?	☐	☐	☐	☐	☐
37. ...trabajó cuidadosamente?	☐	☐	☐	☐	☐
38. ...realizó el trabajo como era de esperar?	☐	☐	☐	☐	☐
39. ...se ocupó del trabajo usted mismo/a, cuando fue necesario?	☐	☐	☐	☐	☐
40. ...se comunicó e intercambió opiniones con facilidad con otros compañeros/as de trabajo?	☐	☐	☐	☐	☐



13.4. Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer
(Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)

3

LAS ACTIVIDADES DE LA CASA

¿Es usted responsable de algunas tareas de la casa (limpieza, compras, lavar platos, comprar o preparar comidas) para usted mismo/a o para otras personas? NO
SI

Si responde que no, anote la razón y pase a la página 5.

Si no, ¿por qué no? 1 Demasiado enfermo/a físicamente
2 Demasiado alterado/a emocionalmente
3 Nadie espera que haga algo
98 Otra razón _____
escriba la razón

Si responde que sí, complete esta sección

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
41. ...quedó satisfecho/a con la manera en que limpió su habitación/apartamento/casa?	☐	☐	☐	☐	☐
42. ...quedó satisfecho/a con la manera en que pagó las facturas, e hizo sus operaciones bancarias?	☐	☐	☐	☐	☐
43. ...quedó satisfecho/a con la manera en que compró la comida u otros artículos para la casa?	☐	☐	☐	☐	☐
44. ...quedó satisfecho/a con la manera en que preparó la comida?	☐	☐	☐	☐	☐
45. ...quedó satisfecho/a con la manera en que se ocupó de limpiar la casa y lavar la ropa?	☐	☐	☐	☐	☐
46. ...quedó satisfecho/a con las tareas domésticas que realizó?	☐	☐	☐	☐	☐
47. ...se concentró y pensó claramente en las tareas domésticas que tenía que realizar?	☐	☐	☐	☐	☐
48. ...resolvió los problemas de la casa o los manejó sin demasiada tensión?	☐	☐	☐	☐	☐
49. ...fue firme o tomó decisiones, cuando fue necesario, respecto a las tareas de la casa?	☐	☐	☐	☐	☐
50. ...hizo arreglos o se encargó del mantenimiento de la casa cuando fue necesario?	☐	☐	☐	☐	☐



13.4. Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer
(Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)

5

ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE					
Las preguntas siguientes se refieren a las actividades de tiempo libre durante la semana pasada, como ver la televisión, leer el periódico o revistas, ocuparse de las plantas de la casa o del jardín, pasatiempos, ir a museos o al cine o a actos deportivos, etc.					
	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
61. Cuando tuvo tiempo, ¿con qué frecuencia lo utilizó para actividades de tiempo libre?	☐	☐	☐	☐	☐
62. ¿Con qué frecuencia disfrutó de sus actividades de tiempo libre?	☐	☐	☐	☐	☐
63. ¿Con qué frecuencia deseó realizar las actividades de tiempo libre antes de poder disfrutar de ellas?	☐	☐	☐	☐	☐
64. ¿Con qué frecuencia se concentró en las actividades de tiempo libre y les prestó atención?	☐	☐	☐	☐	☐
65. Si surgió algún problema durante las actividades de tiempo libre, ¿con qué frecuencia lo solucionó o lo manejó sin demasiada tensión?	☐	☐	☐	☐	☐
66. ¿Con qué frecuencia consiguieron mantener su interés las actividades de tiempo libre?	☐	☐	☐	☐	☐

RELACIONES SOCIALES					
Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...					
	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
67. ...se divirtió conversando o estando con amigos o familiares?	☐	☐	☐	☐	☐
68. ...deseó reunirse con amigos o familiares?	☐	☐	☐	☐	☐
69. ...hizo planes con amigos o familiares para futuras actividades?	☐	☐	☐	☐	☐
70. ...disfrutó conversando con compañeros/as de trabajo o vecinos?	☐	☐	☐	☐	☐
71. ...se mostró paciente cuando otras personas le irritaron con sus acciones o con sus palabras?	☐	☐	☐	☐	☐
72. ...se interesó por los problemas de otras personas?	☐	☐	☐	☐	☐
73. ...sintió cariño por una o más personas?	☐	☐	☐	☐	☐
74. ...se llevó bien con otras personas?	☐	☐	☐	☐	☐
75. ...bromeó o se rió con otras personas?	☐	☐	☐	☐	☐
76. ...sintió que ayudó a amigos o familiares?	☐	☐	☐	☐	☐
77. ...sintió que no había problemas ni conflictos importantes en su relación con amigos o familiares?	☐	☐	☐	☐	☐



13.4. Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer
(Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q)

6

ACTIVIDADES GENERALES					
Nivel global de satisfacción					
En general, ¿cómo evaluaría su nivel de satisfacción durante la semana pasada en cuanto a...					
	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
78. ...su estado de salud física?	☐	☐	☐	☐	☐
79. ...su estado de ánimo?	☐	☐	☐	☐	☐
80. ...su trabajo?	☐	☐	☐	☐	☐
81. ...las tareas de la casa?	☐	☐	☐	☐	☐
82. ...sus relaciones sociales?	☐	☐	☐	☐	☐
83. ...sus relaciones familiares?	☐	☐	☐	☐	☐
84. ...sus actividades de tiempo libre?	☐	☐	☐	☐	☐
85. ...su capacidad de participar en la vida diaria?	☐	☐	☐	☐	☐
86. ...su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño?*	☐	☐	☐	☐	☐
87. ...su situación económica?	☐	☐	☐	☐	☐
88. ...la situación de alojamiento o vivienda?*	☐	☐	☐	☐	☐
89. ...su capacidad para desplazarse sin sentir mareos, inestabilidad o caídas?*	☐	☐	☐	☐	☐
90. ...su visión en cuanto a la capacidad para trabajar o disfrutar de sus aficiones?*	☐	☐	☐	☐	☐
91. ...su sensación general de bienestar?	☐	☐	☐	☐	☐
92. ...la medicación? (Si no toma medicamentos, indíquelo aquí ☐ y deje la respuesta en blanco)	☐	☐	☐	☐	☐
93. ¿Cómo evaluaría su nivel de satisfacción general de vida durante la semana pasada?	☐	☐	☐	☐	☐

*Si el nivel de satisfacción es muy malo, malo, o regular en estas respuestas, por favor **SUBRAYE** los factores asociados a la falta de satisfacción.