



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN LA UMF No. 28
GABRIEL MANCERA DEL IMSS”**

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

QUE REALIZO PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO

EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. ADRIAN DOMINGUEZ LOPEZ

ASESOR

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.

UMF No. 28 “GABRIEL MANCERA DEL IMSS”

CIUDAD DE MEXICO, D.F. JULIO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ÍNDICE

I	RESUMEN	1
1	ANTECEDENTES	3
1.1	MARCO TEORICO	3
1.2	ANTECEDENTES ESPCÍFICOS	7
2	JUSTIFICACIÓN	17
3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
4	OBJETIVOS	19
4.1	OBJETIVO GENERAL	19
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
5	MATERIAL Y METODOS	20
	a) Tipo de estudio	20
	b) Ubicación espacio-temporal	20
	c) Estrategia de trabajo	20
	d) Muestreo	20
	e) Definición de la unidad de población	20
	f) Selección de la muestra	20
	g) Criterios de selección	20
	h) Criterios de inclusión	20
	i) Criterios de exclusión	21
	j) Criterios de eliminación	21
	k) Diseño de investigación	22
	l) Tamaño de la muestra	23
6	RESULTADOS	24
7	DISCUSIÓN	38
8	CONCLUSIONES	40
9	ANEXOS	41
10	REFERENCIAS	48

RESUMEN**TÍTULO:**

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN LA UMF No. 28 GABRIEL MANCERA DEL IMSS”.

DR. ADRIAN DOMINGUEZ LOPEZ*,DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO **.

*Residente de Segundo Año de la Especialidad de Medicina Familiar de la UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS.**Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS.

ANTECEDENTES: La Diabetes Mellitus es una enfermedad frecuente en los ancianos, ya que su prevalencia aumenta ostensiblemente con la edad. A los 75 años, aproximadamente el 20 % de la población la padece y el 44 % de los diabéticos tienen más de 65 años. No obstante, aunque deteriorada, la calidad de vida en los pacientes diabéticos es más favorable que en pacientes con otras enfermedades crónicas. El SF-12 es la versión corta del Short Form 36 Health Survey, que evalúa las dos dimensiones principales de la calidad de vida: salud física y mental.

OBJETIVO. Evaluar la calidad de vida en pacientes de la tercera edad con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en la UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS.

MATERIAL Y METODO. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. El presente estudio se realizó mediante la técnica de muestreo por cuotas de pacientes mayores de 60 años con Diabetes Mellitus Tipo 2 adscritos a la UMF No. 28 del IMSS, que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar, con la finalidad de evaluar su calidad de vida, de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario de identificación personal y un cuestionario de autoaplicación para valorar la calidad de vida SF – 12. Consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones del SF-36 Función Física (2), Función Social (1), Rol físico (2), Rol Emocional (2), Salud mental (2), Vitalidad (1), Dolor corporal (1), Salud General (1). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem.

RANGO: 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Para describir las características de la población en estudio de las variables paramétricas se calcularon sus medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar).

A los resultados de las variables en estudio que sean no paramétricas se les calculó porcentajes y razones. La información del cuestionario se almacenará en base al cuestionario diseñado en el programa estadístico SPSS V. 18.

RESULTADOS.

La edad predominante fue de 66 a 70 años en el 48.94% de los pacientes estudiados. El género más afectado fue el masculino en el 52.13% de los pacientes estudiados. El tiempo de evolución más frecuente de la enfermedad fue 10 o más años en el 37.23% de los pacientes estudiados. Referente a la esfera de salud general encontramos una media de 36.97 ± 11.53 en los pacientes en estudio. Respecto a la esfera de función física encontramos una media de 37.89 ± 9.51 en los pacientes estudiados. En cuanto al rol físico se encontró una media de 22.51 ± 3.29 en los pacientes estudiados. En cuanto al dolor corporal encontramos una media de 30.50 ± 12.86 en los pacientes en estudio. Respecto a la esfera de vitalidad encontramos una media de 36.35 ± 14.36 en los pacientes en estudio. En cuanto al rol emocional se encontró una media de 43.10 ± 10.11 en los pacientes estudiados. En lo que respecta a la salud mental encontramos una media de 37.99 ± 13.41 en los pacientes estudiados. Referente a la esfera de función social se encontró una media de 14.62 ± 2.94 en los pacientes en estudio.

CONCLUSIONES. Se ha identificado que la edad aumentada es un factor que predice un componente físico de la calidad de vida disminuido. Una explicación para este hallazgo podría estar relacionada con la experiencia del anciano y su grado de insatisfacción a un nivel de discapacidad dado.

PALABRAS CLAVES: Tercera edad, Diabetes Mellitus tipo 2, Calidad de Vida, SF-12.

SUMMARY**TITLE:**

"QUALITY OF LIFE IN OLDER PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS TREATED IN THE UMF No. 28 Gabriel Mancera IMSS."

DR. ADRIAN DOMINGUEZ LOPEZ *, DR. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO **.

* Second Year Resident of the Specialty of Family Medicine at UMF No. 28 Gabriel Mancera IMSS. ** Clinical Coordinator of Education and Health Research. UMF No. 28 Gabriel Mancera IMSS.

BACKGROUND: Diabetes mellitus is a common disease in the elderly, as its prevalence increases markedly with age. At age 75, approximately 20% of the population suffers it, and 44% of diabetics are over 65 years. However, although damaged, the quality of life in diabetic patients is more favorable than in patients with other chronic diseases. The SF-12 is the short version of the Short Form 36 Health Survey, which assesses the two major dimensions of quality of life: physical and mental health.

OBJECTIVE. To Assess the quality of life for older patients with type 2 diabetes treated at the UMF No. 28 Gabriel Mancera IMSS.

MATERIALS AND METHODS. We performed an observational, descriptive, transversal and prospective study. This study was done by quota sampling technique in patients older than 60 years with Type 2 Diabetes Mellitus assigned to the UMF No. 28 of the IMSS, who attended at the outpatient of Family Medicine, in order to assess their quality of life, according to inclusion criteria. Data collection was performed by applying a questionnaire of personal identification and a SF - 12 self-administered questionnaire to assess the quality of life. It consists of 12 items from the 8 dimensions of SF-36: Physical Function (2), Social Function (1), Physical Role (2), Emotional Role (2), Mental Health (2), Vitality (1), Body Pain (1), General Health (1). Response options are Likert-type scales that assess intensity or frequency. The number of response options ranging from three to six, depending on the item.

RANGE: 0 (worst health status for that dimension) to 100 (best health).

STATISTICAL ANALYSIS. To describe the population characteristics of the study parametric variables were calculated their measures of central tendency (mean) and dispersion (standard deviation).

The results of the study variables which are non-parametric was calculated percentages and ratios. The questionnaire data is stored based on a questionnaire designed in SPSS V. 18.

RESULTS.

The predominant age was 61 to 70 years in 59.57% of the patients studied. The most affected gender was male in 52.13% of the patients studied. The most common time of evolution of the disease was 1 to 10 or more years at 68.08% of the patients studied. Predominance of noninsulin patients 80.85%. Regarding the area of general health, we found a mean of 36.97 ± 11.53 in the patients studied (17 patients had quality of life). Regarding the field of physical function, we found a mean of 37.89 ± 9.51 in the studied patients (8 patients had quality of life). As for the physical role, a mean of 22.51 ± 3.29 was found in the studied patients. As for the bodily pain, a mean of 30.50 ± 12.86 was found in patients under study (7 patients had quality of life). With respect to the sphere of vitality, we found a mean of 36.35 ± 14.36 in the studied patients (17 patients had quality of life). With respect to mental health we found an average of 37.99 ± 13.41 in the studied patients (30 patients had quality of life). Regarding the area of social function was a mean of 14.62 ± 2.94 in patients in the study (there was no quality of life).

CONCLUSIONS. It has been found that the increased age is one factor that predicts a physical component of decreased quality of life. One explanation for this finding could be related to the experience of the elderly and their degree of dissatisfaction to a given level of disability.

KEYWORDS: Elderly, Type 2 Diabetes Mellitus, Quality of Life, SF-12.

1. ANTECEDENTES

1.1. MARCO TEORICO

Tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o simplemente empleando el uso de indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población. Sin embargo, existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual en función de la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud.

A pesar del uso de estas medidas epidemiológicas de morbilidad y mortalidad, a partir de los años setenta del siglo pasado surgen los índices de calidad de vida, y su mayor desarrollo fue en los años ochenta, aunque su concepción data de las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea; y su estudio constituye un terreno donde diversas ciencias aportan sus enfoques y permiten un abordaje de forma multidimensional.

Estos nuevos instrumentos o escalas en sus inicios miden el estado funcional de los pacientes con enfermedades crónicas, (cáncer, cardiopatías, etc.).

En la actualidad, estos índices permiten evaluar aspectos técnico-médico relacionados con la atención y cuidado del paciente. Asimismo, representan una variable de resultado en diversos tipos de estudios, pero especialmente en ensayos clínicos, en el análisis costo/beneficio y otros análisis económicos que son de utilidad para la gestión hospitalaria. Además, estos índices caracterizan el soporte social que recibe el paciente y han facilitado generar el tipo de apoyo o soporte psicológico que requiere un paciente y en gran medida se utilizan en los análisis de sobrevida ⁽¹⁾.

Finalmente, si en las últimas dos décadas del siglo XX los ensayos clínicos realizados bajo la normativa de la buena práctica clínica han constituido el paradigma de la investigación clínica y la fuente principal de evidencia médica para los clínicos y los evaluadores sanitarios, la investigación de resultados de salud, con sus estudios pragmáticos aplicados a la vida real, parece llamada a ocupar un papel preponderante en la investigación biomédica y la toma de decisiones sanitarias durante el siglo XXI ⁽²⁾.

El término “calidad de vida” empezó a utilizarse a principios de la década de 1960, como una reacción a los criterios economicistas y de cantidad que rigen en los llamados “informes sociales” o estudios de calidad de vida. Desde una perspectiva semántica, Fernández Ballesteros indicó que el concepto de calidad se refiere a ciertos atributos o características de un objeto particular, mientras que el de calidad de vida es más amplio y envuelve a los seres humanos, donde aparece el primer y fundamental problema de conceptualización. El término no tiene sentido si no es en relación con un sistema de valores. Analizar la calidad de vida de una sociedad significa alcanzar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y que tienen de su existencia en una determinada sociedad, lo que implica conocer cómo viven y qué expectativas de transformación de estas condiciones desean, además de evaluar el grado de satisfacción que consiguen ⁽³⁾.

El propósito fundamental de la utilización y medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica. Así mismo, se pueden aportar datos adicionales sobre las diferentes enfermedades, aparte de las medidas clínicas tradicionales (morbimortalidad) ⁽⁴⁾.

Diabetes Mellitus en el anciano

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen la principal causa de muerte en los ancianos, así como su problema de salud más significativo, en ellas se halla el origen de la mayor parte de las discapacidades que padecen nuestros longevos. Los adultos mayores tienen una constelación de problemas de salud distintos a las de las personas jóvenes, y es la pluripatología un rasgo característico de este grupo o segmento poblacional ⁽⁵⁾.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), es considerada en la actualidad como una pandemia de enormes proporciones por su magnitud ascendente, pero también por el alto costo social y económico, que ocasiona no solo daño a la salud física, sino que afecta la salud mental de quien la padece. Por su característica de cronicidad repercute en la Calidad de Vida (CV) del paciente y de los familiares cercanos. En la actualidad, México ocupa el noveno lugar mundial en la prevalencia de diabetes y para el 2025 se proyecta que ocupará el séptimo lugar, la DM2, es la tercera causa

de mortalidad general desde 1997, y la primera causa de mortalidad en los grupos de 45 a 65 años de edad ⁽⁶⁾.

México ocupa el noveno lugar mundial en la prevalencia de diabetes y para el 2025 se proyecta que ocupará el séptimo lugar, la DM2 es la tercera causa de mortalidad general desde 1997 y la primera causa en los grupos de 45 a 65 años de edad.

De acuerdo con los datos de la Secretaría de Salud, el 10.75% de personas de 20 a 69 años, tiene algún tipo de DM2, lo que equivale a una población de más de 5 millones y medio de personas con la enfermedad, de los cuales el 65% son mujeres y 35% hombres.

Cada hora, la DM2 provoca la muerte de cinco personas en México. La perspectiva futura señala que se mantendrá la tendencia a incrementar su incidencia y tiene como factor de riesgo la obesidad asociado a la edad; los pacientes viven en promedio 20 años con la enfermedad, la cual con el transcurso del tiempo y el bajo control metabólico, ocasiona estragos a la salud física y con ello, disminuye considerablemente la calidad de vida del paciente ⁽⁷⁾.

La perspectiva futura señala que se mantendrá la tendencia incremental en la prevalencia e incidencia de la enfermedad, teniendo como factor de riesgo a la obesidad asociado al aumento de índice de masa corporal y a la edad; los pacientes viven en promedio 20 años con la enfermedad, la cual con el transcurso del tiempo y el bajo control metabólico, ocasiona estragos a la salud física y con ello, disminuye considerablemente la calidad de vida del paciente. Como enfermedad crónica se presenta con graves desenlaces, entre los que sobresalen la insuficiencia renal crónica, daño cardiovascular, ceguera resultante de la retinopatía diabética, neuropatía, invalidez y en el peor de los casos, muerte prematura, no obstante, la DM2, ha sido atendida de manera predominantemente médica, sin considerar de forma sistemática, factores psicosociales entre las que se encuentra la CV ⁽⁶⁾.

Relación Diabetes Mellitus-Calidad de vida

La Diabetes Mellitus es una enfermedad cuyo tratamiento requiere seguir de por vida una determinada cantidad de acciones y cuidados que exigen un reajuste sistemático. Estos reajustes son particularmente difíciles en pacientes de edad avanzada. La persona más importante en el tratamiento de la diabetes es el paciente mismo. La diabetes Mellitus exige la capacidad del enfermo (o quien lo asiste) para cumplir con un programa de tratamiento relativamente complejo, que incluye

precauciones en el tratamiento de jeringas, agujas, frascos, ámpulas, medir su glucemia por métodos de autocuantificación en el hogar, así como el consumo de una dieta adecuada con un aporte puntual de alimentos, entre otras exigencias ⁽⁸⁾.

En el paciente diabético la calidad de vida está relacionada con el control metabólico, el que a su vez, depende de múltiples factores psicosociales y conductuales. En el paciente geriátrico, en particular, a la depresión, la ansiedad y los sentimientos de indefensión, frecuentes en esta edad, se suman temores por su condición de diabético, lo que puede incidir negativamente en su estado psíquico y conducirlo al descontrol metabólico ⁽⁹⁾.

Si no se mejoran las condiciones sociales y de la calidad de vida, y sin los avances tecnológicos, no puede haber mejoramiento en la salud. La calidad de vida está determinada por una mejor alimentación, vivienda y escolaridad. El reto actual no consiste en incrementar la cantidad de años de vida de los mexicanos, sino mejorar su calidad de vida. Esta mejoría depende de diferentes factores, entre los que intervienen servicios de salud, desarrollo de ciencia y tecnología, formación de recursos humanos, capacitación, mejores prestaciones para los jubilados, mejorar el estilo de vida, entre otros. Se considera que el adulto mayor tiene buen nivel de bienestar cuando es capaz de frenar los cambios que ocurren en su organismo y medio social, con un grado de adaptación adecuado y satisfacción personal ⁽³⁾.

1.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS:

La Diabetes Mellitus es un padecimiento crónico que se caracteriza por una alteración en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos. La prevalencia de DM2 en los adultos a nivel nacional es de 7% (mujeres 7.3% y hombres 6.5%). Es la causa más importante de amputación de miembros inferiores, de origen no traumático, así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal, y un factor de riesgo cardiovascular. Los costos económicos asociados representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes y sus familias ⁽¹⁰⁾.

Epidemiología de la Diabetes Mellitus

La mayoría de los países han experimentado un aumento de la prevalencia de diabetes en las últimas décadas como consecuencia de un incremento de la prevalencia de los factores de riesgo por un lado y del perfeccionamiento de los métodos de diagnóstico por el otro. Esta enfermedad pasó del lugar 29 como causa de carga de la enfermedad en el mundo en el 1990, año en el que aportó el 1.1 del total de los años vividos con discapacidad, al lugar 20 en el año 2000 con un aporte del 1.4.

La encuesta nacional de factores de riesgo mostró un aumento de la prevalencia de la diabetes tipo 2 con la edad, especialmente después de los 45 años en las mujeres y de 55 en los hombres, así como que 63 % de todos los casos de diabetes debutaron entre los 40 y 70 años. Si se tiene en cuenta que el mismo estudio evidenció que alrededor de 95 % de los casos de diabetes se corresponden con diabetes tipo 2, se puede perfectamente explicar el incremento del impacto de la morbilidad sobre la esperanza de vida con la edad ⁽¹¹⁾.

Epidemiología de Diabetes Mellitus tipo 2 en el anciano

La Diabetes Mellitus es una enfermedad frecuente en los ancianos, ya que su prevalencia aumenta ostensiblemente con la edad. A los 75 años, aproximadamente el 20 % de la población la padece y el 44 % de los diabéticos tienen más de 65 años.

A estas cifras contribuye el envejecimiento de la población mundial, pues las estadísticas reflejan que para mediados del siglo XXI el 16 % de la población mundial será anciana, lo que contrasta con el hecho de que en 1950 solamente el 5 % alcanzaba los 65 años.

Datos epidemiológicos recientes señalan que la DM2 es la quinta enfermedad más frecuente en la senectud, tras la artrosis, la hipertensión arterial, las cataratas y las enfermedades cardiovasculares.

La edad avanzada predispone a padecer DM2 debido a varios factores:

- Disminución de la actividad física.
- Aumento del tejido adiposo.
- Disminución de la secreción de insulina.
- Aumento de la resistencia a la insulina.
- Ingesta, por enfermedades coexistentes, de fármacos, tales como: diuréticos, esteroides, fenitoína, niacina, efedrina, entre otros, que son hiperglucemiantes ⁽¹²⁾.

Presentación y manifestaciones de la Diabetes Mellitus en ancianos

Pueden presentar incontinencia urinaria, pérdida de peso y debilidad. La pérdida de peso puede reflejar pérdida de glucosa, así como ingesta deficiente debido a la anorexia. La disminución de la percepción de la sed en los ancianos y la polidipsia es menos dramática. Los ancianos diabéticos pueden presentar características atípicas como ortostasis, inestabilidad y confusión.

Se han descrito varios síndromes específicos en los ancianos diabéticos

- 1) Periartritis dolorosa de hombro: ha sido vista en el 10% de los pacientes con limitación moderada a severa del movimiento en la articulación glenohumeral.
- 2) Amiotrofia diabética: se compone de debilidad asimétrica, dolor y atrofia de los músculos de la cintura pélvica y los músculos del muslo con un mínimo de cambios sensoriales. Esta condición es transitoria con resolución espontánea dentro de un año.
- 3) Caquexia diabética neuropática: los ancianos diabéticos presentan neuropatía periférica dolorosa, pérdida dramática de peso y depresión. Esto también es atenuando dentro de un año.
- 4) Dermopatía diabética: los ancianos diabéticos se pueden presentar con bulas epidérmicas de los pies. Resuelve espontáneamente.
- 5) El aumento de la frecuencia de depresión, ansiedad y olvido también se ha reportado en los pacientes ancianos con Diabetes Mellitus.
- 6) La combinación de disminución de la masa muscular, disminución del flujo de sangre periférica, alta superficie en relación a la masa corporal y deficiencias del sistema nervioso autónomo hace que los pacientes ancianos con Diabetes Mellitus sean más propensos a la hipotermia.

- 7) La necrosis papilar renal es común en los diabéticos ancianos pero se presenta sin dolor en el flanco o fiebre alta.
- 8) Los diabéticos ancianos sobre todo aquellos en hogares de ancianos tienen un alto riesgo de tuberculosis.
- 9) Infecciones serias, como la otitis externa maligna debido a *Pseudomonas aeruginosa* o fascitis necrotizante plantar polimicrobial pueden ocurrir en ancianos diabéticos ⁽¹³⁾.

Patogenia de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el anciano

En la patogenia de la forma clásica, se acepta que la mayoría de los ancianos tienen una alteración en la secreción insulínica y en la sensibilidad periférica a la misma.

Este proceso tiene 3 fases:

1. Resistencia a la insulina, lo que obliga a la célula beta a aumentar su producción de insulina en un intento compensatorio para lograr vencer esta resistencia.
2. De forma progresiva las células beta sufren una disfunción secretora, lo que condiciona la aparición de glucemias en ayuna alteradas, sin llegar estas al rango diabético.
3. Las células fracasan en su producción de insulina y sufren procesos como, apoptosis y muerte celular.

Es decir, con el paso de los años, se desarrollan alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, con un incremento de la glucemia en 10 mg/dL tras la sobrecarga oral de glucosa, lo cual ocurre a partir de la cuarta década de la vida y se produce con independencia del fenotipo o los hábitos de vida. La causa de este fenómeno es una alteración de la segunda fase de la secreción de insulina y/o una disminución de la captación de glucosa mediada por esta hormona; así, es destacable el hecho de que en ancianos sanos se ha encontrado una disminución de los principales receptores para glucosa en el músculo y el tejido adiposo (GLUT 4) ⁽¹²⁾.

En cuanto a la glicemia en ayunas, es conocido desde mucho tiempo que se incrementa en las personas de edad, en comparación con los adultos más jóvenes. Su extensión es individual. Además, la tolerancia a la glucosa se deteriora con la edad, la curva del nivel de glucosa en sangre después de la ingesta de glucosa es de tipo diabético en numerosos casos. Recientemente, un estudio detallado ha

confirmado el aumento de la glicemia en ayunas y el empeoramiento dependiente de la edad de la tolerancia a la glucosa. Este empeoramiento puede atribuirse en parte al factor de la edad, también a la prevalencia del tejido adiposo, el estilo de vida sedentario y la secreción de insulina reducida ⁽¹⁴⁾.

Complicaciones de Diabetes Mellitus en el anciano

En la población diabética, después de 6 años de diagnosticada, casi 9 de 10 personas experimentan por lo menos 1 resultado adverso ⁽¹⁵⁾.

La retinopatía, microangiopatía, neuropatía y nefropatía se desarrollan más rápido en ancianos diabéticos con pobre control glicémico. La mortalidad y morbilidad cardíaca son más altas en las personas con hemoglobina glicosilada elevada. La Diabetes Mellitus en los ancianos también está asociada con función ventricular y estructura izquierda anormal. Los pacientes mayores con diabetes tipo 2 también corren un mayor riesgo de accidentes cerebrovasculares. El pobre control glicémico contribuye al desarrollo de retinopatía y progresión en los ancianos. Además de un mayor riesgo de retinopatía, los diabéticos mayores también corren un riesgo mayor para ceguera por cataratas, degeneración macular y glaucoma que los pacientes diabéticos más jóvenes ⁽¹³⁾.

En el estudio de Heydari la nefropatía fue reportada en 10%, neuropatía en el 52%, retinopatía en 6%, hipertensión en el 58.5% e hiperlipidemia en 73.5% de los pacientes. Hay estudios adicionales que evaluación la prevalencia de estas complicaciones crónicas; Harrzallah F et al. Encontró la neuropatía en el 24%, nefropatía en 13%, retinopatía 8% e hipertensión en 22% de los pacientes diabéticos. En otro estudio realizado por Weerasuriya en pacientes diabéticos de Sri Lanka, la neuropatía estuvo presente en el 25.1%, nefropatía en 29%, retinopatía en 15% e hipertensión en 23% ⁽¹⁶⁾.

Las tasas de mayor morbilidad cardiovascular y renal en pacientes con DM2 han sido bien documentadas, pero menos información está disponible para otras complicaciones.

Berioni et al también demostraron que las complicaciones de la extremidad inferior, incluyendo gangrena, amputación e infección de extremidad inferior (celulitis y linfangitis), causaron una morbilidad significativa entre los pacientes con DM2 en una muestra de 5% de Medicare de 1994 a 1996 ⁽¹⁷⁾.

Diabetes y calidad de vida

Las personas con diabetes experimentan distintos síntomas, como orinar frecuentemente, piel seca, picazón en la piel, heridas que sanan lentamente, visión borrosa, sensación de hambre continua, cansancio, debilidad, pérdida de peso, infecciones de la piel, y adormecimiento de los pies entre otros.

La Diabetes Mellitus tipo 2 no insulino dependiente, es una enfermedad crónica que supone en mayor o menor medida un impacto en la vida del sujeto y una ruptura en su comportamiento habitual y estilo de vida cotidiano. Dichos cambios suelen ir en detrimento de la calidad de vida del paciente, entendida como la percepción personal de un individuo a cerca de su situación de vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses ⁽¹⁸⁾.

Una intervención intensiva sobre el estilo de vida dieta hipocalórica, baja en grasa, ejercicio físico (al menos dos horas y media por semana) y un programa de sesiones educativas es más efectivo que metformina en la prevención de diabetes.

El paciente con prediabetes, debe integrarse a un programa de prevención primaria de “cambio de estilo de vida”, el cual debe contener:

- Técnicas de modificación de conducta
 - Técnicas de mantenimiento del cambio
 - Apoyo emocional
 - Terapia Médica Nutricional.
 - Actividad física, hasta no menos de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada, al menos 5 días a la semana.
 - Y lograr una reducción moderada de peso (5% a 10% de su peso actual)
- ⁽¹⁹⁾.

Definición de calidad de vida

El término calidad de vida se refiere al bienestar físico, emocional y social de las personas, así como a la capacidad de las mismas para desenvolverse y desarrollar las tareas típicas de la vida cotidiana. La calidad de vida relativa a la salud se centra en los aspectos de nuestra vida dominados o influenciados significativamente por la salud personal y en las actividades que realizamos para mantener o mejorar dicha salud. Existen otras definiciones de la calidad de vida relacionada con la salud. Bulpit la define como “el grado subjetivo de bienestar atribuible o asociado a la carencia de síntomas, el estado psicológico y las

actividades que se desea realizar”. Algunos autores, como Kind, equiparan la CVRS (erróneamente y de manera simplificada) con el concepto de estado de salud (aunque considerado en un sentido amplio) ⁽²⁾.

Variables que afectan a la calidad de vida relacionada con la salud

Existen diversas variables que pueden afectar a la percepción que un sujeto tiene sobre su calidad de vida. Algunas de ellas son el sexo (entre otras cosas, por la distinta tolerancia al dolor), la edad (por el deterioro del organismo y la pérdida de movilidad y autonomía), el estado civil (por su relación con aspectos de apoyo social y sentimental), la educación (por diferencias en las escalas de valoración social y su relación con el nivel socioeconómico), el nivel socioeconómico (por la capacidad de acceso a la salud), el hábitat rural o urbano (por la influencia ambiental del estrés, el ruido y la contaminación), las alteraciones del estado de ánimo (especialmente la depresión) y las alteraciones cognitivas (por la merma para valorar la realidad).

También se ha observado que la experiencia previa con la enfermedad permite a los sujetos tener percepciones más realistas sobre el estado de salud actual ⁽²⁾.

Calidad de vida en Diabetes Mellitus

No obstante, aunque deteriorada, la calidad de vida en los pacientes diabéticos es más favorable que en pacientes con otras enfermedades crónicas. Se ha encontrado que la duración y el tipo de diabetes no se asocian constantemente con la calidad de vida, y que a diferencia de otras enfermedades de este tipo, el tratamiento intensivo no deteriora la calidad de vida, es decir, un mejor control de la glicemia se asocia a una calidad de vida más favorable. En este tipo de trastorno, son las complicaciones de la diabetes el determinante más específico de la calidad de vida ⁽¹⁸⁾.

El paciente diabético percibe más deteriorada sus capacidades de cuidado personal, las actividades cotidianas, la presencia de dolor, de ansiedad y depresión ⁽⁷⁾.

La autopercepción de la CVRS en los pacientes diabéticos tipo 2 y según lo recogido en investigaciones previas, está afectada negativamente. Esta alteración en la CVRS, se ha objetivado con diferentes cuestionarios y en diferentes poblaciones de pacientes diabéticos, haciendo hincapié en la presencia de complicaciones.

Comparando los resultados de Hervás con los de la población española de referencia, se puede observar que el grupo de pacientes DM2 tiene una peor percepción en su CVRS, sobre todo en los conceptos de salud “Función Física”, “Salud General”, “Función Social” y “Rol Emocional”. Los pacientes diabéticos tienen una puntuación media inferior a la población general en todos los conceptos de salud, salvo en los apartados “Rol físico”, “Vitalidad” y “Salud Mental”. Otros conceptos de salud (“Rol Físico” “Vitalidad” y “Salud mental”) se encuentran igualados a los valores poblacionales ⁽⁴⁾.

Algunos estudios han buscado la relación entre calidad de vida y diabetes. Un ejemplo es el reportado por Velarde en 100 pacientes con diabetes tipo 2, donde se determinó la relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad, descontrol metabólico, enfermedades asociadas, complicaciones tardías y calidad de vida en primer nivel de atención. Encontró que el impacto de las complicaciones presentó moderada afección en la CV por la presencia de las complicaciones tardías de la diabetes, seguidas del descontrol metabólico, el tiempo de evolución y las enfermedades asociadas ⁽⁶⁾.

En la serie de Mena, las personas diabéticas, además de un peor estado general de salud y menos vitalidad, muestran puntuaciones inferiores en dos escalas físicas, función física y dolor corporal, así como en el Score de Componente Físico; en otras palabras, en la población de Mena, las principales diferencias entre ambos grupos residen en las dimensiones físicas del concepto multidimensional de calidad de vida relacionada con la salud. Al igual que en el Medical Outcomes Study, la puntuación en la escala de salud mental en la serie de Mena es similar en individuos con y sin DM2; los autores que han detectado puntuaciones menores en dicha escala entre los diabéticos lo han atribuido a la alta prevalencia de depresión en estos pacientes. Por otra parte, mientras que en diversas poblaciones se ha descrito que la DM2 frecuentemente se asocia a una reducción de la vida social, con menores puntuaciones en la escala de función social, Mena no ha revelado que la DM2 conlleve un deterioro de los aspectos sociales de la CVRS ⁽¹⁹⁾.

Al compararse con población sana, los pacientes con diabetes tienen más afectadas las dimensiones de salud general, dolor corporal, rol físico y función física. Dado que todos ellos son componentes fundamentalmente relacionados con la salud física, los programas de educación para la salud podrían incidir favorablemente en la calidad de vida de estos pacientes mediante la adquisición de conocimientos acerca

de la enfermedad y la consolidación de hábitos y estilos de vida que favorezcan sus actuales condiciones de salud. Lo anterior puede promover estrategias de afrontamiento más adecuadas que potencien la autonomía y favorezcan la adaptación y adherencia al tratamiento, todos ellos aspectos muy importantes en los pacientes con Diabetes Mellitus, dada la respuesta favorable de la enfermedad a cambios en los hábitos y estilos de vida ⁽¹⁸⁾.

El SF-12 como instrumento de medición de la calidad de vida

Un interrogante esencial que se concibe desde la epidemiología se relaciona con la medición de un evento, y especialmente en la forma de cómo se mide y la capacidad que tiene una prueba o test para detectar realmente a quienes están afectados. Desde esta perspectiva se han realizado comparaciones entre estas pruebas en diferentes poblaciones, y han mostrado concordancia en su estimación ⁽¹⁾.

El SF-12 es la versión corta del Short Form 36 Health Survey, que fue desarrollado en el marco del Estudio de Resultados Médicos (MOS). Usando 12 elementos el SF-12 evalúa las dos dimensiones principales de la calidad de vida: salud física y mental. Estas dimensiones reflejan ocho sub-dimensiones: funcionamiento físico (PF, dos ítems), rol físico (RP, dos ítems), dolor corporal (BP, un ítem), la salud general (GH, un ítem), vitalidad (VT, un ítem), funcionamiento social (SF, un ítem), rol emocional (RE, dos ítems) y salud mental (MH, dos ítems). Los ítems muestran diferentes niveles de escala: categorías de dos, tres, cinco o seis respuestas. De acuerdo con el modelo de prueba teórica, las primeras cuatro sub-dimensiones y sus seis elementos son indicadores del componente de salud física (PC), y los seis puntos de las últimas cuatro sub-dimensiones son indicadores del componente de salud mental (MC), respectivamente. Usando indicadores ponderados específicos de ítem, pueden ser calculadas las puntuaciones globales para la salud física (PSS) y mental (SMS). Las puntuaciones transformadas del SF-12 son estandarizadas de 0 a 100. Los valores más altos representan una mayor calidad de vida. En contraste con el SF-36, el cálculo de ocho puntuaciones de sub-dimensiones no es posible con el SF-12.

Debido a que el algoritmo de los 12 ítems necesita ser completado a fin de calcular las puntuaciones resumen de salud física y mental. Con el SF-12 esto a menudo conduce a los valores perdidos en las dimensiones principales ⁽²⁰⁾.

Los resultados del SF-12 pueden ser reportados como dos puntuaciones sumarias: la puntuación sumaria del componente mental (MCS) y la puntuación sumaria del componente físico (PCS). Estas puntuaciones de los componentes se construyen usando valores normativos donde la puntuación media es de 50 y la desviación estándar de las puntuaciones es de 10. Los valores normativos más utilizados se recogieron en los Estados Unidos en 1990 (para la versión 1) y 1998 (para la versión 2) ⁽²¹⁾.

El SF-12, además de ser una alternativa del SF-36 cuando el tamaño de la muestra es grande, tiene como principal ventaja su brevedad (puede ser administrado en dos minutos). Su fácil manejo le ha ido generando adeptos, y en el caso concreto de la Diabetes Mellitus se ha usado para el estudio del impacto diagnóstico, de los resultados clínicos, de las complicaciones asociadas y del tratamiento.

La interpretación de los resultados del cuestionario SF-12v2 requiere valores de referencia poblacionales para identificar desviaciones en las puntuaciones, de individuos o grupos de individuos, según los esperados para su edad y sexo, y establecer así diversos objetivos clínicos, terapéuticos, etc. Actualmente no se dispone de valores de referencia del SF-12v2 para la población general española. No obstante, tanto los autores originales como los que han validado el cuestionario al español, recomiendan el uso de la versión española 2.0 (SF-12v2). Esta nueva versión ofrece una serie de mejoras, como son el incremento en el número de opciones de respuesta en algunos ítems (lo cual supone una información más completa) y la mejor redacción de algunos ítems y de las instrucciones (que facilita la comprensión del cuestionario), y además ofrece una mejor comparabilidad entre las diferentes adaptaciones transculturales del cuestionario. Del mismo modo que no existen valores de referencia para la población general española del SF-12v2, tampoco existen valores para la población diabética española ⁽²²⁾.

Ware et al. Encuentra que la función física, rol físico y dolor corporal se correlacionan más altamente con el score sumario físico y la salud mental, rol emocional y el funcionamiento social más altamente correlacionada con el score sumario mental, y la vitalidad, la salud general y el funcionamiento social tienen una correlación relativamente alta con los dos componentes. Sin embargo, varios estudios han demostrado que el elemento de vitalidad tiene una correlación más alta con el score sumario físico que con el score sumario mental. Se argumenta que esto

podría deberse a las diferencias culturales entre personas de diferentes países o, simplemente, que puede ser producido por problemas de traducción.

Además, se ha informado de que incluso la traducción de conceptos tales como el funcionamiento social podría ser difícil en algunas culturas. Como indica Ware el punto empírico más importante que debe tenerse en cuenta es el hecho de que las escalas con mayor carga en el componente físico son más sensibles al tratamiento que la morbilidad del cambio físico, mientras que las escalas de carga más alta en el componente mental responden a los medicamentos y terapias que se dirigen a la salud mental ⁽²³⁾.

2. JUSTIFICACIÓN

El impacto de las enfermedades crónicas y sus tratamientos tradicionalmente se han evaluado en términos de morbilidad y mortalidad, sin embargo, en los últimos años se ha despertado el interés de los clínicos e investigadores por evaluar la calidad de vida de las personas, debido a que ésta es una importante variable de resultado de las intervenciones del cuidado de la salud. Por otra parte, la calidad de vida es un elemento considerado en la toma de decisiones sobre la implementación de formas de cuidado de salud y asignación de recursos para el sistema de salud.

La calidad de 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.

Se sabe relativamente poco acerca de cómo la diabetes afecta la calidad de vida de las personas, debido a que este concepto difiere en su definición y en la forma de medirlo. Estudios llevados a cabo en Estados Unidos de Norteamérica señalan que las personas con diabetes experimentan una pobre calidad de vida, con respecto a individuos saludables, el área más afectada ha sido el rol de funcionamiento físico. Asimismo, son las personas de edad mayor, que viven solas, sin seguridad social y bajo ingreso económico, quienes describen la más baja calidad de vida.

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.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes puede afectar negativamente al bienestar físico por la aparición de complicaciones agudas y crónicas y por los síntomas físicos y exigencias del tratamiento. Desde el punto de vista psicológico, la cronicidad de la enfermedad y su difícil control pueden afectar al humor y a la autoestima, generando frustración y síntomas ligados a la depresión y ansiedad. Socialmente, la relación con familiares y amigos puede verse afectada frecuentemente por las imposiciones de la enfermedad. Restricciones dietéticas o sexuales pueden llevar a conflictos, contribuyendo para a bajada del bienestar del paciente.

La diabetes puede afectar profundamente a la calidad de vida en términos de bienestar psicológico e social, de la misma forma que en términos físicos. Un estudio español comparando diabéticos hospitalizados con la población en general evidenció una peor percepción de esos pacientes con relación a su calidad de vida. Ese impacto, vivido por muchos pacientes después del diagnóstico de la enfermedad, puede estar ligado también al tratamiento, comúnmente compuesto de una rutina rígida de dieta, ejercicios físicos, automonitorización y administración de medicamentos.

La calidad de vida en pacientes con diabetes ha sido un importante indicador de medida de los resultados del tratamiento, además de contribuir para decisiones terapéuticas y de distribución de recursos en la política de salud.

En México existen algunas experiencias sobre estudios de calidad de vida, algunas se han enfocado a explorar la validez de instrumentos genéricos; otras se enfocaron a valorar el impacto de un diagnóstico como la enfermedad reumática y la leucemia. Específicamente con Diabetes Mellitus, hasta ahora existen sólo dos estudios que señalan que los pacientes presentaron moderada afectación en su calidad de vida.

Por lo tanto, podemos resumir el planteamiento del problema en la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes de la tercera edad con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en la UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS?

4. OBJETIVOS.

4.1. OBJETIVO GENERAL.

- Evaluar la calidad de vida en pacientes de la tercera edad con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en la UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Clasificar a los pacientes en estudio en grupos de acuerdo al sexo de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Clasificar a los pacientes de acuerdo al tipo de tratamiento que se les ha indicado por su médico.
- Evaluar la calidad de vida a través del cuestionario SF-12 a los pacientes en estudio.

5. MATERIAL Y MÉTODOS.

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, Descriptivo, Transversal y Prospectivo.

UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL: El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social. Una vez autorizado el Protocolo la recolección de datos se realizó en el periodo de enero y febrero de 2012.

ESTRATEGIA DE TRABAJO:

La población sujeta al estudio fueron pacientes mayores de 60 años de edad portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 a quienes bajo consentimiento informado, aceptado y firmado se les aplicará el cuestionario SF-12.

Las traducciones del SF-12 están disponibles del Proyecto Internacional de Evaluación de la Calidad de Vida en las cinco lenguas no inglesas más extensamente habladas en los Estados Unidos (español, francés, alemán, italiano, y japonés). Traducciones en chino, coreano, y vietnamita, tres de las poblaciones más rápidamente crecientes de habla no inglesa en los Estados Unidos, están siendo actualmente evaluadas. En total, traducciones y adaptaciones del SF-12 en 30 combinaciones de lengua/país están disponibles o próximas en el Proyecto Internacional de Evaluación de la Calidad de Vida.

Se delimitó la muestra de acuerdo a los criterios de selección.

Una vez obtenidos los resultados se realizarán análisis estadísticos. Análisis de resultados y, finalmente, discusión y conclusiones.

MUESTREO: Se conformó por cuotas.

DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN.

La unidad de población del presente estudio se conformó con pacientes de la tercera edad portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 que acudieron a la Consulta Externa de Medicina Familiar y que aceptaron bajo consentimiento informado participar en el estudio.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Se seleccionará de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la Unidad de Medicina familiar No. 28.
- Pacientes de la tercera edad portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 en tratamiento con hipoglucemiantes orales.
- Pacientes de la tercera edad portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 en tratamiento con insulina.
- Pacientes de la tercera edad mayores de 60 años.
- Pacientes que acepten y firmen el consentimiento informado.

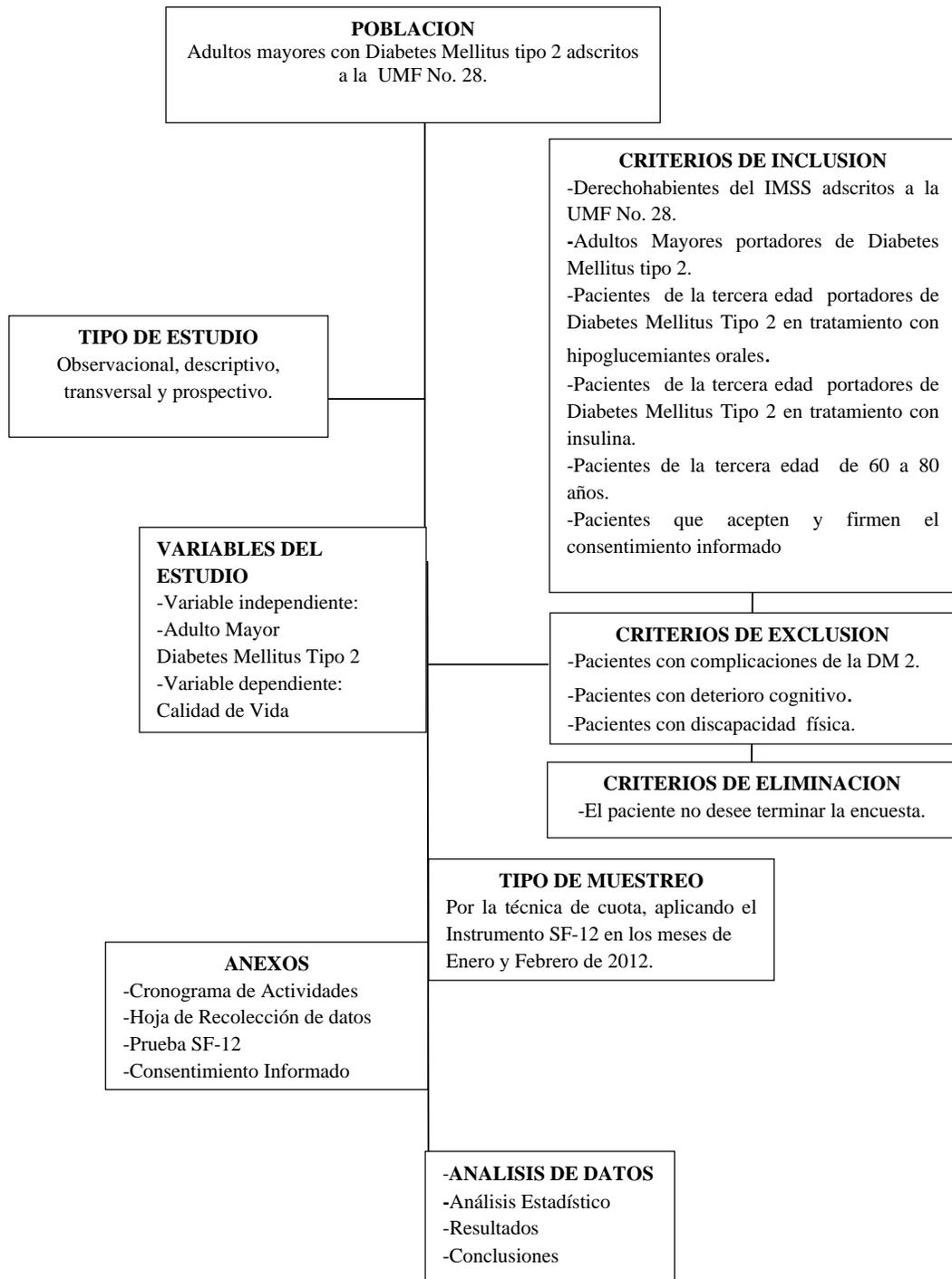
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes con complicaciones de la Diabetes Mellitus.
- Pacientes con deterioro cognitivo.
- Pacientes con discapacidad física.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- El paciente no desee terminar la encuesta.

DISEÑO DE INVESTIGACION



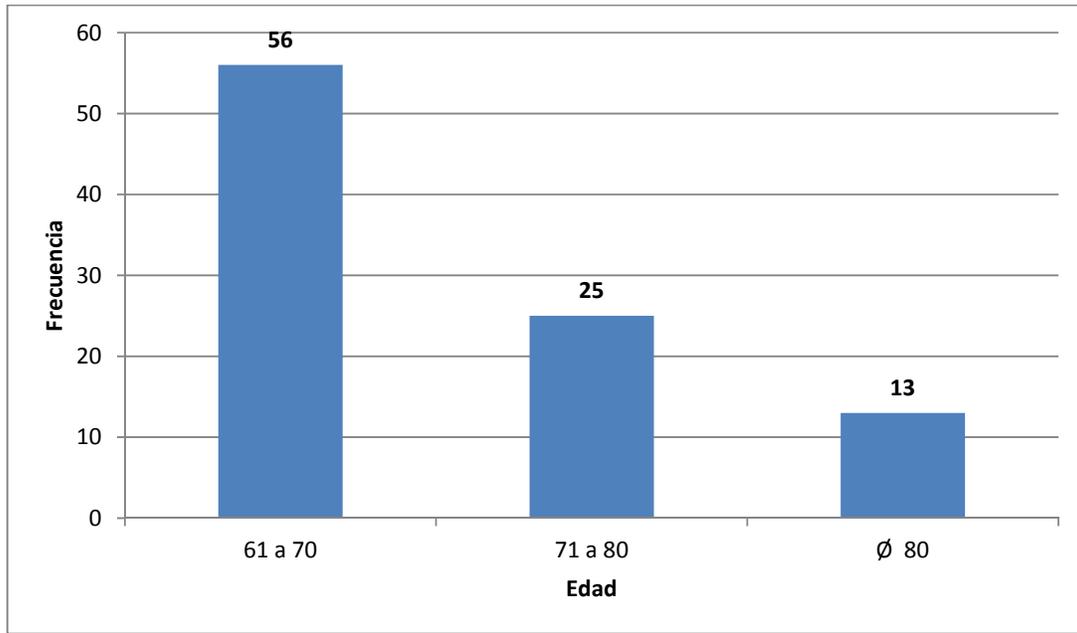
TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra estará constituido por cuotas.

Se incluyeron en el estudio a los pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2, que cumplieron con los criterios de inclusión del protocolo de estudio, que acudieron a consulta externa de Medicina Familiar y que aceptaron participar en el estudio, previa autorización del protocolo por parte del Comité Local de Investigación, se procedió a la recolección de datos mediante la aplicación de un cuestionario de identificación personal y un cuestionario de autoaplicación para valorar la calidad de vida SF – 12. Consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones del SF-36 Función Física (2), Función Social (1), Rol físico (2), Rol Emocional (2), Salud mental (2), Vitalidad (1), Dolor corporal (1), Salud General (1), durante el periodo de noviembre a diciembre de 2011.

6. RESULTADOS.

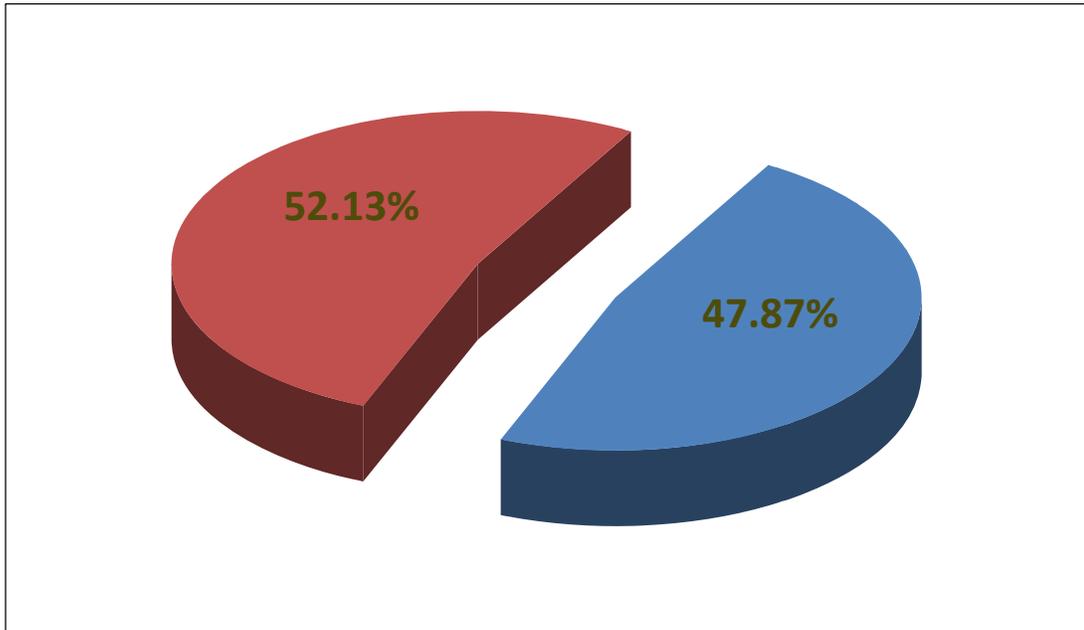
Gráfica 1: Distribución por edad



El grupo de edad más afectado fue entre 61 a 70 años de edad, con 56 casos, (59.57%), seguido del grupo entre 71 a 80 años de edad con 25 casos (26.59%).

*Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, enero - febrero de 2012.
60 a 69 70 a 79 y 80 mas

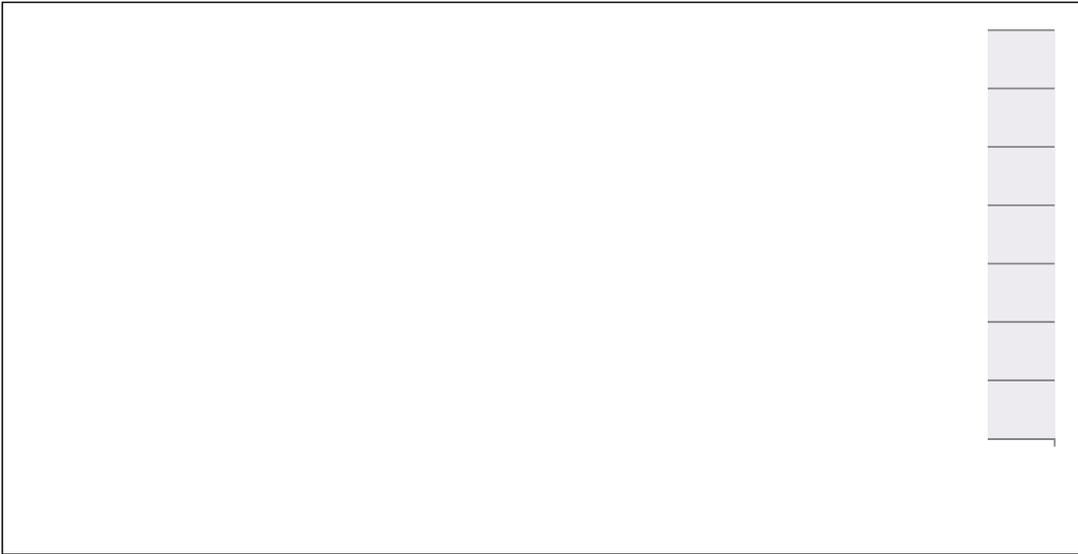
Gráfico 2: Distribución por género



Predominó el género masculino con 49 casos (52.13%).

*Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, enero - febrero de 2012.

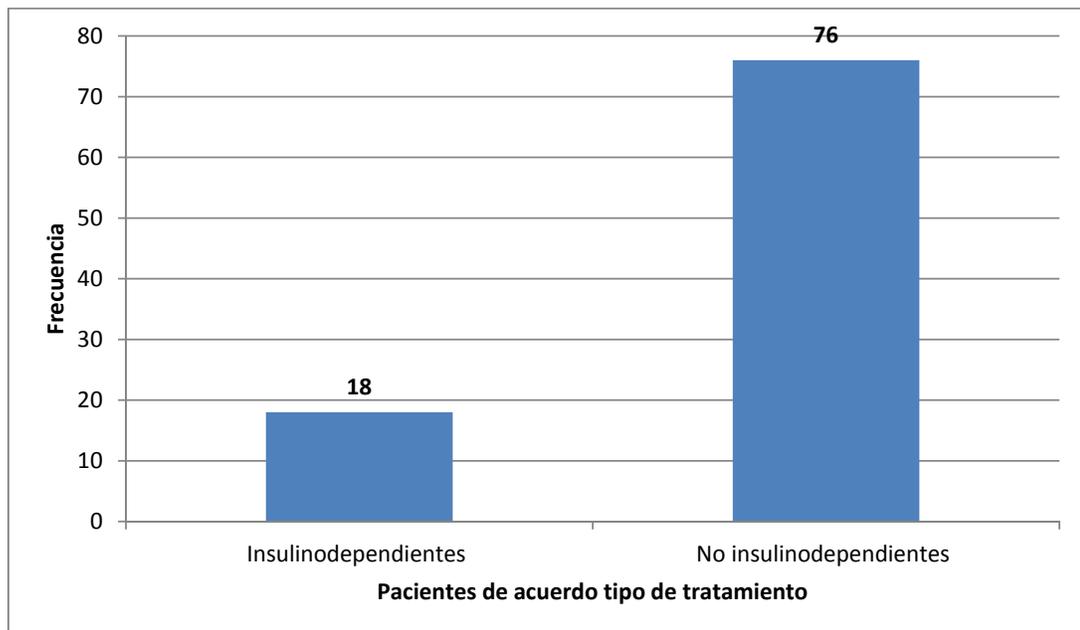
Gráfico 3: Distribución por tiempo de evolución



La mayoría de los pacientes presentaron entre 1 y 10 años de evolución de la enfermedad, por lo menos en 64 casos (68.08%).

*Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, enero - febrero de 2012

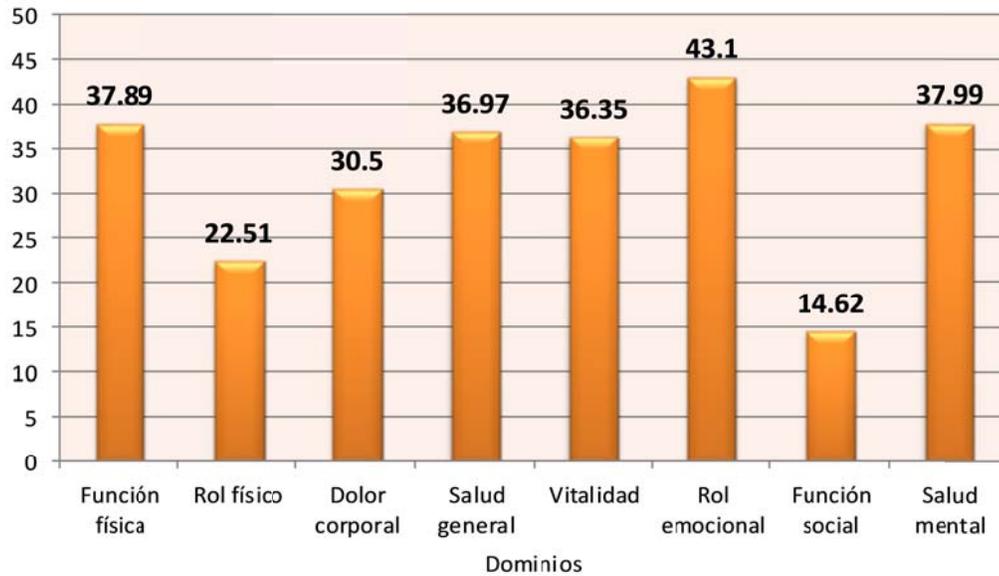
Gráfico 4: Distribución por pacientes de acuerdo al tipo de tratamiento



Predominaron los pacientes no insulinodependientes con 76 casos (80.85%).

*Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, enero - febrero de 2012

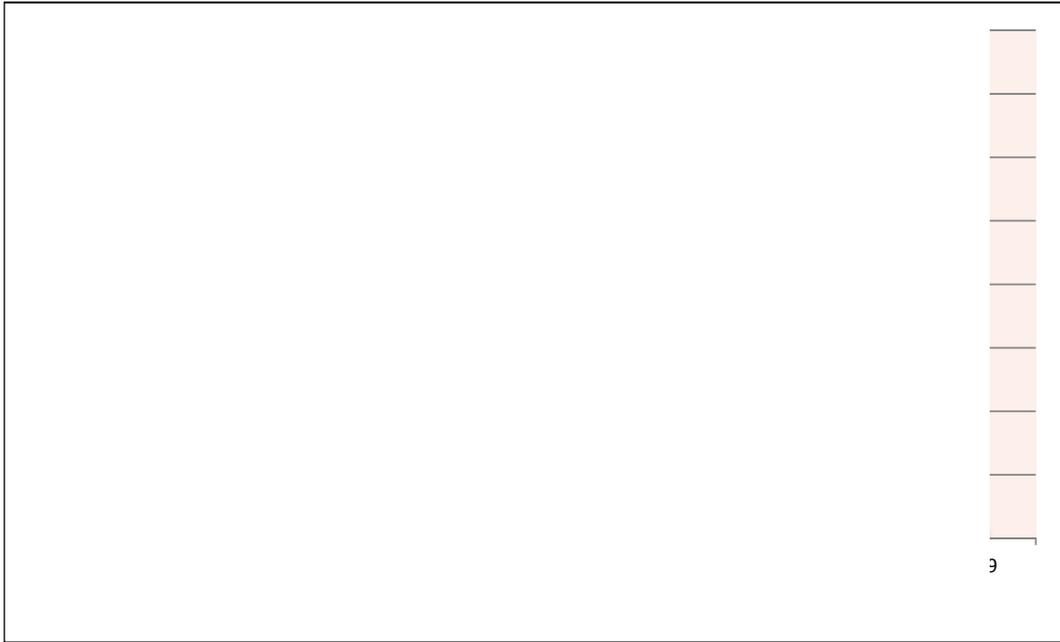
Gráfico 5: Distribución por puntuación del SF-12



Esta grafica muestra la puntuación media de los dominios del SF-12 de los pacientes estudiados

*Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, enero - febrero de 2012.

Gráfico 6: Distribución por salud general



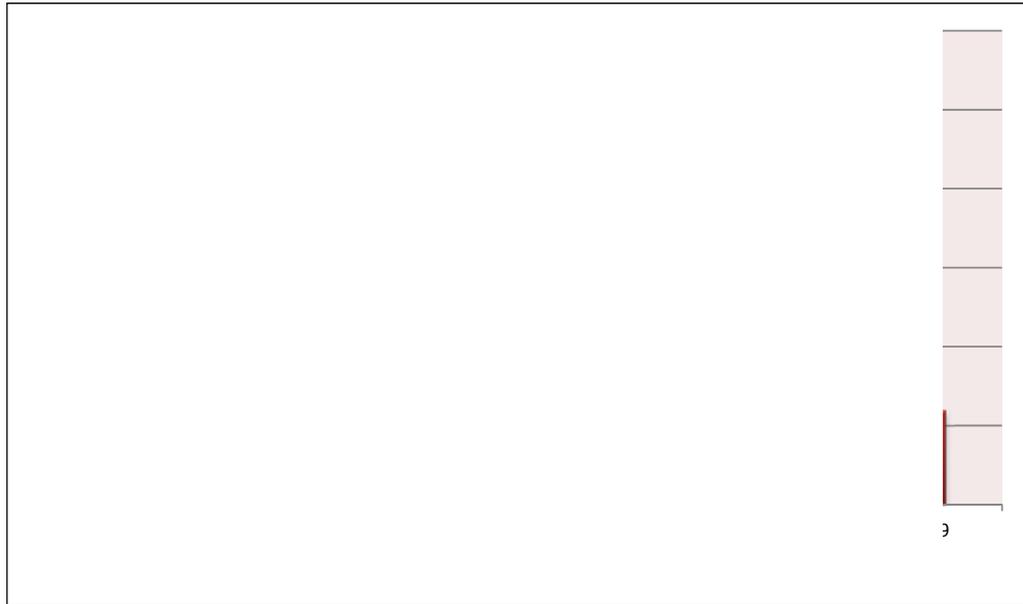
Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, enero - febrero de 2012.

Gráfico 7: Distribución por función física



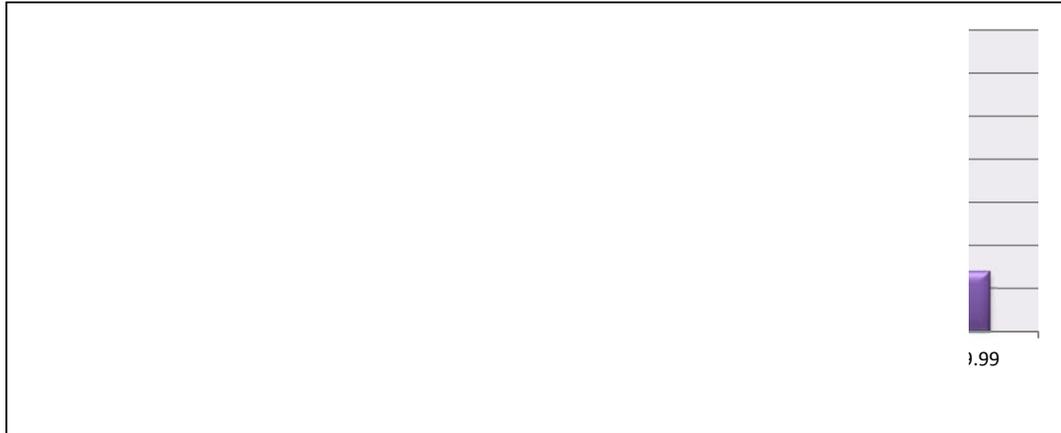
Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, enero - febrero de 2012.

Gráfico 8: Distribución por rol físico



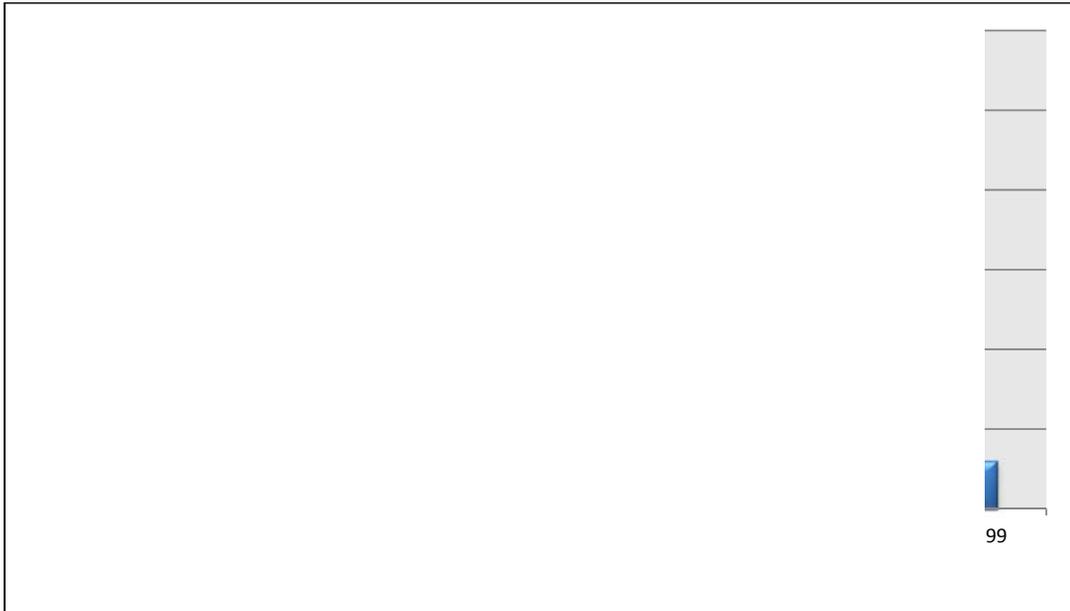
*Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, enero - febrero de 2012.

Gráfico 9: Distribución por dolor corporal



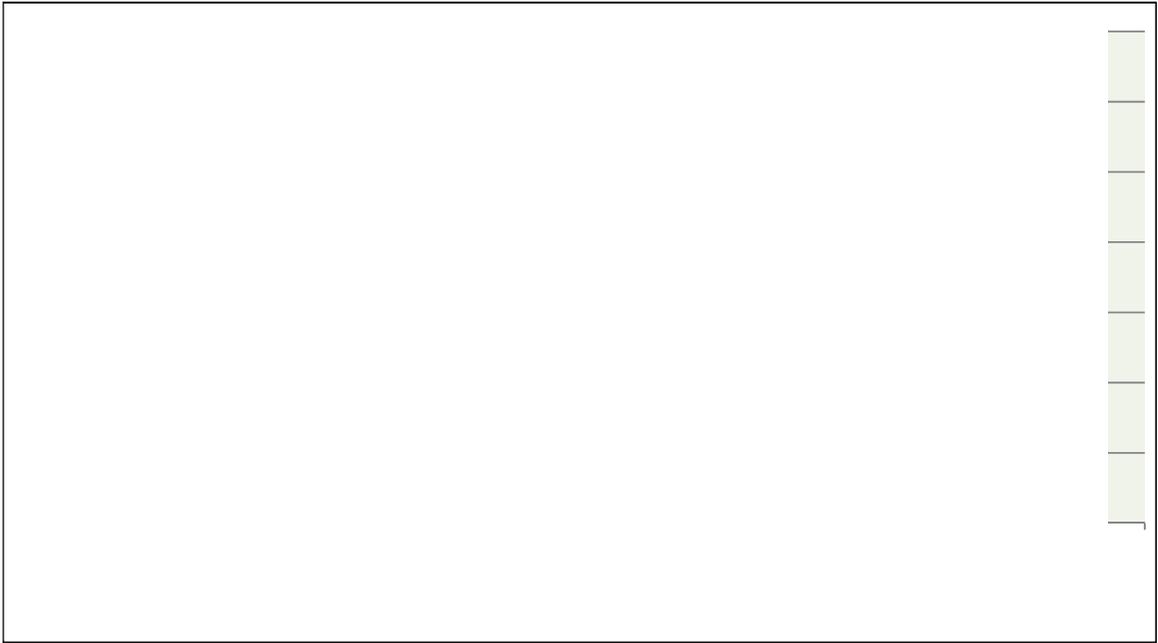
+Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, enero - febrero de 2012.

Gráfico 10: Distribución por vitalidad



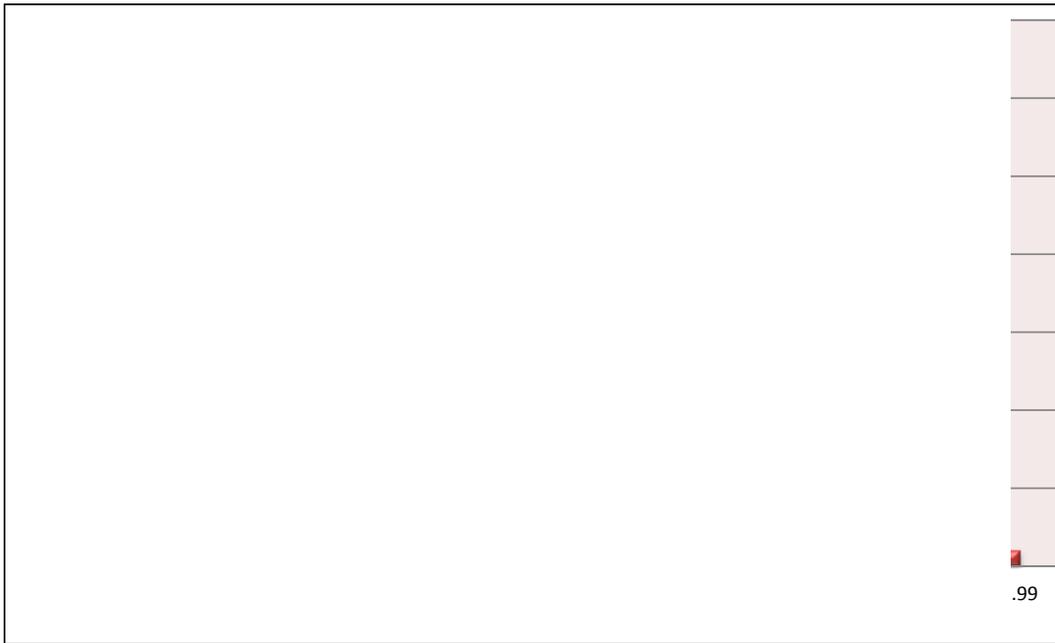
Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, enero - febrero de 2012.

Gráfico 11: Distribución por rol emocional



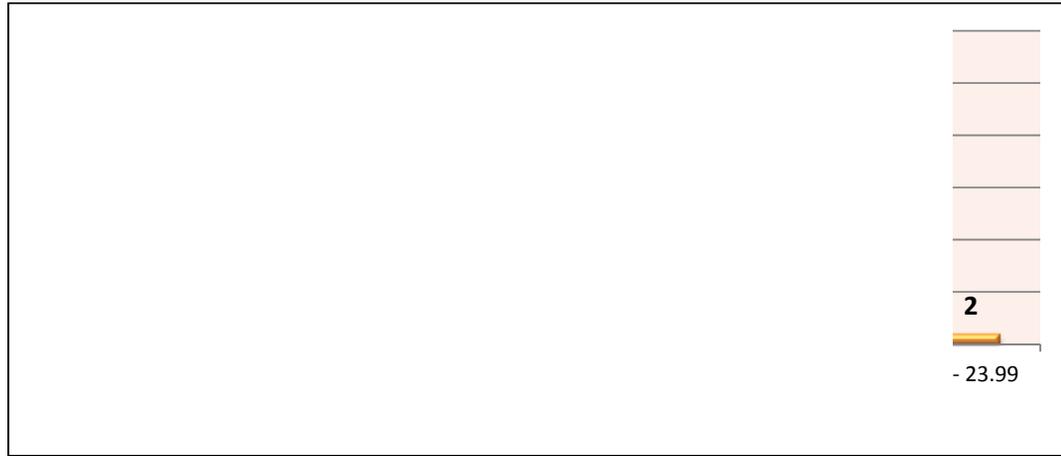
Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, enero - febrero de 2012.

Gráfico 12: Distribución por salud mental



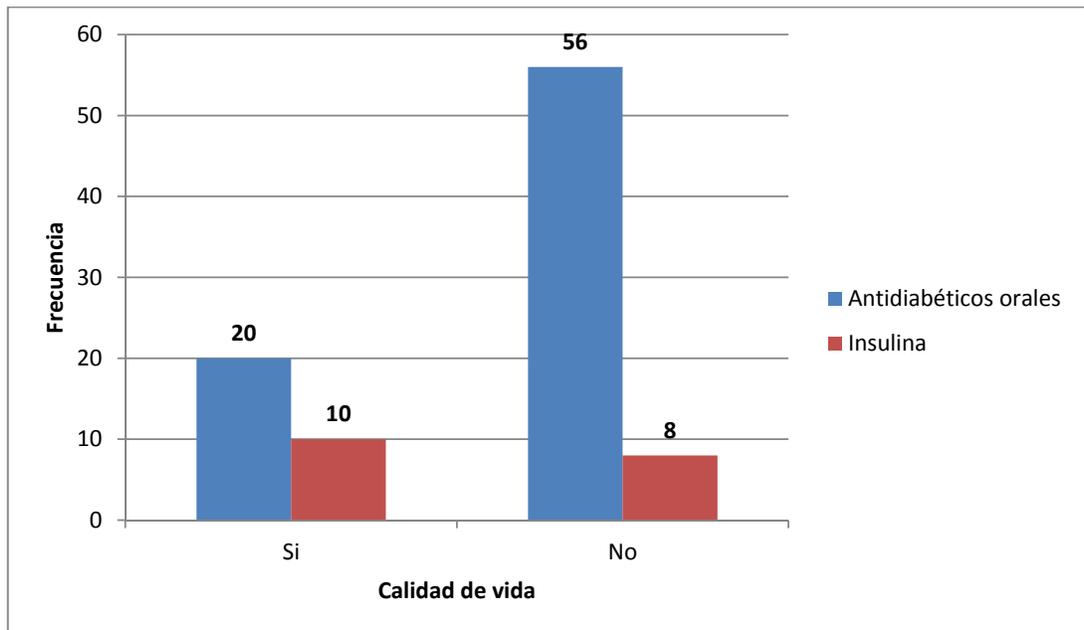
*Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, enero - febrero de 2012.

Gráfico 13: Distribución por función social



*Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, enero - febrero de 2012.

Gráfico 14: Distribución por calidad de vida de acuerdo al tratamiento



*Fuente: UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS, enero - febrero de 2012.

7. DISCUSIÓN.

En lo que respecta a la edad, el grupo más frecuente fue el de 66 a 70 años con el 48.94% (46) de los pacientes de la muestra estudiada. Lo cual no concuerda con los reportes de otros autores que igualmente han estudiado pacientes geriátricos con diabetes mellitus.

Canciano Chirino encuentra que el grupo de edad más frecuente en su investigación fue aquel de 85 a 100 años; Alaba Trueba encuentra una edad media de 83 años, lo cual claramente es un promedio de edad mayor al encontrado por nosotros; lo cual puede deberse a que las investigaciones anteriormente mencionadas se realizaron con una muestra de un centro geriátrico, a diferencia del nuestro que se realizó en población derechohabiente.

Referente al género, encontramos que el que predomina es el masculino en el 52.13% (49) de los pacientes que fueron estudiados; lo cual no muestra una clara diferencia en cuanto a las publicaciones realizadas.

Mientras algunas mencionan que las mujeres son mayormente afectadas por la diabetes mellitus; hay otras que reportan una mayor frecuencia de pacientes ancianos afectados por diabetes mellitus.

En lo que refiere al tiempo de evolución, el más prevalente fue de 10 o más años en el 37.23% (35) de los pacientes estudiados en el presente estudio. Lo cual no concuerda con los reportes de la literatura médica.

Pérez Martínez encuentra un tiempo medio de evolución de 7.5 años en los pacientes de su serie; pero únicamente incluyó pacientes de 60 a 75 años, lo cual claramente se diferencia de nuestro estudio que incluye pacientes hasta de 90 años que representa una población que no fue contemplada por Pérez Martínez y que subestima la población de mayor edad.

Los resultados se presentaron en el intervalo de 0 a 100, aunque la media de ningún dominio del SF-12 superó la puntuación de 50.

El dominio mejor puntuado fue el de Rol emocional con una media de 43.10 \pm 10.11, el siguiente fue Salud mental con una media de 37.99 \pm 13.41; siguiendo Función física con una media de 37.89 \pm 9.51; a continuación Salud general con una media de 36.97 \pm 11.53; posteriormente Vitalidad con una media de 36.35 \pm 14.36; siguiendo Dolor corporal con una media de 30.50 \pm 12.86; siguiéndole Rol físico con

una media de 22.51 ± 3.29 ; y el dominio peor puntuado fue Función social con una media de 14.62 ± 2.94 .

Los scores compuestos son muy parecidos, aunque ninguno de ellos alcanza la puntuación de 50 en sus respectivas medias aritméticas; mientras el score físico compuesto es de 33.74 ± 12.94 ; el score mental compuesto es de 32.75 ± 7.98 .

Esto nos indica que la población geriátrica con diabetes mellitus percibe de una manera baja su calidad de vida, lo cual es coherente con la bibliografía en este campo, que el descenso en las puntuaciones asociadas a la edad, sea más acentuado en las escalas físicas. Esto parece indicar que el descenso más notable en las escalas físicas se traduce en la pérdida de capacidad funcional que acompaña al envejecimiento progresivo, y es consistente con la alta prevalencia de discapacidades en la población geriátrica. Como fue indicado por Mishra et al en un estudio conducido en Australia y en el Whitehall II Study, quienes describen una mayor tendencia de los pacientes a percibir y describir su estado de salud adversamente conforme aumenta la edad.

8. CONCLUSIONES.

La edad predominante fue de 61 a 70 años en el 59.57% de los pacientes estudiados.

El género más afectado fue el masculino en el 52.13% de los pacientes estudiados.

El tiempo de evolución más frecuente de la enfermedad fue de 1 a 10 años en el 68.08% de los pacientes estudiados.

En cuanto al tipo de pacientes de acuerdo al tipo de tratamiento predominaron los no insulino dependientes con el 80.85% del total.

Referente a la esfera de salud general encontramos una media de 36.97 ± 11.53 en los pacientes en estudio, por lo tanto sólo 17 pacientes presentaron calidad de vida.

Respecto a la esfera de función física encontramos una media de 37.89 ± 9.51 en los pacientes estudiados y sólo 8 pacientes presentaron calidad de vida.

En cuanto al rol físico se encontró una media de 22.51 ± 3.29 en los pacientes estudiados. No encontramos pacientes con calidad e vida.

En cuanto al dolor corporal encontramos una media de 30.50 ± 12.86 en los pacientes en estudio. 7 pacientes presentaron calidad de vida.

Respecto a la esfera de vitalidad encontramos una media de 36.35 ± 14.36 en los pacientes en estudio. 17 pacientes presentaron calidad de vida.

En lo que respecta a la salud mental encontramos una media de 37.99 ± 13.41 en los pacientes estudiados. 30 pacientes presentaron calidad de vida.

Referente a la esfera de función social se encontró una media de 14.62 ± 2.94 en los pacientes en estudio. Los pacientes no presentaron calidad de vida.

Se ha identificado que la edad aumentada es un factor que predice un componente físico de la calidad de vida disminuido. Una explicación para este hallazgo podría estar relacionada con la experiencia del anciano y su grado de insatisfacción a un nivel de discapacidad dado.

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN LA UMF No. 28 GABRIEL MANCERA DEL IMSS”.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Fecha	AB 2011	MA 2011	JUN 2011	JULIO 2011	AGO 2011	SEP 2011	OCT 2011	NOV 2011	DIC 2011	ENE 2011	FEB 2012	JUL 2012
Elección del tema de investigación	X											
Carátula	X											
Título del proyecto (planteamiento del problema)	X											
Antecedentes del tema		X										
Justificación		X										
Marco teórico			X									
Bibliografía			X									
Cronograma de actividades	X											
Objetivos generales y específicos				X								
Hipótesis				X								
Material y métodos				X								
Tipo de estudio				X								
Población, lugar y tiempo				X								
Diseño de la investigación					X							
Muestra					X							
Criterios de inclusión y exclusión					X							
Variables (tipo y escala de medición)					X							
Variables (definición conceptual y operativa)					X							
Diseño estadístico					X							
Instrumentos de recolección de datos					X							
Métodos de					X							

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____.

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN LA UMF No. 28 GABRIEL MANCERA DEL IMSS”

Se me ha explicado que mi participación consistirá en la aplicación de una encuesta denominada, **PRUEBA SF-12** para conocer la calidad de vida en los pacientes de la tercera edad con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 Gabriel Mancera.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal me ha dado seguridades de que los datos de la encuesta, no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

Nombre y Firma de SI Autorizo Paciente
 Testigo

Nombre y Firma del

 Firma del investigador

DUDAS O ACLARACIONES:

DR. ADRIAN DOMINGUEZ LOPEZ*, DRA. LOURDES GABRIELA SUSANO NAVARRO.***Residente de Segundo Año de la Especialidad de Medicina Familiar de la UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS. ** Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. UMF No. 28 Gabriel Mancera del IMSS.

Email: dradrian@live.com.mx

Celular: 5527187590.

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN LA UMF No. 28 GABRIEL MANCERA DEL IMSS”.

ANEXOS.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

INICIALES:.....

No DE EXPEDIENTE:.....

EDAD:.....

GÉNERO:

MASCULINO:.....FEMENINO:.....

AÑOS DE DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2:

() 0 A 3 AÑOS () 4 A 6 AÑOS () 7 A 9 AÑOS () 10 O MAS AÑOS

TRATAMIENTO:

() HIPOGLUCEMIANTES ORALES () INSULINIZACION

ESTADO CIVIL:

() SOLTERO () UNION LIBRE () CASADO () DIVORCIADO

() VIUDO

SITUACION LABORAL:

() EMPLEADO () JUBILADO () PENSIONADO

ESCOLARIDAD:

() SABE LEER Y ESCRIBIR () PRIMARIA () SECUNDARIA

() TECNICO () PREPARATORIA () LICENCIATURA () POSGRADO

RELIGION:

() CATOLICA () TESTIGO DE JEHOVA () CRISTIANA () OTRA

PRUEBA SF-12

1. En términos generales diría que su salud es:
--

- Excelente.....1 (circule un número)
 Muy Buena.....2
 Buena.....3
 Regular.....4
 Mala.....5

2. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted haría en un día típico. ¿Lo limita su salud para realizar las siguientes actividades? Si es así. ¿en qué medida?

(Circule 1, 2, o 3 en cada línea.)	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
a. Actividades moderadas, tales como cambiar de sitio una mesa, empujar una aspiradora, jugar al boliche o jugar al golf	1	2	3
b. Subir varios pisos por la escalera			

3. Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares por causa de su SALUD FÍSICA?

(Conteste SÍ o NO a cada pregunta circulando el 1 o 2 en cada línea)	Sí	No
a. ¿Ha logrado menos de lo que le hubiera gustado?	1	2
b. ¿Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades?	1	2

4. Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares por causa de cualquier PROBLEMA EMOCIONAL (como sentirse deprimido u muy angustiado)?

(Conteste SÍ o No a cada pregunta circulando el 1 o 2 en cada línea)	Sí	No
a. ¿Ha logrado menos de lo que le hubiera gustado?	1	2
b. No ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre	1	2

5. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS?

- Ningún dolor 1 (circule un número)
 Muy poco 2
 Poco 3
 Moderado 4
 Severo 5
 Muy severo 6

6. Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y como le ha ido durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS. Para cada pregunta por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Qué parte del tiempo en las ÚLTIMAS 4 SEMANAS...

(Circule un número en cada línea.)	Todo el tiempo	La Mayor parte del tiempo	Gran parte del tiempo	Parte del tiempo	Una pequeña parte del tiempo	En ningún momento
a. ¿Se ha sentido tranquilo y sosegado?	1	2	3	4	5	6
b. ¿Ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
c. ¿Se ha sentido desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6

7. Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿qué parte del tiempo ha interferido su salud física o problemas emocionales con sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

- Todo el tiempo 1 (circule un número)
 La mayor parte del tiempo 2
 Parte del tiempo 3
 Una pequeña parte del tiempo 4
 En ningún momento 5

10. REFERENCIAS

1.- Tuesca R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 21:76-86.

2.- Ruiz M, Pardo A. Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. Pharmacoeconomics - Spanish Research Articles 2007; 2(1):31-43.

3.- Peña B, Terán M, et al. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2009; 14(2):53-61.

4.- Hervás A, Zabaleta A, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30(1):45-52.

5.- Martínez C, Pérez V. Longevidad: estado cognoscitivo, validismo y calidad de vida. Rev Cubana Med Gen Integr 2006; 22(1).

6.- Salazar J, Torres T, et al. CALIDAD DE VIDA, SALUD Y TRABAJO LA RELACIÓN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. RESPYN 2009; 10(3).

7.- Salazar J, Guerrero J, et al. Relación entre diabetes mellitus y calidad de vida en pacientes de Guadalajara, Jalisco. Año 2006-2007. Correo Científico Médico de Holguín 2009; 13(3).

8.- Pérez V. La respuesta adaptativa del anciano a la diabetes mellitus, comportamiento en dos áreas de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2009; 25(3):32-43.

9.- Pérez V. Estrategia de intervención dirigida al mejoramiento de la respuesta adaptativa a la diabetes mellitus de los senescentes para mejorar su calidad de vida. Rev Cubana Med Gen Integr 2008; 24(4).

10.- Vargas A, González A, et al. Estudio comparativo del impacto de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Fac Med UNAM 2010; 53(2):60-68.

11.- Domínguez E, Seuc A, et al. Impacto de la diabetes sobre la duración y calidad de vida de la población cubana: años 1990, 1995, 2000 y 2003. Rev Cubana Endocrinol 2006; 17(2).

12.- Yanes M, Cruz J, et al. Diabetes mellitus en el anciano, un problema frecuente. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2009; 25(2).

- 13.- Subramaniam I, Levins J. Diabetes Mellitus in Elderly - An Overview. *Journal of The Indian Academy of Geriatrics*, 2005; 2:77-81.
- 14.- Motta M, Bennati E, et al. Diabetes mellitus in the elderly: Diagnostic features. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2006; 42:101-106.
15. - Sloan F, Bethel A, et al. The Growing Burden of Diabetes Mellitus in the US Elderly Population. *Arch Intern Med*. 2008; 168(2):192-199.
- 16.- Heydari I, Radi V, et al. Chronic complications of diabetes mellitus in newly diagnosed patients. *International Journal of Diabetes Mellitus* 2010; 2:61 -63.
- 17.- Bethel M, Sloan F, et al. Longitudinal Incidence and Prevalence of Adverse Outcomes of Diabetes Mellitus in Elderly Patients. *Arch Intern Med*. 2007; 167:921-927.
- 18.- Vinaccia S, Fernández H, et al. CALIDAD DE VIDA Y CONDUCTA DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II. *Suma Psicológica* 2006; 13(1):15-31.
- 19.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. 2009.
- 20.- Mena F, Martín J, et al. Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega. *An Med Interna (Madrid)* 2006; 23:357-360.
- 21.- Maurischat C, Herschbach P, et al. Factorial validity of the Short Form 12 (SF-12) in patients with diabetes mellitus. *Psychology Science Quarterly*, 2008; 50(1):7-20.
22. - Hanmer J. Predicting an SF-6D Preference-Based Score Using MCS and PCS Scores from the SF-12 or SF-36. *Value in Health* 2009; 12(6):958-966.
- 23.- Monteagudo O, Hernando L, et al. Valores de referencia de la población diabética para la versión española del SF-12v2. *Gac Sanit*. 2009; 23(6):526-532.
24. - Montazeri A, Vahdaninia M, et al. The 12-item medical outcomes study short form health survey version 2.0 (SF-12v2): a population-based validation study from Tehran, Iran. *Health and Quality of Life Outcomes* 2011; 9(12).
- 25.- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.