

11227

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

21



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
DIABETICOS CON Y SIN HIPERTENSION
ARTERIAL**

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA**

P R E S E N T A :

DR. CLEMENTE JORGE FONSECA LEON

ASESOR: DR. MOISES CASARRUBIAS RAMIREZ



2001

MEXICO, D. F.

99933



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Dr. Jesús Arenas Ozuna

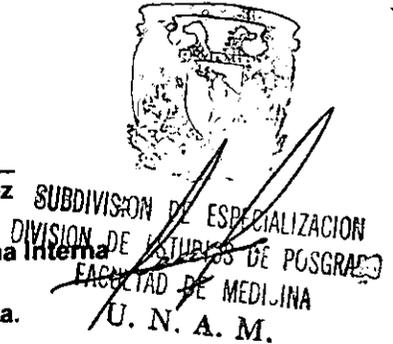
**Jefe de División de Educación Médica e Investigación
Hospital Especialidades Centro Médico Nacional
La Raza**

Dr. Raúl Ariza Andraca

**Jefe del Servicio de Medicina Interna
Hospital Especialidades
Centro Médico Nacional La Raza**

Dr. Moisés Casarrubias Ramírez

**Médico Adscrito al Servicio de Medicina Interna
Hospital Especialidades
Centro Médico Nacional La Raza.**



99 690 0010

CONTENIDO

RESUMEN _____ pag 4

ANTECEDENTES _____ pag 5

MATERIAL Y MÉTODO _____ pag 8

RESULTADOS _____ pag 10

DISCUSIÓN _____ pag 11

CONCLUSIONES _____ pag 12

BIBLIOGRAFIA _____ pag 13

ANEXOS _____ pag 15

RESUMEN

OBJETIVO: evaluar si existen diferencias en la calidad de vida de pacientes con y sin hipertensión arterial sistémica.

MATERIAL Y MÉTODO: con previa aceptación por el Comité Local de Investigación y cuyo número es el 990103, se realizó en el Hospital de Especialidades CMN la Raza, del 1º de octubre de 1998 a diciembre de 1999; comparativo, prolectivo, observacional y transversal.

Se incluyeron a 89 pacientes con diabetes mellitus (DM) sólo y con hipertensión arterial sistémica (HAS). A todos los pacientes se les aplicó el cuestionario *estudios de resultados médicos* (MOS, por sus siglas en inglés) en la versión en español y el *perfil de impacto de la enfermedad* (SIP por sus siglas en inglés).

En el grupo de los casos se incluyeron a pacientes con diabetes e hipertensión arterial, y en el segundo incluyó a los controles que sólo tenían como diagnóstico diabetes mellitus.

Los pacientes fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios, a).- para los casos: tener diagnóstico para DM según criterios de la AAD, depuración de creatinina mayor de 50 ml/min. cifras de glucemia, saber leer y escribir y padecer hipertensión arterial sistémica (HAS) de acuerdo a criterios de la JNC VI. b).- para los controles: los mismos que para los casos excepto que no tenían diagnóstico de HAS.

Los criterios de no-inclusión fueron: pacientes que presentaban enfermedades concomitantes que alteran la calidad de vida, que tuvieran diabetes mellitus secundaria o cirugía reciente.

RESULTADOS: se estudiaron a 89 pacientes, con una mediana de edad de 50 años con una mínima de 38 y máxima de 68 años, 36 varones y 53 mujeres. Fueron 47(53%) pacientes con DM y HAS, y del grupo control 42 (47%) pacientes. La dislipidemia se presentó en el 42% de los pacientes en general; el antecedente de infarto del miocardio se presentó en el 17% del total. El 35% (n=31) de los pacientes fumaban y 65% (n=58) no.

De acuerdo a la distribución por edad, se encontró que en el grupo de DM con HAS la edad promedio fue de 47 +/- 8 años, mientras que en el grupo de DM sin HAS fue de 51 +/- 10 años, pero sólo presentó significancia estadística la dimensión percepción de la salud del MOS.

Con relación al SIP solamente la dimensión psicosocial (SIP B) mostró significancia estadística al compararse ambos grupos y complicaciones crónicas como son la claudicación, retinopatía y neuropatía periférica.

CONCLUSIONES: El presente estudio no mostró diferencias significativas entre los enfermos de diabetes mellitus con y sin hipertensión arterial, esto probablemente a que el grupo de pacientes de DM con HAS mostraron una edad promedio menor que los de DM sin HAS.

ANTECEDENTES:

La diabetes mellitus (DM), se define como un síndrome caracterizado por alteraciones metabólicas, principalmente hiperglucemia, como resultado de defectos en la secreción de la insulina, en su acción o en ambos mecanismos. Se asocia a un síndrome agudo como es principalmente el estado hiperosmolar, o de tipo crónico como las complicaciones de tipo vascular y/o nervioso^(1,2)

La DM constituye un problema de salud pública, por la alta prevalencia así como por las repercusiones en el estado de salud de los enfermos. Según datos de la 3a Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de los Estados Unidos (NHANES III por sus siglas en inglés), cuando se utiliza el criterio de una glucemia en ayuno igual o mayor de 126 mg/dl, la prevalencia fue de 7.8% en adultos mayores de 20 años de edad, y hasta del 18.8% en sujetos mayores de 60 años⁽³⁾.

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, estimó la prevalencia, en la población general de 20 a 60 años, en 6.7% y el 68.7 % de ellos ya tenía diagnóstico, mientras que en 31.3% se hizo el hallazgo de DM.⁽⁴⁾

Zárate, estudió la prevalencia de esta enfermedad en una muestra nacional en población atendida en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y encontró que fluctuaba entre el 3.5 al 12.7% de la población general, fue más elevada en los estados del norte del país (9%) e intermedia en el Distrito Federal y el área metropolitana (6.4%); esta cifra se incrementa hasta en uno de cada 5 pacientes si se analiza a los sujetos mayores de 55 años.^(5,6)

La DM es una de las diez primeras causas de mortalidad y está dentro de las principales enfermedades que se atienden en las Unidades Médicas del IMSS. La mortalidad se ha incrementado en los últimos años, en 1980 ocupaba el noveno lugar, mientras que en 1995 se encontraba en el cuarto lugar de mortalidad general, en el D F ocupó el tercer lugar en relación a otras entidades.⁽⁷⁾

En 1997, según los reportes de población general atendida, la tasa de morbilidad para DM, fue de 337.21 por 100000; en la región Norte, en La Raza, se encontró una tasa de 253.89 por 100000 personas inscritas en el IMSS, en la delegación noreste la tasa encontrada fue de 109.80 en igual número de pacientes. El grupo de edad más afectado fue de 45 a 64 años de edad.⁽⁸⁾

Los pacientes con DM pueden presentar complicaciones agudas o crónicas que repercuten indudablemente en el estado de salud general y, a la vez, representan un incremento en el número de consultas médicas e internamientos hospitalarios.⁽⁹⁾ En el análisis de Otero,⁽¹⁰⁾ en pacientes atendidos en el IMSS por complicaciones agudas de la diabetes, la cetoacidosis representó el 3.02%, y por coma diabético el 1.07% de los egresos hospitalarios. Mientras que la mortalidad por cetoacidosis fue el 6.47% y por coma diabético el 4.60%. En lo que respecta a complicaciones crónicas circulatorias este mismo autor⁽¹¹⁾ encontró el 10.82% de₅

los egresos por DM, Y 6.98% de las defunciones por esta misma causa. El grupo de edad principalmente afectado fue el mayor de 65 años. En otro estudio⁽¹²⁾ se encontró a 17.1% con microangiopatías de ellas la neuropatía correspondió a 7%, retinopatía 4.3% y nefropatía con el 3.6%. La macroangiopatía se presentó en el 16.7%, correspondió a arteriopatía periférica 8.9%, la mitad de las amputaciones corresponden a este grupo; la mitad de las amputaciones no traumáticas corresponde a este grupo.

Las infecciones en los pacientes diabéticos son más frecuentes y severas que en los no diabéticos, lo que además traduce mayor tiempo de hospitalización y de mortalidad reportándose por algunos autores⁽¹³⁾ hasta en 20% de los casos.

Todas estas repercusiones de la enfermedad deben evaluarse no sólo en términos de morbilidad y mortalidad, sino también en términos del impacto en la calidad de vida. El término calidad de vida es difícil de definir pero puede conceptualizarse como un nivel de desempeño en diversas áreas funcionales que incluyen el estado funcional, la percepción de salud, dolor, papel funcional, función social, etc.^(14,15)

La calidad de vida se ha evaluado utilizando diversas escalas o instrumentos que incluyen aquellos que son específicos para una sola enfermedad (por ejemplo el HAQ en artritis reumatoide), o bien instrumentos más generales que pueden ser aplicados en pacientes con diferentes enfermedades (el estudio de resultados médicos (MOS por sus siglas en inglés) o el perfil de impacto de la enfermedad (SIPS)).^(16,17)

La calidad de vida en pacientes con DM ha sido evaluada con diferentes instrumentos. En el estudio de control y complicaciones de la diabetes (DCCT) se aplicó el instrumento calidad de vida en diabetes (DQL por sus siglas en inglés) y se comparó con los resultados obtenidos con el estudio de resultados médicos en su versión corta de 36 reactivas (MOS SF-36)⁽¹⁸⁾. En este trabajo se encontró que ambos instrumentos dan información confiable y complementaria sobre la calidad de vida del paciente diabético; el DQL evalúa mejor el efecto del tratamiento sobre la calidad de vida, mientras que el MOS SF36 fue más sensible para evaluar el estado funcional y la severidad de las complicaciones.⁽¹⁸⁾

Se sabe que la calidad de vida puede modificarse por otros factores diferentes del estado diabético. Por ejemplo, existen estudios que han evaluado el impacto de la hipertensión arterial o de su tratamiento sobre la calidad de vida. Por otro lado, es frecuente que el paciente diabético curse con comorbilidad que afecte la calidad de vida,^(19,20) particularmente es la asociación entre DM e hipertensión arterial sistémica (HAS), esta se presenta hasta dos veces más que en aquellos no diabéticos, contribuyendo a mayor morbilidad y mortalidad⁽²¹⁾. Heras R.⁽¹²⁾ encontró a 43.6% de hipertensos en una población de diabéticos.

Un estudio realizado por Testa M.⁽²²⁾ en 1988, evaluó la calidad de vida en pacientes con diabetes e hipertensión arterial pero no evaluó el impacto "diferencia" que sobre la calidad de vida tiene la hipertensión arterial en el sujeto diabético. Hasta nuestro conocimiento, no existen estudios que hayan comparado la calidad de vida en pacientes diabéticos con y sin hipertensión arterial a fin de evaluar el impacto de esta comorbilidad sobre la calidad de vida del diabético.

El instrumento MOS SF36 ha sido aplicado y validado tanto en la₆

población de diabéticos como en la de hipertensos ⁽²³⁾ y recientemente se ha validado una versión de este instrumento en español ⁽²⁴⁾.

Con base en lo anterior hemos decidido llevar a cabo un estudio comparativo sobre la calidad de vida en pacientes diabéticos con y sin hipertensión arterial utilizando como instrumento el MOS SF36 en su versión en castellano.

MATERIAL Y MÉTODO.

Estudio realizado en el Hospital de Especialidades del CMNR, hospital de referencia y con curso universitario. Este proyecto comprendió del 1° de octubre de 1998 a diciembre de 1999; estudio comparativo, prolectivo, observacional y transversal.

El principal objetivo fue evaluar si existen diferencias en la calidad de vida de pacientes diabéticos con y sin hipertensión arterial.

La hipótesis fue que los pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial tienen una calidad de vida diferente a la observada en pacientes con diabetes mellitus sin hipertensión arterial. Por lo que se decide realizar este trabajo, con previa aprobación por el comité de ética local.

A todos los pacientes se les aplicó el cuestionario MOS SF 36 en la versión en español.

Se incluyeron a un total de 89 pacientes con diabetes mellitus (DM) sólo y con hipertensión arterial; los cuales se distribuyeron en dos grupos de estudio:

En el primero, se incluyeron a los casos, los cuales fueron aquellos con DM de acuerdo a los criterios de la Asociación Americana de Diabetes(AAD) de 1997⁽¹⁾, independientemente de la edad, sexo, tiempo de evolución de DM, y que tuvieran diagnóstico de hipertensión arterial sistémica(HAS) de acuerdo a los criterios de la JNC-VI⁽²⁵⁾.

El segundo grupo incluyó a los controles y estos fueron pacientes que cumplieron los criterios de DM de acuerdo a la AAD de 1997, independientemente de la edad, sexo o tiempo de evolución; pero sin criterios para HAS.

Los pacientes se seleccionaron de acuerdo a los siguientes criterios: de inclusión para los casos fueron: a)- DM de acuerdo a los criterios de la AAD, b)- saber leer y escribir, c)- depuración de creatinina mayor de 50 ml/min. d)- la cifra de glucemia menor o igual a 250 mg/dl, e)- por último padecer hipertensión arterial de acuerdo con los criterios de la JNC VI.

En el grupo de los controles se tomaron en cuenta los mismos criterios que para el grupo previo excepto que no tenían diagnóstico de HAS.

Los criterios de no-inclusión fueron: pacientes con enfermedades que alteraran la calidad de vida, con diabetes mellitus secundaria o cirugía reciente.

Los criterios de eliminación fueron: pacientes que durante el curso presentaran alguno de los criterios de no-inclusión, que rehusaran contestar el cuestionario y con menos del 80% de la información requerida.

Todos los pacientes firmaron la carta de consentimiento.

Análisis estadístico: Con distribución de frecuencia, media, mediana, moda y desviación estándar, de acuerdo a las escalas de medición para cada variable.

El análisis bivariado: para comparar las medianas del MOS SF 36 entre los diabéticos con y sin hipertensión, se harán mediante la prueba de U Mann Whitney entre los dos grupos.

El control de las variables de confusión se llevó a cabo mediante el análisis estratificado con la prueba de Mantel-Hanzell.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

RESULTADOS

Características de la población

Se estudiaron un total de 89 pacientes la mediana de edad fue de 50 años, la mínima y máxima de 32 y 68 años respectivamente, de los cuales 32 son del sexo masculino y del femenino 53 de los pacientes.

La distribución de los pacientes con hábitos de tabaquismo se encontró que el 65% (n=58) no fumaban, el 30% (n=27) con tabaquismo leve (menos de 10 cigarros al día) y el 3.37% (n=3) moderado (de 10 a 20 cigarros al día), sólo un paciente tenía tabaquismo severo (más de 21 cigarrillos al día).

De los 89 pacientes (43%) fueron hipertensos, el 71% tenían tratamiento farmacológico. De los 43 pacientes hipertensos la edad promedio fue de 47.7 años, mientras de los 46 pacientes sólo diabetes y sin hipertensión la edad promedio fue de 52 años.

En cuanto al tiempo de evolución de DM la mediana fue de 8.5 años (amplitud de 1 a 40 años). Los niveles de glucosa en ayuno el promedio fueron de 174 ± 68.6 mg/dl

La dislipidemia se presentó en 24 pacientes en el grupo con HAS y en 28 en el otro grupo; el antecedente de infartos del miocardio fue en 4 del grupo con HAS y en 9 pacientes del grupo con DM sin HAS; la claudicación se presentó en similar número de pacientes (n=16) en ambos grupos. Ninguna de las manifestaciones mencionadas incluyendo a la retinopatía y a la neuropatía tuvieron significancia estadística para ambos grupos (cuadro 1).

De acuerdo a la distribución por edades en los diferentes grupos de investigación encontramos en el grupo de HAS la edad promedio fue de 47 ± 8 años y en el grupo de DM sin HAS fue de 51 ± 10 años

En el cuadro 2 se muestran la correlación de la edad y MOS/SIP, sólo la edad y el MOS PS fue significativa con $P=0.028$.

Con relación a la calidad de vida de acuerdo a los dos grupos de pacientes (diabéticos y diabéticos con HAS) presentaron un MOS total en el grupo 1 la mediana fue de 47.64 y en el grupo 2 41.06 Obteniendo una $P=0.227$ no siendo significativa. Con respecto al SIP total el promedio para el grupo 1 y 2 fue de 44.09 y 44.95 respectivamente y con una $P=0.874$ resultando no significativa. Para la comparación de cada uno de los MOS y SIP los resultados se encuentran en el cuadro 3.

En el cuadro 4, se muestran los resultados de DM con y sin HAS, de ellos el SIP B mostró significancia estadística con la claudicación, retinopatía y neuropatía periférica y esta con el SIP total; mientras que con el MOS no se presentaron diferencias entre ambos grupos.

CONCLUSIONES

- No hubo diferencias significativas en los pacientes entre los grupos de DM con y sin HAS al aplicarse las escalas de MOS y SIP, esto probablemente sea debido a que el grupo de pacientes con DM y HAS son más jóvenes.

- Con la escala MOS sólo el ítem percepción de salud (PS) presentó significancia estadística al comparar ambos grupos de pacientes.

- La escala SIP sólo la dimensión psicosocial tuvo relación con algunas variables las cuales reflejan la repercusión crónica de la diabetes más que de la hipertensión arterial.

- Estudios prospectivos con mayor número de pacientes y en Unidades de Atención de Primer y Segundo nivel, son necesarios para confirmar los resultados en la población general afectada de DM con y sin HAS.

DISCUSION

Escalas Calidad de vida

Las escalas presentadas tratan de evaluar la calidad de vida en pacientes diabéticos con y sin hipertensión arterial; en este estudio se aplicaron las dos escalas, el MOS y SIP.

Se ha encontrado diferencia significativa en relación con MOS PS y edad al comparar ambos grupos, aunque esta diferencia se deba principalmente a que en el grupo de pacientes con DM con HAS se encontraban edades menores con respecto al grupo sin HAS, no siendo del todo concluyente, ya que los otros items del MOS no presentaron significancia estadística. Esto puede explicarse por lo siguiente: 1.- Los pacientes diabéticos e hipertensos son más jóvenes con un promedio de edad e 47 años en relación con 51 años. 2.- Es una población seleccionada puesto que éste hospital pertenece a un tercer nivel de atención. 3.- Los criterios de selección descartaron a los pacientes que presentaran enfermedades crónicas avanzadas tales como insuficiencia renal.

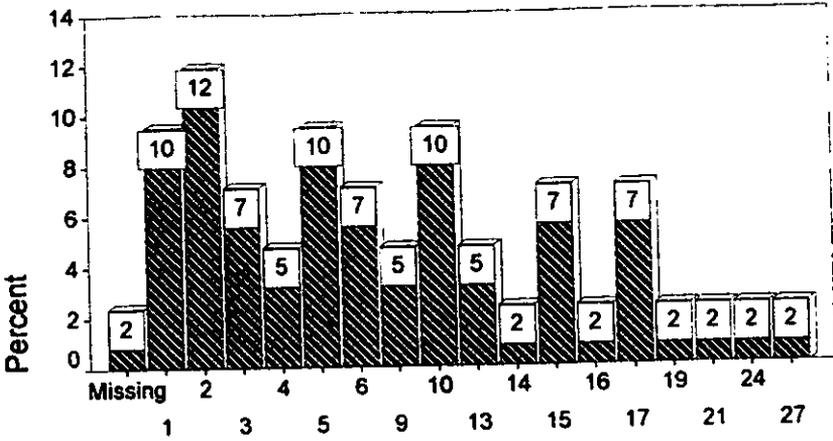
La escala del SIP DM sin HAS y DM con HAS tuvieron diferencias significativas al evaluar el aspecto de dimensión psicosocial(PS) del SIP cuando se comparó con claudicación, retinopatía y neuropatía periférica que son complicaciones crónicas de la diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Clasification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1997;20 1183-1197
- 2.- Currie C. The Epidemiology and Cost of Inpatient Care for Pheripheral Vascular disease, Infection neuropathy , and ulceration in Diabetes . *Diabetes Care* 1998; 21(1):42-48
- 3.- Harris M. Prevalence of Diabetes impaired fasting glucose. *Diabetes Care*.1998;21 (4): 518-24
- 4.- Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. SSA México 1993
- 5.- Zarate A. Diabetes mellitus in México. *Diabetes Care*. 1991; 14(7): suppl 3:672-675
- 6.- Anuario Estadístico de Servicios Médicos. Secretaria de Salud. 1996
- 7.- Mortalidad 1995. Contexto Actual y Aspectos Relevantes. Secretaria de Salud. México 1997.
- 8.- Boletín Epidemiológico Anual. Secretaria de Salud, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Comunitaria, México 1997.
- 9.- Otero F. La Diabetes mellitus en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista de Medicina Interna de México*. 1995 ; 2(1) : 8-14
- 10.- Otero F. Lugo A. Análisis de los Egresos Hospitalarios por Cetoacidosis y coma Diabético. *Revista de Medicina Interna de México*. 1997;13(1):10-14
- 11.- Otero G. Egresos Hospitalarios por Trastornos Circulatorios Periféricos en Diabetes Mellitus. *Revista de Medicina Interna de México* 1997; 13(4) :160-5
- 12.- Heras R. Diabetes Mellitus: Complicaciones Crónicas y Factores de Riesgo. *Revista Médica del IMSS* 1996;34 (6):449-55
- 13.- Gonzalez F. Diabetes e Infección. *Revista de Medicina Interna de México* 1996;12(1):42-46

- 14.- Garcia M. La Calidad de Vida en el paciente Diabético tipo 2 y Factores Relacionados. *Revista Médica del IMSS* 1995;33:293-8
- 15.-Gill TM. Feinstein A. A Critical Appraisal of the Quality of Quality- of-life Measurement. 1994;272: 619-26
- 16.- Meenan R; German P. The Arthritis Measurement Scales: Further Investigations of the Health Status Measure. *Arthritis Rheum* 1982; 25:1048-53
- 17.- Anderson R. A Comparison of Global Versus Disease-Specific Quality of life Measures in Patient with NIDDM. *Diabetes care* 1997; 20(3):299-305
- 18.- The Diabetes Control And Complications Trial Research Group. Influence of Intensive Diabetes Treatment on Quality -of -Life Outcomes in The Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care* 1996;19 (3):195-203
- 19.- Weir M. Antihypertensive Therapy and Quality of Life. Influence of Blood Pressure Reduction. Adverese events, and prior antihypertensive therapy. *Am J. Hypertens* 1996; 9: 854-59
- 20.- Salonen J. Hyperinsulinemia is Associated With Incidence of Hypertension and Dyslipidemia in Middle -Age Men. *Diabetes*. 1998;47:270-75
- 21.-Lipson LG. Special problems in Tratment of Hypertension in The Patients With Diabetes Mellitus. *Arch. Intern. Medicine* 1984;144: 1829-31
- 22.- Testa M. Measuring Quality of Life in Hypertensive Patients With Diabetes. *Postgraduate Medical Journal*. 1988;64 (suppl 3):50-8
- 23.- Ware J. The Most SF-36 lthem Short Form Healt -Survey (SF36). *Medical Care* 1992; 30 (6) 473-80
- 24.- Pérez R. Tesis: Validación de una Versión en Español del Instrumento MOS SF-36 Para Medir Calidad de Vida en Pacientes Hipertensos Mexicanos. 1998
- 25.- El sixth report of the joint national committe on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med* 1997;157:2413-45.

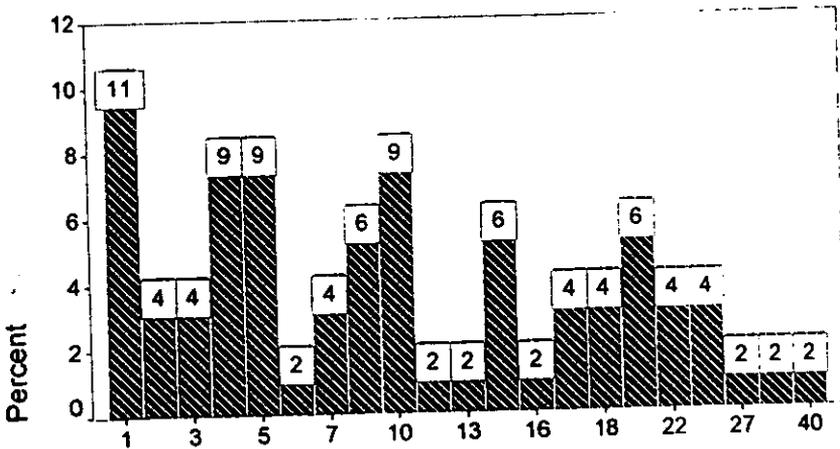
TIEMPO DE EVOLUCION DIABETICOS CON HAS



DMTIME

Tiempo en años

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE DIABETES EN PACIENTES SIN HAS

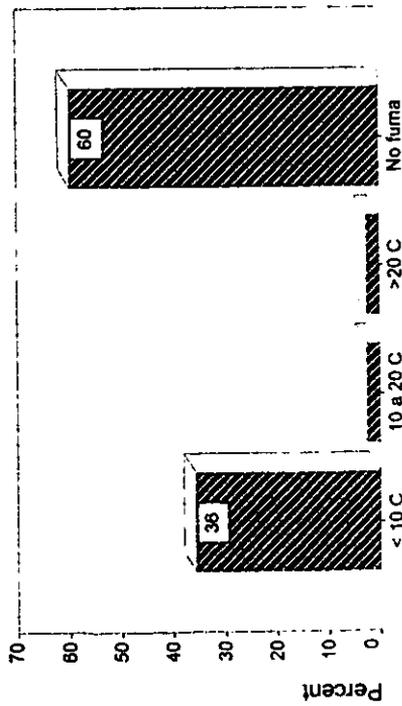


DMTIME

Tiempo en años

CONSUMO DE CIGARROS POR DIA

PACIENTES DIABÉTICOS CON HAS

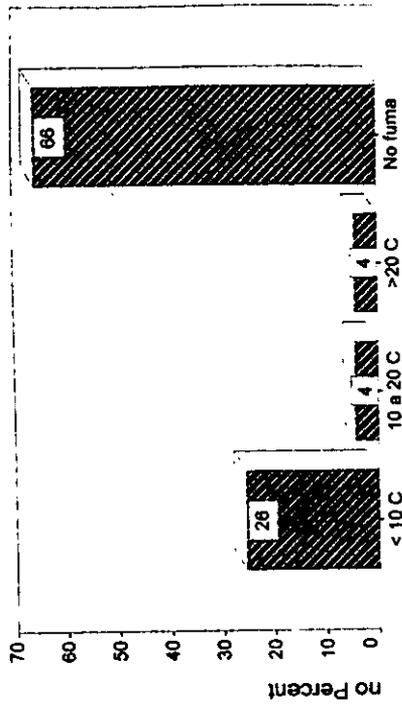


Tabaquismo

Graph

CONSUMO DE CIGARROS POR DIA

Pacientes diabéticos sin HAS



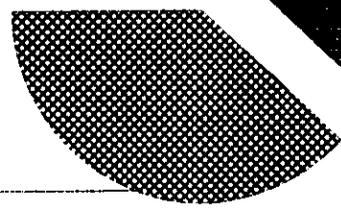
Tabaquismo

PRESENTACION DE DISLIPIDEMIAS PORCENTAJE DE DISLIPIDEMIAS

DIABETICOS CON HAS

si

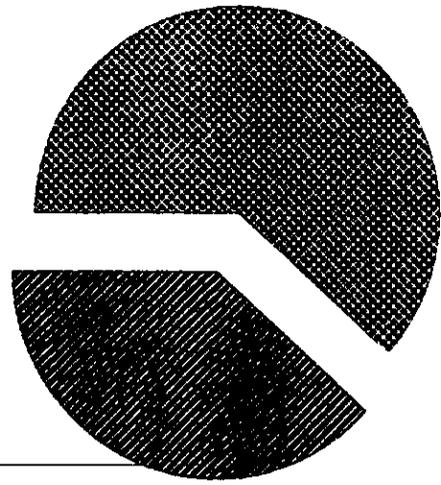
si



MILIGRAMOS POR DECILITRO

DIABETICOS SIN HAS

no



CUADRO 1

Comparación con las complicaciones secundarias de diabetes en los diferentes grupos de pacientes

	DM sin HAS	DM con HAS	P*
Dislipidemias	28	24	0.563
Infarto	9	4	0.164
Claudicación	16	16	0.491
Retinopatía	20	12	0.135
Neuropatía	25	20	0.338

*Prueba X²

Cuadro 2

Correlación de edad y MOS

	P*
Edad/ MOS PS	0.028
Edad/ MOS FF	0.326
Edad/ MOS LPF	0.245
Edad/ MOS FS	0.772
Edad/ MOS PD	0.076
Edad/ MOS SM	0.341
Edad/ MOS LPE	0.074
Edad/ MOS Total	0.157
Edad/ SIP A	0.074
Edad/ SIP B	0.842
Edad/ SIP C	0.451
Edad/ SIP Total	0.586

*Sperman

MOS

PS= Percepción de salud

FF= Función física

FS= Función social

SM= Salud mental

LPE= Limitación para problemas emocionales

PD= Dolor corporal

LPF= Limitación para problemas físicos

SIP

A= Dimensión física

B= Dimensión psicosocial

C= Sueño y descanso

Cuadro 3

Comparación de cada una de las evaluaciones de MOS y SIP en los diferentes grupos de pacientes

	DM sin HAS	DM con HAS	P*
MOS PS	43.85	45.21	0.801
MOS FF	45.51	43.39	0.696
MOS LPF	46.57	42.24	0.409
MOS FS	45.95	42.92	0.573
MOS PD	45.74	43.14	0.632
MOS SM	45.50	43.40	0.697
MOS LPE	45.54	43.36	0.673
MOS TOTAL	47.64	41.06	0.227
SIP A	45.01	43.94	0.894
SIP B	45.96	42.90	0.575
SIP C	46.07	42.74	0.547
SIP TOTAL	44.09	44.95	0.847

*U Mann Whitney

Cuadro 4

Comparación de evaluaciones con cada una de las variables con respecto a cada grupo de pacientes

	DM sin HAS	DM con HAS	P
SIPB/ Claudicación	51.44	40.34	0.048*
SIPB / Retinopatía	27.47	41.54	0.004*
SIPB / Neuropatía periférica	50.42	39.20	0.040*
SIP Total/ Neuropatía periférica	50.70	38.91	0.031*

* U Mann Whitney