



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA



**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIABETICOS USUARIOS DE
 INSULINA Y/O HIPOGLUCEMIANTES ORALES QUE ACUDEN A
 CONSULTA EN EL HGZ/UMF 8”.**

TESIS

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN LA
 ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. YOVANY LUPITA GARCIA JIMENEZ
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
DIRECTOR DE TESIS

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ASESOR METODOLOGICO

DRA. ANA GLORIA TORO FONTANEL
ASESORA CLINICA

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
DEL HGZ/UMF 8 IMSS. DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

MÉXICO, D. F. ENERO 2013.
N. DE REGISTRO:



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.

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS USUARIOS DE INSULINA Y/O HIPOGLUCEMIANTES ORALES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA EN EL HGZ/UMF 8”.

AUTORES: Dra. Yovany Lupita García Jiménez¹, Dr. Eduardo Vilchis Chaparro², Dra. Ana Gloria Toro Fontanel³.

1. Médico Residente de segundo grado de la especialidad de Medicina Familiar en el HGZ/UMF 8.

2. Profesor Titular de la especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF 8.

3. Médico Familiar adscrita a la consulta externa del HGZ/UMF 8.

OBJETIVO: Conocer la calidad de vida en pacientes diabéticos usuarios de insulina y/o hipoglucemiantes orales que acudan a consulta externa del HGZ/UMF 8

MATERIALES Y METODOS: Tipo de estudio: Descriptivo, transversal, prospectivo y observacional. Criterios de inclusión: Diabéticos en tratamiento con insulina, hipoglucemiantes orales, o ambos. Muestra: 263 pacientes, intervalo de confianza 99%, proporción 0.10, amplitud del intervalo de confianza 0.01. Variables: Edad, genero, índice de masa corporal, escolaridad, ocupación, estado civil, años de diabético, glucosa control, tipo de tratamiento. Test DQOL, bienestar general y calidad de vida.

RESULTADOS: Se estudiaron 263 pacientes, en los cuales predominó el género femenino con 150 (57%) pacientes, y 113 (43%) fueron del género masculino. De los cuales 192 (73%) manifestaron regular calidad de vida, seguidos de 61 (23.2%), y 10 (3.8%) con buena y mala calidad de vida respectivamente. De los pacientes que refirieron buena calidad de vida, 12 (15.8%) usaban Insulina; 40 (29.4%) Hipoglucemiantes orales, y 9 (17.6%) ambos medicamentos. En cuanto al control metabólico, del total de pacientes que refirieron una buena calidad de vida, 29 (23.2%) estuvieron controlados y 32 (23.2%) descontrolados.

CONCLUSIONES: El 73% de los pacientes con Diabetes Mellitus (DM) manifestaron regular calidad de vida, sin embargo, esta no se encuentra directamente relacionada con el control metabólico, tiempo de evolución de la enfermedad o tipo de tratamiento, por lo que es probable que el diagnostico de DM por sí mismo disminuye las expectativas en cuanto al desarrollo personal.

PALABRAS CLAVE: Diabetes Mellitus. Calidad de Vida. Insulina. Hipoglucemiantes Orales.

**“CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES DIABETICOS
USUARIOS DE INSULINA Y/O
HIPOGLUCEMIANTES ORALES
QUE ACUDEN A CONSULTA EN
EL HGZ/UMF 8.”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

Dr. Francisco Padilla del Toro
Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar Numero 8.
Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del Hospital
General de Zona/Unidad de Medicina Familiar Numero 8. Dr. Gilberto Flores
Izquierdo

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del Hospital
General de Zona/Unidad de Medicina Familiar Numero 8. Dr. Gilberto Flores
Izquierdo

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Profesor Titular de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Unidad de
Medicina Familiar Numero 8. Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Asesor Metodológico
Profesor Titular de Medicina Familiar del Hospital General de Zona/Unidad de
Medicina Familiar Numero 8. Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Dra. Ana Gloria Toro Fontanel
Asesora Clínica
Médica Familiar adscrita a la consulta externa del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar Número 8. Dr. Gilberto Flores Izquierdo

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS INFINITAMENTE A DIOS POR HABERME PERMITIDO LUCHAR INCANSABLEMENTE HASTA LOGRAR CADA UNA DE MIS METAS.

A MI FAMILIA, POR SU APOYO, COMPRESION, SACRIFICIOS Y ESFUERZO QUE SIN DUDA ALGUNA HAN FOMENTADO EN MÍ NO DESISTIR A PESAR DE TODAS LAS PRUEBAS.

DE MANERA ESPECIAL A MIS PADRES, A LOS CUALES AMO INFINITAMENTE, Y QUE SIEMPRE HAN CREIDO EN MI.

DEDICADO CON ESPECIAL CARIÑO A TI.

INDICE

MARCO TEORICO	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
JUSTIFICACION	17
OBJETIVOS	18
HIPOTESIS	19
MATERIALES Y METODOS	20
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	21
POBLACION O UNIVERSO	22
UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACION	22
MUESTRA	23
CRITERIOS	24
VARIABLES	25
DISEÑO ESTADISTICO	30
INSTRUMENTO DE RECOLECCION	31
METODO DE RECOLECCION	32
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	33
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	34
RECURSOS	35
CONSIDERACIONES ETICAS	36
RESULTADOS	37
DISCUSIONES	57
CONCLUSIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	63
ANEXOS	65

MARCO TEORICO

DIABETES MELLITUS

DEFINICION

La Diabetes Mellitus se define como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia que es resultado de anomalías de la secreción y/o acción de la insulina, la hiperglucemia crónica se asocia a un deterioro en la calidad de vida de los pacientes por lesión en varios órganos pero principalmente ojos, riñones, nervios, corazón, macro y microcirculación.⁽¹⁾

CLASIFICACION Y CUADRO CLINICO

La clasificación de la diabetes incluye cuatro clases clínicas: a) La diabetes tipo 1 la cual se presenta como resultado de la destrucción de la célula beta pancreática, que por lo general conduce a la deficiencia absoluta de insulina. b) La diabetes tipo 2 que resulta de un defecto progresivo en la secreción de insulina, que en el fondo se origina de resistencia crónica a la insulina. c) Otros tipos específicos de diabetes que se originan por otras causas, por ejemplo, defectos genéticos en la función de la célula beta, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, por ejemplo fibrosis quística. d) Diabetes mellitus gestacional la cual se refiere a la diabetes diagnosticada durante el embarazo. Algunos pacientes no pueden ser claramente clasificados como diabéticos tipo 1 o tipo 2. La presentación clínica y la progresión de la enfermedad varían considerablemente en ambos tipos de diabetes. Los síntomas clásicos de la diabetes se deben a la propia hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, visión borrosa e infecciones recurrentes, aunque en la mayor parte de los casos, sobre todo en las fases iniciales de la diabetes tipo 2, el paciente se encuentra asintomático.⁽²⁾

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Durante décadas, el diagnóstico de diabetes fue en base a los criterios de glucosa en plasma, ya sea la glucosa plasmática en ayunas o el valor de la curva de tolerancia a la glucosa con 75 gramos de glucosa vía oral. A partir del año 2009, un comité internacional de expertos que incluyó a representantes de la American Diabetes Association (ADA), la Federación Internacional de Diabetes (IDF), y la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD) recomienda el uso de la prueba Hemoglobina Glucosilada fracción A1C para el diagnóstico de diabetes, con un umbral de 6.5%, y la ADA ha adoptado este criterio en el año 2010. Los criterios establecidos para el diagnóstico de la diabetes con los resultados de la curva de tolerancia oral a la glucosa a las 2 horas y la glucosa plasmática en ayuno siguen siendo válidos también.⁽³⁾

Los nuevos criterios diagnósticos según la ADA 2012 son: 1.- Hemoglobina Glucosilada A1C mayor o igual a 6.5%, la prueba debe realizarse en un laboratorio utilizando un método certificado y estandarizado. 2.- Glucosa plasmática de ayuno mayor o igual a 126 mg/dl o mayor o igual a 7.0 mmol/L, en ausencia de hiperglucemia inequívoca el resultado debe ser confirmado por pruebas repetidas el ayuno se define como la ausencia de ingesta calórica durante al menos 8 horas. 3.- Glucosa plasmática a las 2 horas mayor o igual a 200mg/dl o mayor o igual a 11.1 mmol/L durante un prueba de tolerancia oral a la glucosa, la prueba debe ser realizada como la describe la Organización Mundial de la Salud, utilizando una carga de glucosa que contiene el equivalente de 75 gramos de glucosa anhidra disuelta en agua. 4.- Glucosa plasmática al azar mayor o igual a 200 mg/dl o mayor o igual a 11.1 mmol/L en un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia.⁽⁴⁾

MEDIDAS PREVENTIVAS Y TRATAMIENTO

Medidas preventivas y recomendaciones; los pacientes con alteraciones de la glucosa plasmática en ayuno, curva de tolerancia oral a la glucosa o una hemoglobina Glucosilada entre 5.7-6.4% deben ser referidos a un programa eficaz con apoyo constante y centrado en la pérdida de al menos 7% del peso corporal total y aumentar la actividad física, a por lo menos 150 minutos por semana de tipo moderada como caminar o trotar; la orientación y el seguimiento parece ser importante para el éxito en el control de la enfermedad. Debe considerarse la terapia con Metformina para la prevención de diabetes tipo 2, especialmente para aquellos pacientes con Índice de masa corporal de 0.35 kg/m² o más, y mujeres con diabetes mellitus gestacional previa. Se sugiere, seguimiento estrecho con control anual en pacientes prediabeticos con la finalidad de evitar el desarrollo de diabetes. El seguimiento de tres grandes estudios de intervención en el estilo de vida ha demostrado una reducción sostenida en la tasa de conversión a diabetes tipo 2, con un 43% de reducción en 20 años reportado en el estudio DaQing, la reducción del 43% en 7 años en el Estudio de Prevención de la Diabetes finlandés (DPS), y 34% de reducción en 10 años en el Programa de Prevención de Diabetes en EE.UU.⁽⁵⁾

La evidencia de un beneficio cardiovascular con un control glucémico intensivo se ha comprobado. Un reciente meta análisis, de los últimos tres ensayos sugiere que la disminución de la glucosa tiene una modesta pero significativa reducción en la aparición de enfermedad cardiovascular, e infarto agudo al miocardio de tipo no fatal principalmente. Los objetivos de control glucémico propuestos por la ADA 2012 en pacientes adultos con diabetes son las siguientes: 1.- Hemoglobina Glucosilada A1C < 7.0%, 2.- Glucosa plasmática capilar preprandial de 70-130 mg/dL o 3.9 a 7.2 mmol/L, 3.- Pico de la glucosa plasmática capilar postprandial <180 mg/dl o < a 10 mmol/L. Las medidas de glucosa postprandial deben hacerse 1-2 horas después del comienzo de la comida. Los objetivos deben ser individualizados basados en: a) duración de la diabetes, b) edad y la esperanza de vida, c) condiciones comórbidas como enfermedad cardiovascular o microvascular avanzada, d) consideraciones individuales del paciente, e) objetivos glucémicos más o menos estrictos pueden ser apropiados para pacientes individualizados, f) la glucosa postprandial puede ser objetivo si las metas de la hemoglobina A1C no se cumplen a pesar de alcanzar los objetivos de glucosa preprandial.⁽⁶⁾

EPIDEMIOLOGIA

La epidemia de la Diabetes Mellitus (DM) es reconocida por la Organización Mundial de la Salud como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. Además, se cree que en Latinoamérica la prevalencia de la DM aumentará en un 25% en los próximos 20 años. En México la Diabetes Mellitus ocupa el primer lugar en número de defunciones por año; las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos, con más de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales.^(7,8)

En base a los resultados de la encuesta ENSANUT 2006 la prevalencia de esta enfermedad es del 9.5% a nivel nacional. La DM es un padecimiento complejo que lleva implícita una serie de situaciones que comprometen el control en los pacientes, lo cual favorece el desarrollo de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento en los costos de atención y tasas de hospitalización debido a complicaciones.⁽⁹⁾

La diabetes resulta en complicaciones que amenazan y disminuyen la esperanza de vida, generalmente después de muchos años de haberse diagnosticado, lo que conlleva a los pacientes asintomáticos a cumplir con la terapia farmacológica muchas veces estricta y difícil. Si bien el estudio (UKPDS) reveló que las complicaciones de la diabetes afectan la calidad de vida más que un tratamiento intensivo global, muchos pacientes encuentran al tratamiento en sí como una carga severa. Además, la prevalencia de la depresión es considerablemente más alta entre los pacientes con diabetes que aquellos sin diabetes. La depresión, a su vez, disminuye su calidad de vida y dificulta su atención.⁽¹⁰⁾

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye una diversidad de factores, de entre los cuales el estilo de vida, vivienda satisfacción con el trabajo, la situación económica, el acceso a los servicios públicos, las comunicaciones, la urbanización, entre otros que la componen. Definir completamente calidad de vida, es una tarea difícil y aún no concluida en el medio científico. Según la Organización Mundial de la Salud OMS, calidad de vida corresponde a la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones”.^(11,12)

Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. De este modo, la calidad de vida es un constructo multidimensional que comprendería tres dimensiones fundamentalmente: 1. *Dimensión física*: percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. 2. *Dimensión psicológica*: percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro, etc. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. 3. *Dimensión social*: percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.⁽¹³⁾

Entre los diferentes autores existe cierto consenso en cuanto a que la evaluación de la calidad de vida debe hacerse tanto en términos objetivos, (necesidades del individuo, por ejemplo, salud, educación, etc.), como en términos subjetivos (percepción del individuo de lo que considera su nivel de bienestar). La calidad de vida subjetiva es un término que se superpone al de bienestar personal, subjetivo o psicológico, definido, según Diener, como “experiencia emocional placentera”.⁽¹⁴⁾

Los avances de la medicina han hecho posible aumentar notablemente la longevidad de las personas con enfermedad crónica, lo que no implica que haya mejorado necesariamente su calidad de vida. En este contexto nace el concepto “Calidad de Vida Relacionada con la Salud” (C.V.R.S.), en inglés “Health-Related Quality of Life” (H.R.Q.O.L). Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy este concepto, como una forma de referirse a “los distintos aspectos de la vida de una persona que están afectados firmemente por cambios en el estado de salud” o a “los efectos de la enfermedad y el tratamiento sobre el bienestar físico, emocional y social”.⁽¹⁵⁾

Esto refleja un cambio importante en las actitudes de los investigadores clínicos y de los servicios de salud en su elección de métodos para medir resultados. Las principales áreas investigadas en calidad de vida relacionada con la salud han sido cáncer, VIH, daño cerebral, esclerosis múltiple, enfermedades cardiovasculares, epilepsia, diabetes, asma, etcétera.⁽¹⁶⁾

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (demográficas, valores, personalidad) y en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que se requieren. La calidad de vida ha sido motivo de interés creciente para los clínicos en las últimas cuatro décadas debido a que se le considera una variable de desenlace muy importante de la atención médica, y para medirla se han construido instrumentos de medición genéricos y específicos que varían de acuerdo con el tipo de pacientes en estudio.

Los parámetros fisiológicos tradicionalmente controlados en pacientes diabéticos incluyen glucemia, hemoglobina glucosilada, presión arterial, colesterol, y peso. Cuando se evalúa la calidad de vida relacionada con la diabetes, es más beneficioso utilizar una herramienta específica de diabetes y, si se compara entre diferentes enfermedades crónicas se prefiere una herramienta genérica. Los instrumentos genéricos se utilizan para evaluar un amplio rango de características aplicables a diversas enfermedades o condiciones; en cambio, los instrumentos específicos tienen un enfoque dirigido a las características más relevantes de la enfermedad o condición en estudio, así como de los pacientes.^(17,18)

Muchos ensayos controlados aleatorios de las terapias de DM tipo 2 están relacionadas con la salud y la calidad de vida de pacientes, al inicio del estudio y durante el seguimiento. Los dos instrumentos genéricos más usados son el EQ-5D y el Short Form- 36 (SF-36). El EQ-5D ha sido utilizado en el estudio UKPDS, y más recientemente en el estudio Advance (Acción en la Diabetes y las Enfermedades vasculares: Preterax y Diamicron en una evaluación controlada). Mientras que los instrumentos genéricos proporcionan información que permite la comparación de la situación sanitaria de los participantes en el estudio con otras poblaciones, los instrumentos específicos están diseñados para un solo tipo de enfermedad, esto normalmente implica el uso de algoritmos predefinidos, uno de los instrumentos utilizados para evaluar la calidad de vida en los pacientes diabéticos es el DQOL (Diabetes Quality Of Life Measure).⁽¹⁹⁾

CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA EN DIABETES (DQOL)

La primera forma de evaluación específica de la Diabetes Mellitus fue desarrollada en 1988 por el grupo de investigación Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) para evaluar la calidad de vida relacionada con los tratamientos intensivos de la enfermedad (Jacobson, de Groot y Samson. 1995). Esta medida se conoce como DQOL (de las siglas en inglés de «Diabetes Quality of Life»). El DQOL evalúa cinco dimensiones generales relacionadas de manera relevante o directa con la Diabetes Mellitus y su tratamiento: 1.- Satisfacción con el tratamiento 15 ítems; 2.- Impacto del tratamiento 20 ítems, 3.- Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes 4 ítems; 4.- Preocupación por aspectos sociales y vocacionales 7 ítems; y 5.- Bienestar general. Las preguntas del DQOL se contestan en una escala tipo Lickert de cinco puntos. La dimensión de satisfacción se puntúa desde «muy satisfecho» (1) hasta «muy insatisfecho» (5). Las escalas de impacto y preocupación se califican desde «ningún impacto o nunca me preocupo» (1) hasta «siempre me afecta o siempre me preocupa» (5). El resultado que evalúa bienestar general presenta una escala de cuatro puntos, en donde 1 significa «Excelente» y 4 «pobre». De esta manera, de acuerdo con el sistema original de calificación, una baja puntuación bruta de la escala significaba una buena calidad de vida. Con el fin de facilitar la comprensión de los resultados, diversos investigadores han sugerido diferentes métodos de calificación.⁽²⁰⁾

El método de calificación más aceptado en la actualidad es el basado en el Medical Outcome Survey Ware y Sherbourne, 1992. Utilizando este método, la puntuación bruta es transformada a una escala de 100 puntos, y en tanto sea mayor es mejor la calidad de vida. Los estudios de las propiedades psicométricas de la versión original en inglés del DQOL han demostrado que se trata de una medida válida y fiable para evaluar la Calidad de Vida en personas con Diabetes.⁽²⁰⁾

Está disponible una versión del cuestionario traducida y validada en España (Es-DQOL) a la que se le han practicado algunas modificaciones, con la exclusión de 3 preguntas de la subescala "impacto", que mejora su fiabilidad y su interpretación con el beneficio añadido de una mayor claridad para los pacientes. Precisa de 20 a 30 minutos para contestarse. La cual para su calificación, utiliza la puntuación bruta, al igual que la propuesta por la versión original, donde a menor puntaje mayor calidad de vida y a mayor puntaje menor calidad de vida, en este estudio para poder otorgar una calificación lo más cercana a la percepción del paciente se realizaron las siguientes escalas; a) de 0-72 buena calidad de vida, b) 72-144 regular calidad de vida y c) más de 144 Mala calidad de vida. Hay una versión breve denominada DQOL Brief Clinical Inventory, que conserva sus propiedades psicométricas y se administra en 10 minutos. El DQOL se caracteriza por adecuada consistencia interna, con alphas de Cronbach de 0.47 a 0.92, y altos coeficientes de estabilidad temporal, que van desde 0.78 a 0.92, en un estudio realizado por Robles García en nuestro país con pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, se reportó una validez interna con rangos de 0.68 a 0.86.⁽²¹⁾

ANTECEDENTES

La investigación sobre la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus es bastante reciente. En una revisión realizada en adultos con ambos tipos de diabetes, Rubín y Peyrot (1999) afirman que la calidad de vida de estas personas es inferior a la de la población general, sobre todo en funcionamiento físico y bienestar. Se han descrito múltiples factores relacionados con la diabetes que pueden afectar la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad como son: – el propio impacto del diagnóstico, – las demandas del tratamiento que pueden poner a la persona con diabetes o a sus familiares ante situaciones que, con frecuencia, producen la aparición de reacciones emocionales negativas, – la incertidumbre sobre posibles complicaciones futuras, – el miedo a las hipoglucemias por las consecuencias negativas de éstas, físicas, cognitivas, motoras, etc. –la frustración ante niveles altos o bajos de glucemia inexplicables, – el cumplimiento diario del régimen médico que impone restricciones en el estilo de vida familiar (inyecciones, análisis, planificación de comidas, ejercicio físico, etc.). La calidad de vida de pacientes adultos con diabetes mellitus mantiene una relación muy consistente con las complicaciones de la enfermedad.^(22,23)

Asimismo, se ha registrado una disminución de la calidad de vida de adultos con diabetes mellitus tipo a medida que aumenta el número y la severidad de los síntomas de las complicaciones médicas de la enfermedad. Rubín y Peyrot, tras revisar diversos estudios que han analizado la relación entre el control glucémico del paciente con diabetes mellitus y su calidad de vida, concluyen que un buen control glucémico se asocia con un aumento en la calidad de vida percibida, sobre todo, en aquellos estudios que evalúan la calidad de vida mediante instrumentos específicos de la diabetes más que generales. Basándose en la literatura disponible sobre el tema, se afirma que los pacientes con diabetes mellitus presentan una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos que los sujetos de la población general.^(24,25)

En un estudio realizado por Robles García en el 2008 encontró relaciones positivas, moderadas y estadísticamente significativas entre prácticamente todas las subescalas y total del DQOL y los puntajes de los Inventarios de Ansiedad y Depresión, lo que da prueba de la validez convergente del instrumento. La forma de calificación del DQOL que se utilizó para este análisis de correlación fue la sugerida por los autores originales, en donde un incremento en la puntuación significa un mayor deterioro en la calidad de vida. Así pues, la correlación se esperaba positiva y significativa en tanto que la depresión y la ansiedad se hipotetizan relacionadas con el deterioro de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas en general, y con la Diabetes Mellitus en lo particular.⁽²⁶⁾

En este sentido, Jacobson ha encontrado en adultos insulino-dependientes una mayor comorbilidad con trastornos afectivos y de ansiedad. Teniendo en cuenta esto, algunos autores han pretendido analizar el impacto de la psicopatología en la calidad de vida de las personas con diabetes mellitus. La mayoría de ellos han encontrado que altos niveles de sintomatología depresiva o la presencia de un trastorno depresivo disminuye la calidad de vida de adultos con ambos tipos de diabetes, asociándose con un peor control glucémico y con complicaciones de la salud. Por otro lado, también se ha encontrado que la calidad de vida de pacientes con DM disminuye cuando éstos experimentan altos niveles de ansiedad o padecen algún trastorno de este tipo. Además, al igual que en la depresión, unos niveles de ansiedad elevados también se relacionan con un pobre control glucémico en adultos con diabetes tipo 1 y 2, así como con complicaciones de la salud.^(27,28)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de vida en los pacientes diabéticos usuarios de insulina y/o hipoglucemiantes orales que acuden a consulta en el HGZ/UMF 8?

JUSTIFICACION

Se sabe relativamente poco acerca de cómo la diabetes afecta la Calidad de Vida de las personas, pues su concepto difiere en su definición y en la forma de medirlo por ser de naturaleza subjetiva conlleva a que cada profesional que se desempeña en el área de la salud implemente estrategias específicas para una adecuada intervención. Por lo tanto se considera de especial importancia determinar la calidad de vida, porque permite un manejo integral del paciente diabético, despejando las dudas que guarda la terapia farmacológica con insulina y su relación con la presencia de complicaciones de la diabetes, enfermedades concomitantes activas, y deficiencia en su control metabólico, esto nos permitirá crear estrategias preventivas que fomenten el uso de terapia insulínica de manera temprana y oportuna, reduciendo de esta manera la mortalidad, los costos de la enfermedad, así mismo permitirá fomentar acciones que promuevan estilos de vida saludables en la población.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- -Conocer la calidad de vida en pacientes diabéticos usuarios de insulina y/o hipoglucemiantes orales que acudan a consulta externa del HGZ/UMF 8.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- -Analizar cuál de los grupos de pacientes diabéticos tienen mejor calidad de vida.
- -Relacionar la Calidad de vida del paciente con su control glucémico.
- -Identificar si hay deterioro de la calidad de vida en relación con el tiempo de diagnóstico de diabetes.
- -Determinar si hay deterioro de la calidad de vida con el uso de hipoglucemiantes orales.

HIPOTESIS

Se describen con fines metodológicos.

HIPOTESIS:

Los pacientes diabéticos usuarios de insulina tienen mejor calidad de vida que los usuarios de hipoglucemiantes orales, o en tratamiento combinado.

HIPOTESIS NULA H_0 :

Los pacientes diabéticos usuarios de insulina no tienen mejor calidad de vida que los usuarios de hipoglucemiantes orales, o en tratamiento combinado.

HIPOTESIS ALTERNA H_1 :

Los pacientes diabéticos usuarios de insulina tienen igual calidad de vida que los usuarios de hipoglucemiantes orales, o en tratamiento combinado.

MATERIALES Y METODOS

TIPO DE INVESTIGACION:

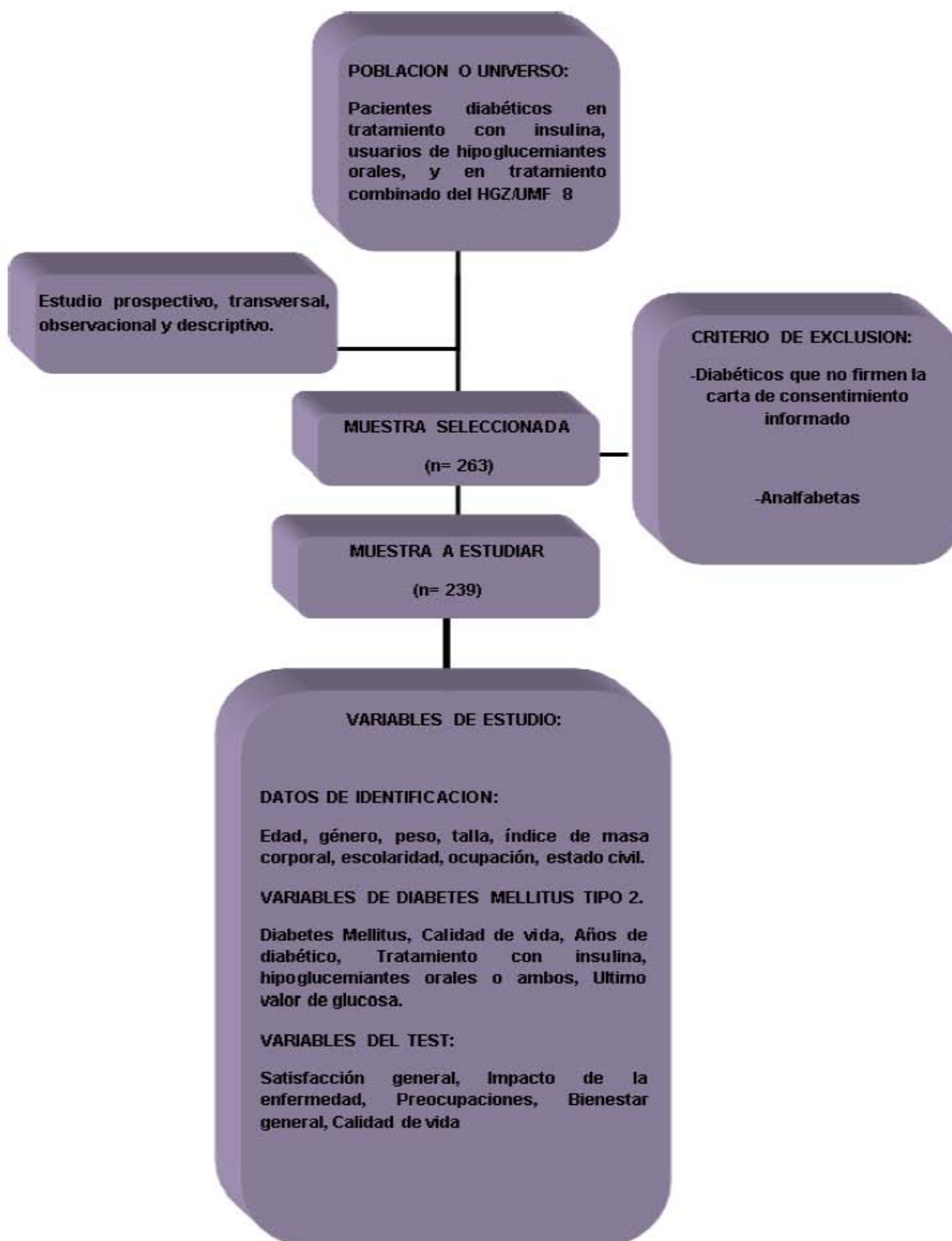
a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO

b).- Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL

c).- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO

d).- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION



Elaboró: Dra. Yovany Lupita García Jiménez

POBLACION O UNIVERSO:

El estudio se realizó en consulta externa del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar número 8. Dr. Gilberto Flores Izquierdo, del instituto mexicano del seguro social en el Distrito Federal. Esto es una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

El estudio se llevó a cabo en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, sin importar el tiempo de diagnóstico o género, mayores de 18 años, que se encontraron bajo tratamiento farmacológico con insulina de cualquier tipo, con hipoglucemiantes orales, o ambos y que acudieron a consulta durante el periodo comprendido del 1 al 31 de Mayo de 2012 en el HGZ/UMF 8.

MUESTRA:

Probabilístico en base a la prevalencia nacional de Diabetes Mellitus.

PREVALENCIA: 9.5%

El tamaño de la muestra necesaria para un estudio descriptivo de una variable dicotómica es con un intervalo de confianza del 99%, con una proporción del 0.10, y una amplitud total del intervalo de confianza de 0.01

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

N= 9.5/100. 0.10 que es la proporción esperada ajustada al intervalo de confianza corresponde a un total de 239 ajustado a un 10% de pacientes excluidos

10% DE 239: 24

24 MÁS 239= 263

TAMAÑO TOTAL DE LA MUESTRA N: **263**

CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Diabéticos en tratamiento con insulina de cualquier tipo
- Diabéticos en tratamiento con hipoglucemiantes orales incluyendo Metformina.
- Diabéticos en tratamiento con ambos tipos de medicamentos
- Mayores de 18 años
- Ambos géneros
- Derechohabientes del IMSS

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Diabéticos que no firmen la carta de consentimiento informado
- Analfabetas

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Pacientes que no completen el cuestionario.
- Pacientes que abandonen la investigación.

VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES DE IDENTIFICACION:

- 1.- Edad
- 2.-Genero
- 3.- Peso
- 4.- Talla
- 5.- IMC
- 6.- Escolaridad
- 7.-Ocupacion
- 8.-Estado civil

VARIABLES DE LA PATOLOGIA PRINCIPAL

- 1.- Diabetes Mellitus
- 2.- Calidad de Vida
- 3.- Años de diabético
- 4.- Tipo de tratamiento con insulina.
- 5.- Tipo de tratamiento con hipoglucemiantes orales
- 6.- Tipo de tratamiento combinado con ambos medicamentos
- 6.- Ultimo valor de glucosa control

VARIABLES DEL TEST

Cuestionario de calidad de vida en diabetes (DQOL) en versión validada al español.

- 1.-Satisfaccion general
- 2.-Impacto de la enfermedad
- 3.-Preocupaciones
- 4.-Bienestar general
- 5.-Calidad de vida

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE.

Calidad de Vida.

Definición conceptual: Es la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

Definición operacional: Se medirá esta variable por medio de los puntajes del paciente obtenidos mediante la aplicación del cuestionario de calidad de vida y Diabetes Mellitus (DQOL).

Cualitativa, ordinal, finita.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Diabetes Mellitus.

Definición conceptual: Trastorno del metabolismo, caracterizado por hiperglucemia sostenida, resultado de a) deficiencia absoluta de la secreción de la Insulina, b) reducción en la eficacia de dicha hormona, c) o ambos.

Definición operacional: Se medirá esta variable por su presencia con cifras de glucosa en miligramos sobre decilitro.

Cuantitativa discreta.

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

CARACTERISTICAS GENERALES

NOMBRE DE LAS VARIABLES	DEFINICION
Edad	Tiempo de existencia de una persona expresada en años de vida.
Genero	Forma de agrupación vinculado a los valores y conductas que se atribuyen de acuerdo al sexo, se expresa en masculino y femenino.
Índice de Masa Corporal	Medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo, utilizado para evaluar el estado nutricional, se expresa en Kg/m ² .
Escolaridad	Grados de estudios o tiempo en el que un alumno acude a un centro de enseñanza.
Ocupación	Área laboral referida a un grupo común de competencias. Es relevante en el desempeño de diversos puestos de trabajo
Estado Civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona en relación a otra.

VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA

NOMBRE DE LAS VARIABLES	DEFINICION
Satisfacción General	Experiencia personal del paciente diabético en relación a la cobertura de sus necesidades básicas.
Impacto de la enfermedad	Efecto producido por la Diabetes Mellitus en diversos ámbitos de su vida, como físico, emocional y social.
Preocupaciones	Producto de la intranquilidad, temor, angustia o inquietud, que ocasiona la Diabetes Mellitus en diversos ámbitos de su vida, como físico, emocional y social.
Bienestar General	Estado de la persona humana, en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica.
Calidad de Vida	Es la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES

CARACTERISTICAS GENERALES

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS ENTEROS
GENERO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=MASCULINO 2=FEMENINO
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1= ANALFABETA 2= PRIMARIA 3=SECUNDARIA 4=BACHILLERATO 5=LICENCIATURA
OCUPACION	CUALITATIVA	NOMINAL	1=EMPLEADO 2=DESEMPLEADO 3=ESTUDIANTE 4=PENSIONADO
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO 3=VIUDO 4=DIVORCIADO 5=UNION LIBRE
PESO	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS
TALLA	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS
IMC	CUANTITATIVA	NOMINAL	1=PESO NORMAL 2=SOBREPESO 3=OBESIDAD GRADO I 4=OBESIDAD GRADO II 5=OBESIDAD GRADO III

VARIABLES ENFERMEDAD

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
AÑOS DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	CUANTITATIVA	NOMINAL	1=MENOS DE 5 AÑOS 2=DE 5 A 10 AÑOS 3=MAS DE 10 AÑOS
TIPO DE TRATAMIENTO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=INSULINA 2=HIPOGLUCEMIANTES ORALES 3=AMBOS
AÑOS DE TRATAMIENTO	CUANTITATIVA	DISCRETA	NUMEROS ENTEROS
CONTROL DE GLUCOSA	CUALITATIVA	NOMINAL	1=CONTROLADO 2=DESCONTROLADO

VARIABLES DEL INSTRUMENTO.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
BIENESTAR GENERAL	CUALITATIVA	ORDINAL	1=EXCELENTE 2=BUENA 3=REGULAR 4=MALA
CALIDAD DE VIDA	CUALITATIVA	ORDINAL	1=BUENA (0-72 PTS) 2=REGULAR (72-144 PTS) 3=MALA (MAS DE 144 PTS)

Elaboró: Dra. Yovany Lupita García Jiménez

DISEÑO ESTADISTICO:

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), frecuencias y porcentajes, estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. El tipo de muestra fue representativa y se calculó a través de su prevalencia la cual varía del 9 al 14%, siendo en nuestro medio de 9.5%, valor que se tomó por lo que la muestra a estudiar fue de 263 pacientes con un intervalo de confianza del 99%.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Se diseñó una base con los datos de identificación personalizada la cual incluyo edad, peso, talla, índice de masa corporal, años de diabético, ultimo valor de glucosa, tipo de tratamiento, escolaridad ocupación, estado civil, y se utilizó el Cuestionario sobre calidad de vida en diabetes (DQOL), el cual se menciona a continuación.

La primera forma de evaluación específica de la Diabetes Mellitus fue desarrollada en 1988 por el grupo de investigación Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) para evaluar la calidad de vida relacionada con los tratamientos intensivos de la enfermedad (Jacobson, de Groot y Samson. 1995). Esta medida se conoce como DQOL (de las siglas en inglés de «Diabetes Quality of Life»). El DQOL evalúa cinco dimensiones generales relacionadas de manera relevante o directa con la Diabetes Mellitus y su tratamiento: 1.- Satisfacción con el tratamiento 15 ítems; 2.- Impacto del tratamiento 20 ítems, 3.- Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes 4 ítems; 4.- Preocupación por aspectos sociales y vocacionales 7 ítems; y 5.- Bienestar general. Las preguntas del DQOL se contestan en una escala tipo Lickert de cinco puntos. La dimensión de satisfacción se puntúa desde «muy satisfecho» (1) hasta «muy insatisfecho» (5). Las escalas de impacto y preocupación se califican desde «ningún impacto o nunca me preocupo» (1) hasta «siempre me afecta o siempre me preocupa» (5). El resultado que evalúa bienestar general presenta una escala de cuatro puntos, en donde 1 significa «Excelente» y 4 «pobre». De esta manera, de acuerdo con el sistema original de calificación, una baja puntuación bruta de la escala significaba una buena calidad de vida. Con el fin de facilitar la comprensión de los resultados, diversos investigadores han sugerido diferentes métodos de calificación.

Está disponible una versión del cuestionario traducida y validada en España (Es-DQOL) a la que se le han practicado algunas modificaciones, con la exclusión de 3 preguntas de la subescala "impacto", que mejora su fiabilidad y su interpretación con el beneficio añadido de una mayor claridad para los pacientes. Precisa de 20 a 30 minutos para contestarse. La cual para su calificación, utiliza la puntuación bruta, al igual que la propuesta por la versión original, donde a menor puntaje mayor calidad de vida y a mayor puntaje menor calidad de vida, en este estudio para poder otorgar una calificación lo más cercana a la percepción del paciente se realizaron las siguientes escalas; a) de 0-72 buena calidad de vida, b) 72-144 regular calidad de vida y c) más de 144 Mala calidad de vida.

El DQOL se caracteriza por adecuada consistencia interna, con alphas de Cronbach de 0.47 a 0.92, y altos coeficientes de estabilidad temporal, que van desde 0.78 a 0.92, en un estudio realizado por Robles García en nuestro país con pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, se reportó una validez interna con rangos de 0.68 a 0.86.

METODO DE RECOLECCIÓN

Se realizó el estudio en los pacientes con Diabetes Mellitus que se encontraron bajo tratamiento farmacológico con hipoglucemiantes orales, incluyendo Metformina, Insulina o ambos. En el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar Numero 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo ubicado en la ciudad de México Distrito Federal, durante el periodo comprendido del 1 al 31 de Mayo del 2012. Con autorización del director de la Institución, y previo consentimiento informado, se le otorgo a cada paciente participante un cuestionario de calidad de vida en Diabetes el cual contenía preguntas relacionadas con la percepción de la calidad de vida, además de otro cuestionario con preguntas dirigidas a aspectos sociodemográficos y de su enfermedad. A si mismo se les proporciono una tabla de apoyo, pluma y un par de hojas blancas a utilizar en caso necesario.

El paciente fue estimulado a leer las preguntas cuidadosamente y a seleccionar la alternativa que considero más apropiada, mediante las siguientes indicaciones («la respuesta correcta es la que usted piense que es la correcta»). En algunos casos fue necesario, leer las preguntas voz alta, para facilitar su comprensión, intentando clarificarlas, cuidando en no sugerir una respuesta determinada. Cada pregunta tuvo 5 posibles respuestas. El paciente fue capaz de leer cada pregunta detenidamente y posteriormente marco el número que considero mejor de acuerdo a su situación.

Para obtener el peso y talla, de cada uno de los pacientes, se consideró la cifra anotada en su carnet de citas médicas el día que acudió a su consulta.

Se les pidió a los pacientes que anotaran en el cuestionario la glucosa plasmática en ayunas obtenida durante el último mes.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Se realizó una búsqueda sistemática de medicina basada en evidencia, procurando información proveniente de metaanálisis, ensayos clínicos y reporte de casos. Se aplicó el cuestionario sobre calidad de vida y Diabetes Mellitus DQOL en forma individual, a pacientes diabéticos mayores de 18 años y que fueron capaces de leer y escribir. Durante la aplicación del cuestionario no se aceptó la ayuda de otras personas. Los sujetos fueron informados de que no necesariamente tendrían que responder todas las preguntas ya que podrían dejar en blanco las que no supieran contestar, se les informo de la siguiente manera. Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no esté seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Para la realización de este proyecto se contó con un investigador residente de medicina familiar, un asesor metodológico y un asesor de contenido. Se utilizó el cuestionario calidad de vida y diabetes DQOL. Así como una computadora Toshiba procesador Intel Pentium processor P6100, y una memoria USB con capacidad para 2GB. Servicio de fotocopiado para reproducir el cuestionario. Se contara con lápices, borradores, hojas. Todos los gastos fueron absorbidos por el investigador residente de segundo grado de medicina familiar.

CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas que se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), por la 18va Asamblea Medica Mundial y la modificada en la 52va, en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000 y sus posteriores modificaciones, así como en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El presente trabajo se clasifica como categoría uno, con base en el título segundo del artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación ó en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- El consentimiento informado se encuentra en anexos.

RESULTADOS

Se estudió un total de 263 pacientes, de los cuales se encontró predominio del sexo femenino 150 (57%) pacientes, y 113 (43%) pacientes del sexo masculino. ^(Ver cuadro 1 y gráfica 1)

Del total de pacientes estudiados, 124 (47.1%) fueron empleados, 29 (11%) fueron desempleados, 33 (12.5%) jubilados o pensionados y 77 (29.3%) se dedicaron al hogar. ^(Ver cuadro 2 y gráfica 2)

Al analizar la edad de los pacientes, 93 (35.4%) estuvieron dentro del rango de 20 a 40 años de edad, 109 (41.4%) dentro de los 40 a 60 años de edad, y 61 (23.2%) fueron mayores de 60 años. La media de edad fue de 48.5 años con una mínima de 22 años y una máxima de 88 años, moda de 54, mediana de 48 y desviación estándar de 15.06 años. ^(Ver cuadro 3 y gráfica 3)

En el estado civil 36 (13.7%) fueron solteros, 133 (50.6%) casados, 20 (7.6%) viudos, 21(8%) divorciados, y 53 (20.2%) manifestaron vivir en unión libre. ^(Ver cuadro 4 y gráfica 4)

En cuanto a los años de padecer Diabetes Mellitus (DM), 92 (35%) pacientes tenían menos de 5 años de diagnóstico de la enfermedad, 127 (48.3%) de 5 a 10 años de diagnóstico, y 44 (16.7%) más de 10 años de diagnóstico. La media fue de 6.7 años con una mínima de 1 y un máximo de 22 años, moda de 5, mediana 6 y desviación estándar de 4.4 años. ^(Ver cuadro 5 y gráfica 5)

La media del nivel de glucosa fue de 143.38 mg/dl con una mínima de 65 mg/dl y máxima de 324 mg/dl, moda de 100 mg/dl, mediana de 134 mg/dl y desviación estándar de 49.36 mg/dl.

Del total de pacientes analizados se encontró que 125 (47.5%) pacientes estuvieron metabólicamente controlados y 138 (52.5%) no estuvieron metabólicamente controlados. ^(Ver cuadro 6 y gráfica 6)

En el tipo de tratamiento 76 (28.9%) pacientes fueron usuarios de insulina, 136 (51.7%) usuarios de hipoglucemiantes orales, y 51 (19.4%) usuarios de insulina en combinación con hipoglucemiantes orales. ^(Ver cuadro 7 y gráfica 7)

En el análisis de escolaridad, 29 (11%) de los pacientes fueron analfabetas, 60 (22.8%) habían cursado la primaria, 65 (24.7%) tenían secundaria, 49 (18.6%) carrera técnica, 40 (15.2%) preparatoria, y 20 (7.6%) licenciatura. ^(Ver cuadro 8 y gráfica 8)

De los 263 pacientes estudiados al compararse con una persona de su edad, 6 (2.3%) manifestaron tener un excelente bienestar general, 175 (66.5%) buen bienestar general, 76 (28.9%) regular bienestar general, y 6 (2.3%) mal o pobre bienestar general. ^(Ver cuadro 9 y gráfica 9)

En el rubro de calidad de vida en general 61 (23.2%) pacientes refirieron tener una buena calidad de vida, 192 (73%) regular calidad de vida y 10 (3.8%) mala calidad de vida. (Ver cuadro 10 y grafica 10)

En cuanto al análisis de calidad de vida y género, se encontró que 27 (44.3%) pacientes del género masculino refirieron tener una buena calidad de vida, 79 (41.1%) regular calidad de vida y 7 (70%) mala calidad de vida; en comparación con el género femenino donde 34 (55.7%) refirieron tener una buena calidad de vida, 113 (58.9%) regular calidad de vida y 3 (30%) mala calidad de vida. (Ver cuadro 11 y grafica 11)

Al analizar calidad de vida y la edad del paciente, se encontró que de los pacientes que refirieron tener una buena calidad de vida 15(16.1%) se encontraba dentro del rango de los 20 a 40 años de edad, 36 (33%) dentro de los 40 a 60 años de edad, y 10 (16.4%) de más de 60 años de edad; de los pacientes que se refirieron con regular calidad de vida 75 (80.6%) se encontraban dentro de los 20 a 40 años de edad, 69 (63.3%) de 40 a 60 años de edad, y 48 (78.7%) de más de 60 años de edad; para finalizar de los pacientes con mala calidad de vida 3 (3.2%) se encontraban dentro de los 20 a 40 años de edad, 4 (3.7%) dentro de los 40 a 60 años de edad, y 3 (4.9%) más de 60 años de edad. (Ver cuadro 12 y grafica 12)

En el apartado de calidad de vida y tiempo de evolución de la DM, de los pacientes que refirieron tener menos de 5 años de la enfermedad, 20 (21.7%) manifestaron tener una buena calidad de vida, 67 (72.8%) regular calidad de vida y 5 (5.4%) mala calidad de vida; en los pacientes con 5 a 10 años de evolución de la enfermedad 24 (18.9%) manifestaron tener una buena calidad de vida, 98 (77.2%) regular calidad de vida y 5 (3.9%) mala calidad de vida; por último de los pacientes con más de 10 años de evolución de la enfermedad 17 (38.6%) manifestaron tener una buena calidad de vida, 27 (61.4%) regular calidad de vida y en este grupo de edad ninguno manifestó tener mala calidad de vida. (Ver cuadro 13 y grafica 13)

Al relacionar el nivel de control de glucosa con la calidad de vida, se encontró que del total de pacientes que refirieron una buena calidad de vida, 29 (23.2%) estuvieron controlados y 32 (23.2%) descontrolados; de los pacientes con regular calidad de vida 95 (76%) estuvieron controlados, y 97 (70.3%) descontrolados; para finalizar de los pacientes con mala calidad de vida 1 (0.8%) estuvo controlado, y 9 (6.5%) estuvieron descontrolados. (Ver cuadro 14 y grafica 14)

Cuando se analizó la calidad de vida y el tipo de tratamiento se encontró que de los pacientes que fueron usuarios de insulina 12 (15.8%) manifestaron tener una buena calidad de vida, 63 (82.9%) regular calidad de vida y 1 (1.3%) mala calidad de vida; de los pacientes usuarios de hipoglucemiantes orales 40 (29.4%) refirieron buena calidad de vida, 89 (65.4%) regular calidad de vida y 7 (5.1%) mala calidad de vida; en los pacientes que reportaron ser usuarios tanto de hipoglucemiantes orales como insulina 9 (17.6%) dijeron tener un buena calidad de vida, 40 (78.4%) regular calidad de vida y 2 (3.9%) mala calidad de vida. (Ver cuadro 15 y grafica 15)

En el apartado de Calidad de Vida e Índice de Masa Corporal (IMC), se encontró que de los pacientes que tuvieron un IMC normal, 14 (23%) refirieron tener buena calidad de vida, 35 (18.2%) regular calidad de vida, y 0 (0%) mala calidad de vida; de los pacientes encontrados con sobrepeso 27 (44.3%) manifestó buena calidad de vida, 66 (34.4%) regular calidad de vida, y 4 (40%) mala calidad de vida; en los pacientes con obesidad grado I, 17 (27.9%) refirieron tener buena calidad de vida, 61 (31.8%) regular calidad de vida y 4 (40%) mala calidad de vida; en los pacientes con obesidad grado II, 3 (4.9%) dijeron tener buena calidad de vida, 22 (11.5%) regular calidad de vida, y 1 (10%) mala calidad de vida; en los pacientes con obesidad grado III, ningún paciente manifestó tener buena calidad de vida, 8 (4.2%) refirieron tener regular calidad de vida, y 1 (10%) mala calidad de vida. ^(Ver cuadro 16 y grafica 16)

En el análisis de la calidad de vida y ocupación, se encontró lo siguiente, de los pacientes que refirieron tener algún tipo de empleo, 24 (39.3%) manifestaron tener buena calidad de vida, 95 (49.5%) regular calidad de vida, 5 (50%) mala calidad de vida; de los pacientes desempleados 9 (14.8%) dijeron tener buena calidad de vida, 18 (9.4%) regular calidad de vida, y 2 (20%) mala calidad de vida; en cuanto a los pacientes pensionados o jubilados 5 (8.2%) dijeron tener una buena calidad de vida, 26 (13.5%) regular calidad de vida, y 2 (20%) mala calidad de vida; de los pacientes que manifestaron dedicarse al hogar 23 (37.7%) manifestaron tener una buena calidad de vida, 53 (27.6%) regular calidad de vida y 1 (10%) mala calidad de vida. ^(Ver cuadro 17 y grafica 17)

TABLA 1. FRECUENCIA DE ACUERDO AL GENERO		
GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
MASCULINO	113	43.00%
FEMENINO	150	57.00%
TOTAL	263	100.00%

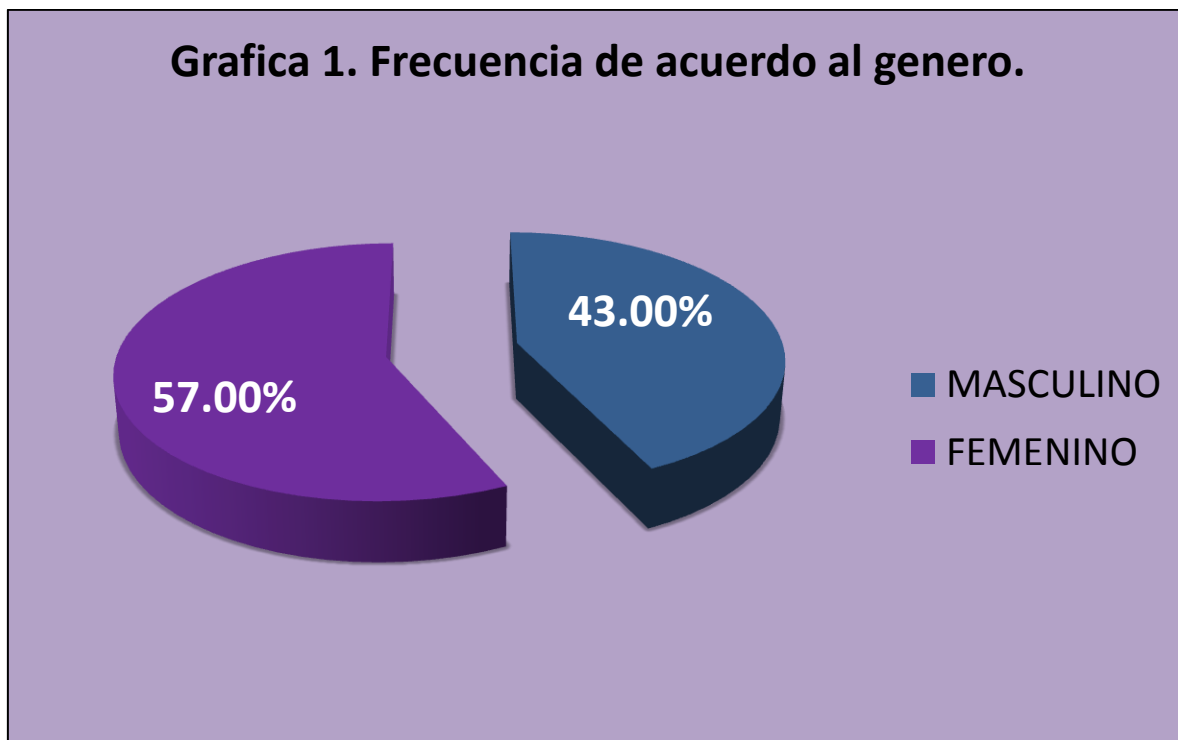


TABLA 2. FRECUENCIA DE ACUERDO A LA OCUPACION		
OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
EMPLEADO	124	47.10%
DESEMPLEADO	29	11.00%
PENSIONADO	33	12.50%
HOGAR	77	29.30%
TOTAL	263	100.00%

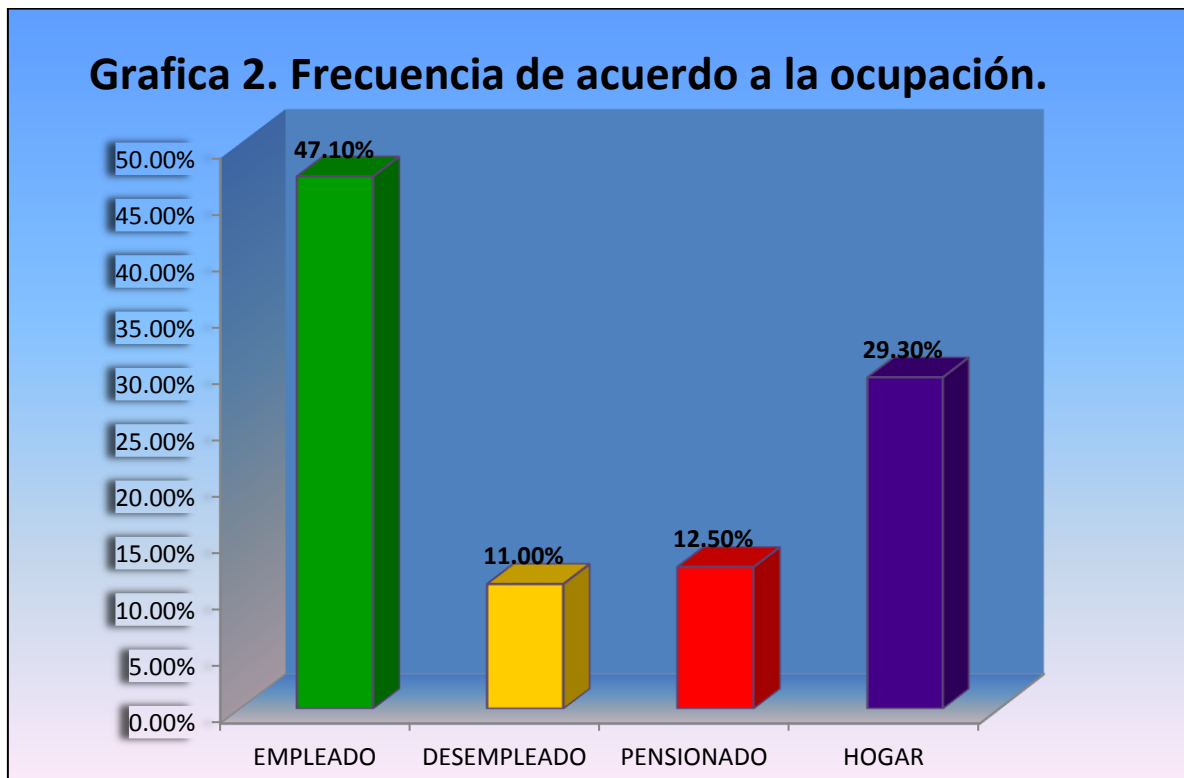


TABLA 3. FRECUENCIA DE ACUERDO A LA EDAD		
RANGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
20-40 AÑOS	93	35.40%
40-60 AÑOS	109	41.40%
MAS DE 60 AÑOS	61	23.20%
TOTAL	263	100.00%

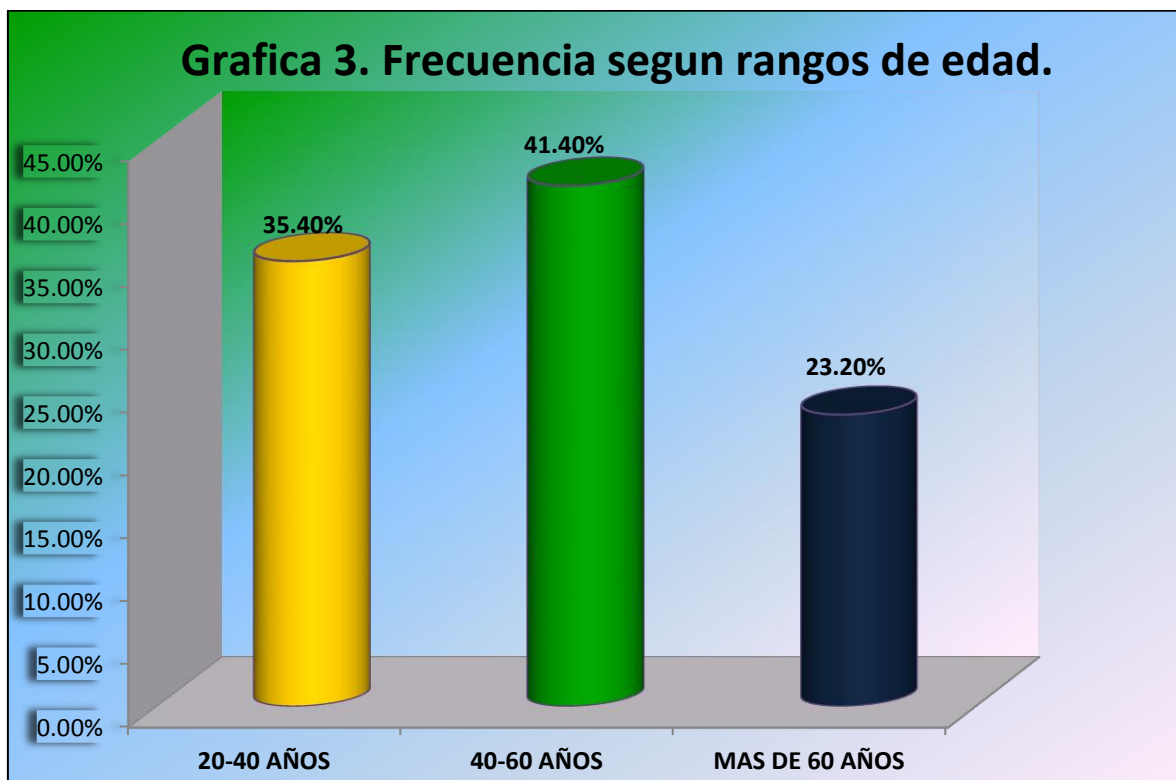


TABLA 4. FRECUENCIA DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SOLTERO	36	13.70%
CASADO	133	50.60%
VIUDO	20	7.60%
DIVORCIADO	21	8.00%
UNION LIBRE	53	20.20%
TOTAL	263	100.00%

Grafica 4. Frecuencia segun estado civil.

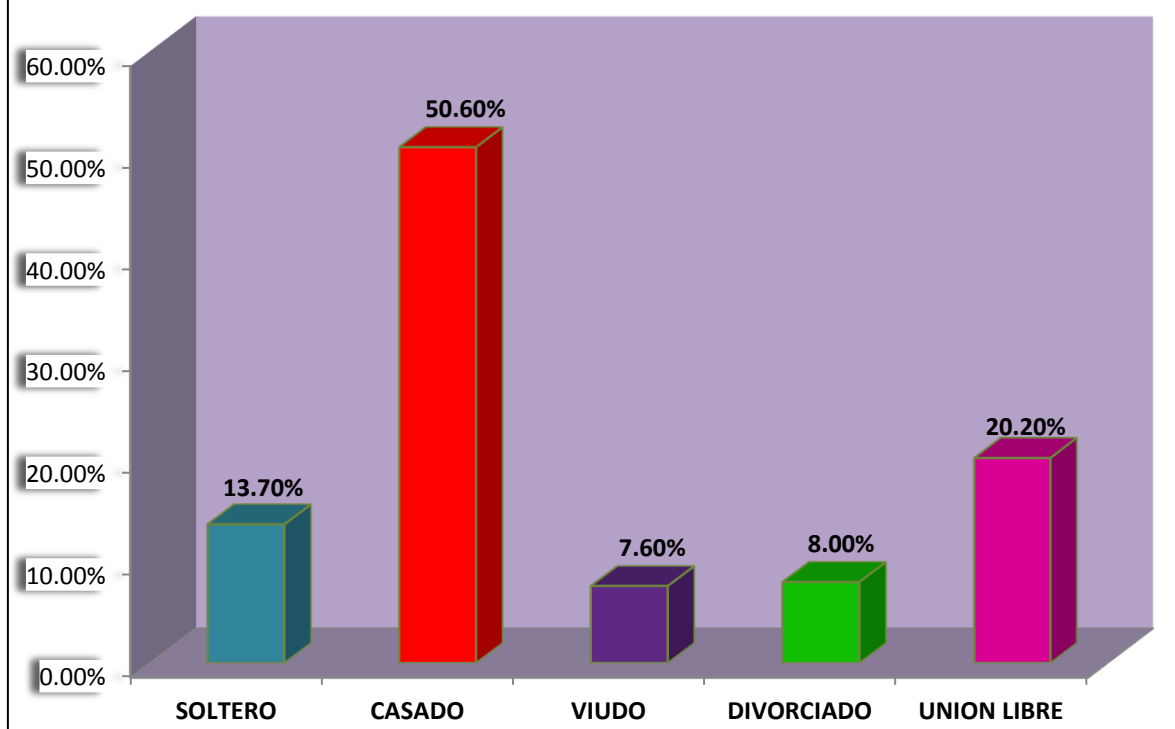


TABLA 5. FRECUENCIA DE AÑOS DE DIABETICO		
AÑOS DE DIABETICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
MENOS DE 5 AÑOS	92	35.00%
DE 5-10 AÑOS	127	48.30%
MAS DE 10 AÑOS	44	16.70%
TOTAL	263	100.00%

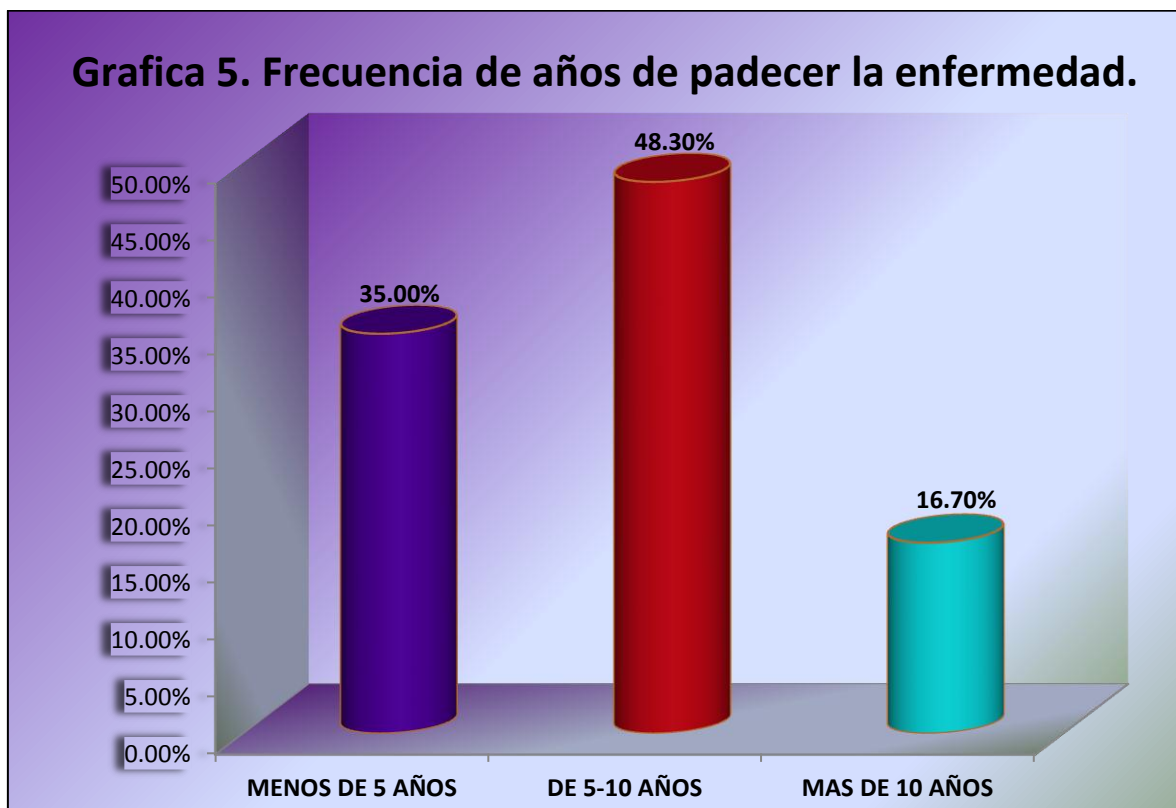


TABLA 6. FRECUENCIA DEL CONTROL DE GLUCOSA

CONTROL DE GLUCOSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
CONTROLADO	125	47.50%
NO CONTROLADO	138	52.50%
TOTAL	263	100%

Grafica 6. Frecuencia segun grados de control glucemico.

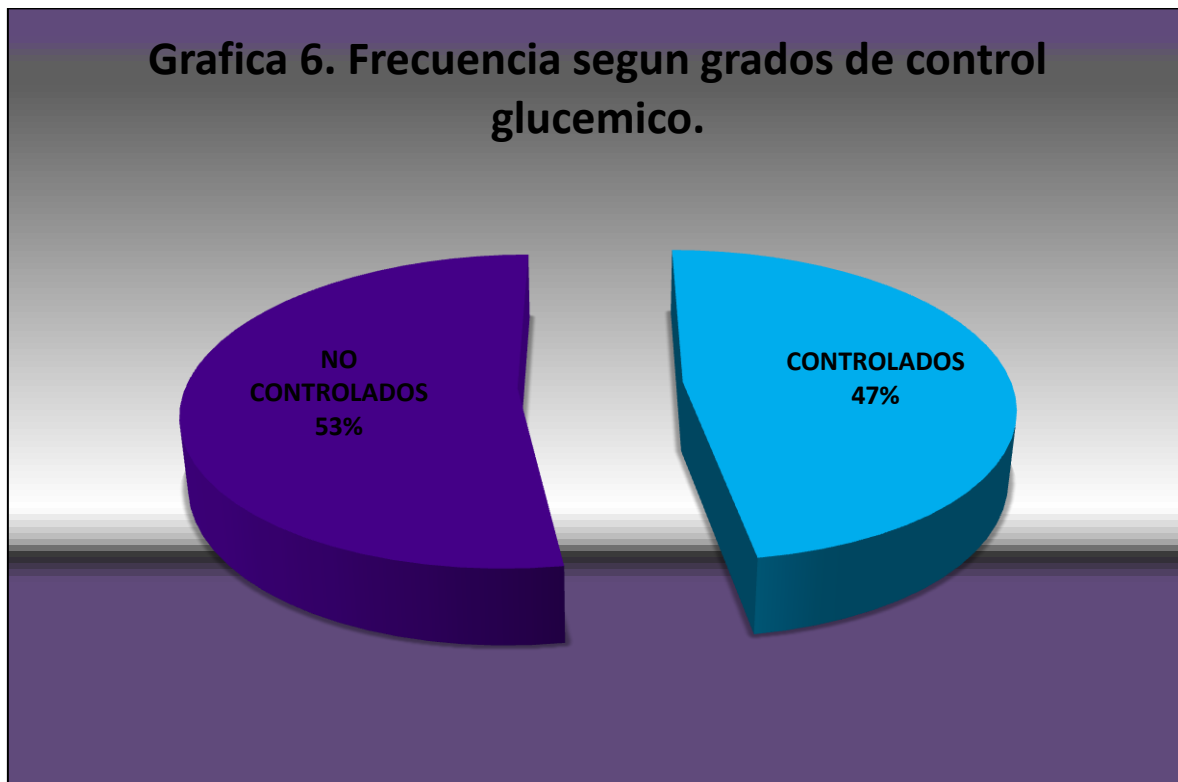


TABLA 7. FRECUENCIA DEL TIPO DE TRATAMIENTO

TIPO DE TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
INSULINA	76	28.90%
HIPOGLUCEMIANTES ORALES	136	51.70%
AMBOS	51	19.40%
TOTAL	263	100.00%

Grafica 7. Frecuencia segun tipo de tratamiento.

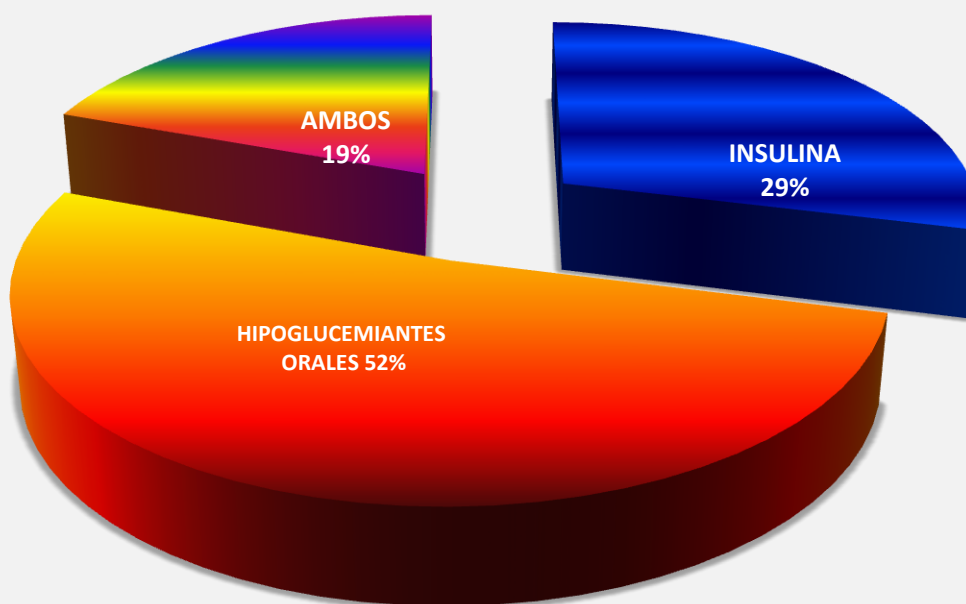


TABLA 8. FRECUENCIA DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
ANALFABETA	29	11.00%
PRIMARIA	60	22.80%
SECUNDARIA	65	24.70%
TECNICO	49	18.60%
PREPARATORIA	40	15.20%
LICENCIATURA	20	7.60%
TOTAL	263	100.00%

Grafica 8. Frecuencia segun escolaridad.

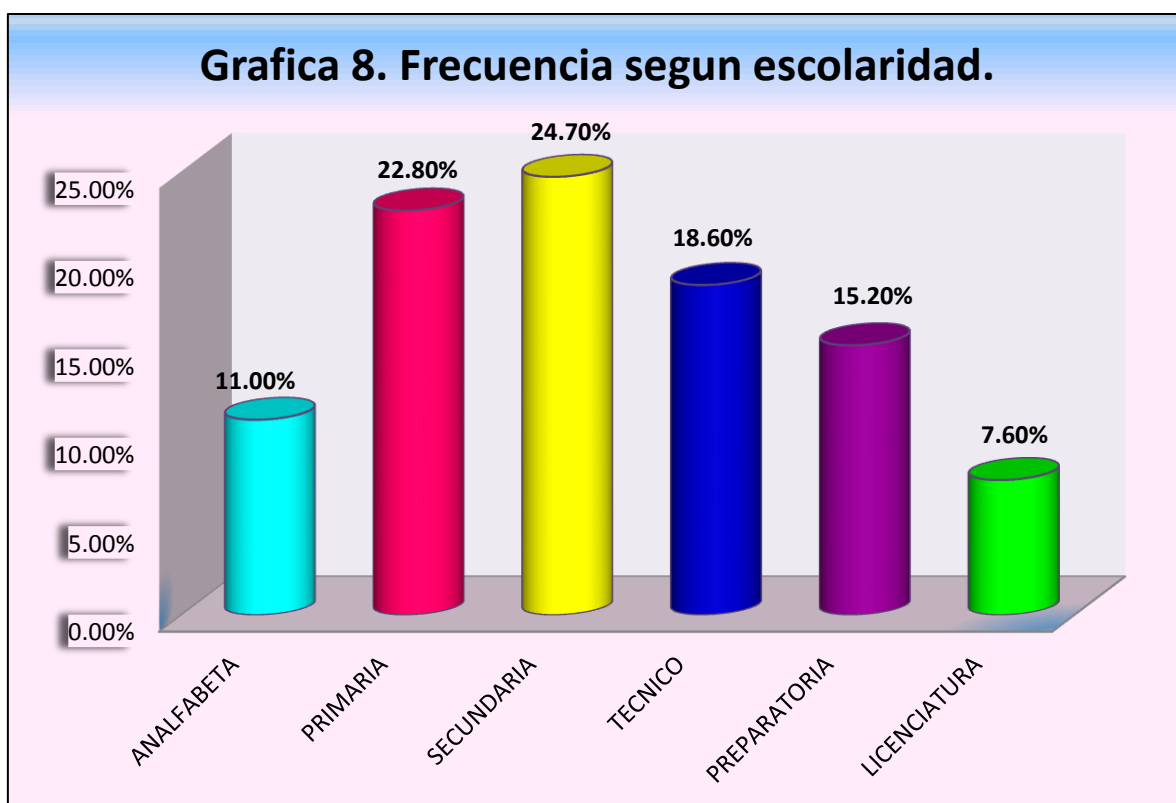


TABLA 9. FRECUENCIA DE BIENESTAR GENERAL		
TIPO DE BIENESTAR GENERAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
EXCELENTE	6	2.30%
BUENA	175	66.50%
REGULAR	76	28.90%
MALA O POBRE	6	2.30%
TOTAL	263	100%

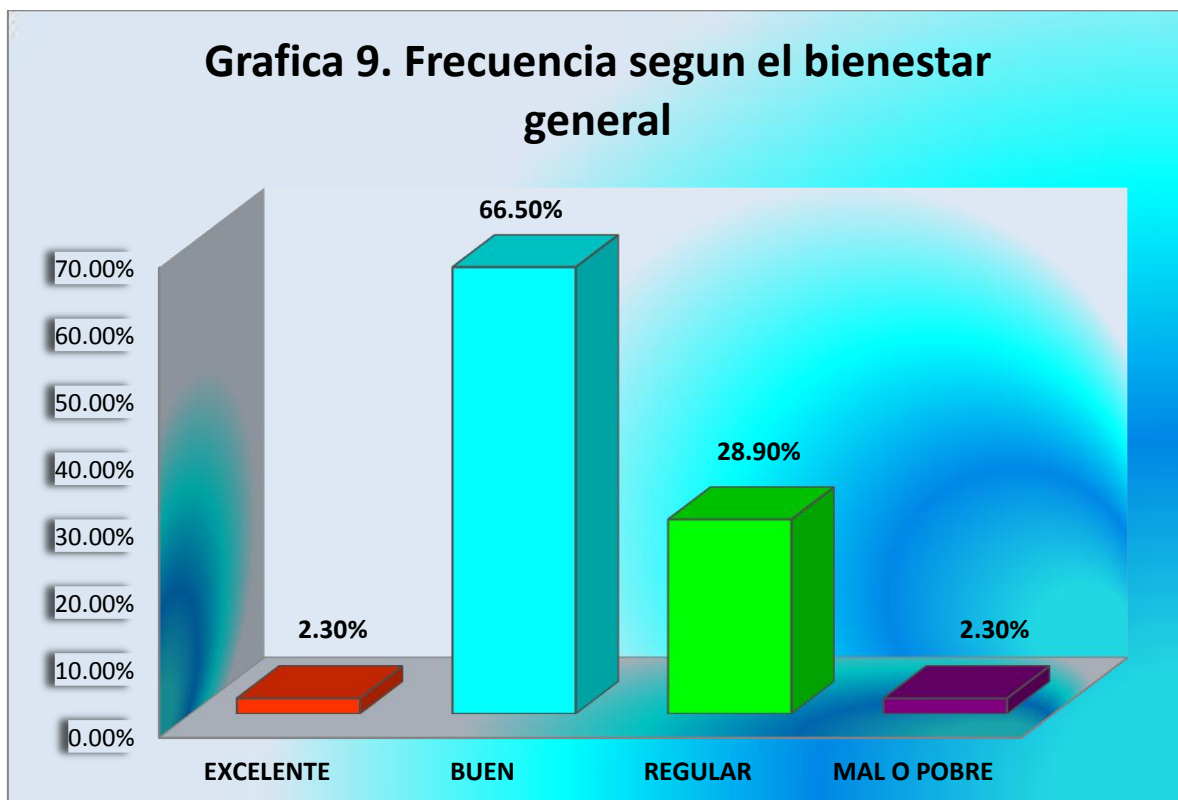


TABLA 10. FRECUENCIA DE CALIDAD DE VIDA		
CALIDAD DE VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
BUENA	61	23.20%
REGULAR	192	73.00%
MALA	10	3.80%
TOTAL	263	100.00%

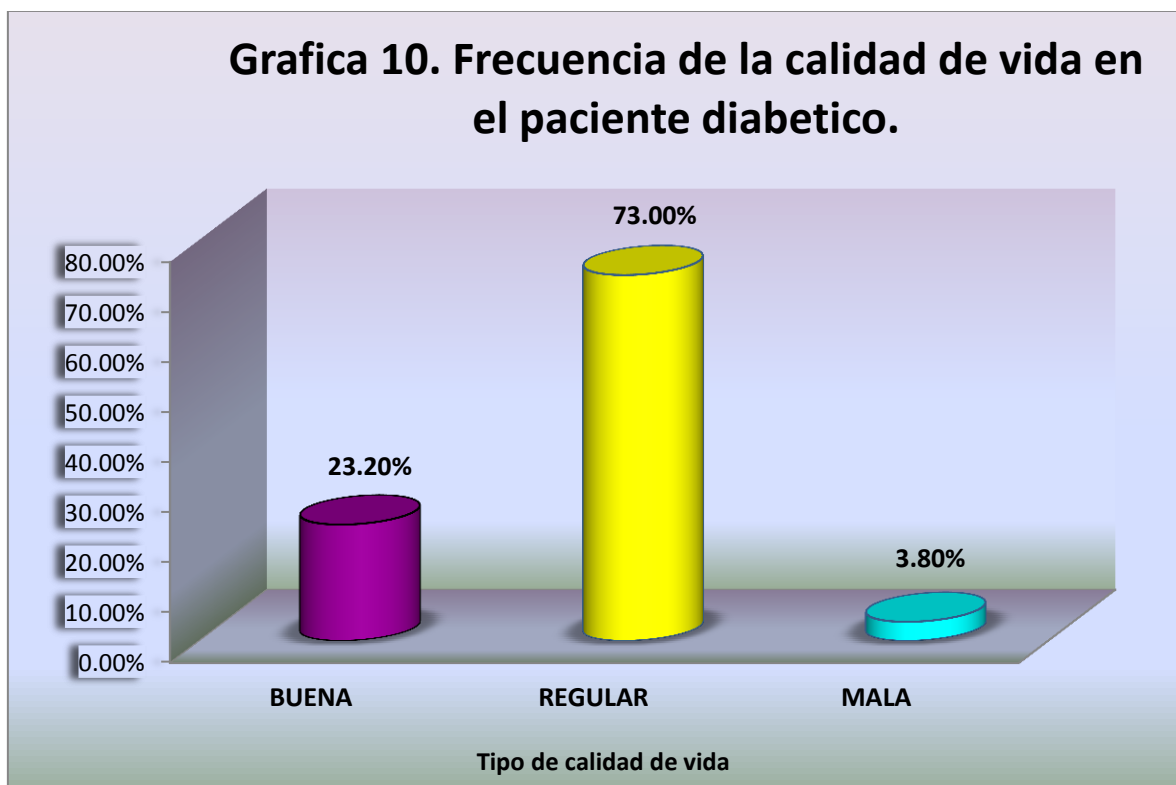


TABLA 11. RELACION ENTRE GENERO Y CALIDAD DE VIDA						
GENERO	CALIDAD DE VIDA					
	BUENA		REGULAR		MALA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	27	44.30%	79	41.10%	7	70.00%
FEMENINO	34	55.70%	113	58.90%	3	30.00%
TOTAL	61	100.00%	192	100.00%	10	100.00%

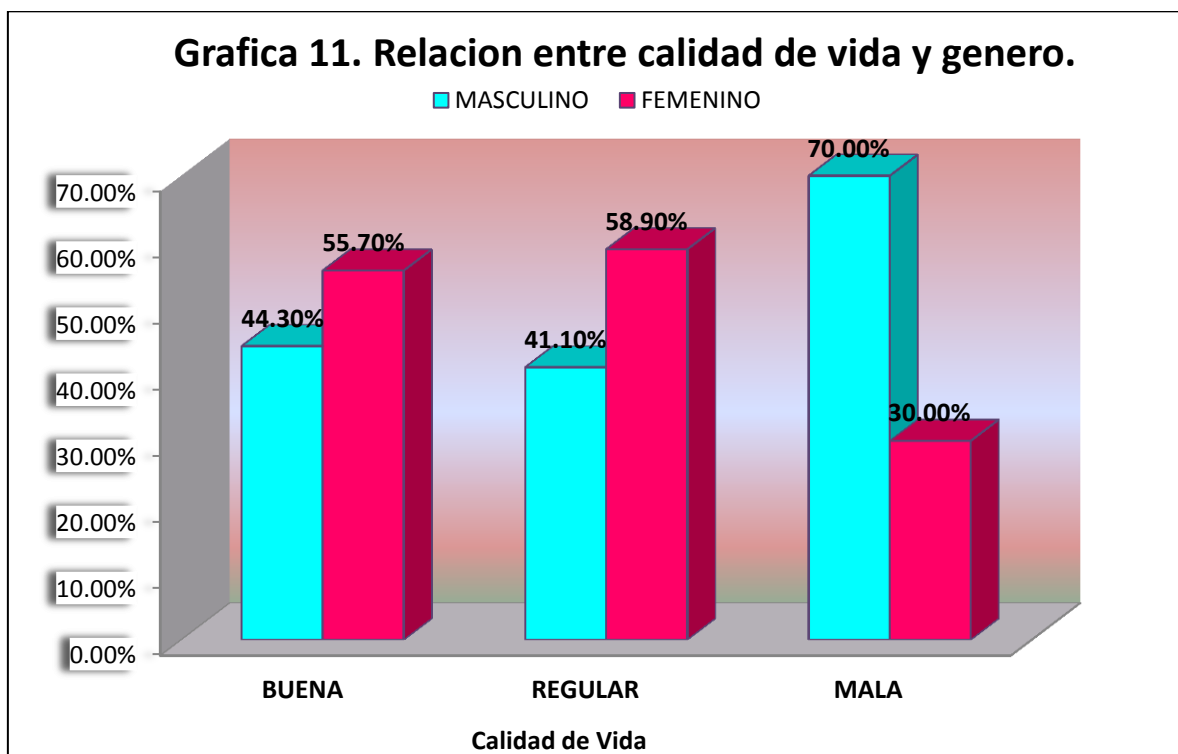


TABLA 12. AFECTACION DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL GRUPO DE EDAD

CALIDAD DE VIDA	RANGOS DE EDAD					
	20-40 AÑOS		40-60 AÑOS		MAS DE 60 AÑOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	15	16.10%	36	33.00%	10	16.40%
REGULAR	75	80.60%	69	63.30%	48	78.70%
MALA	3	3.20%	4	3.70%	3	4.90%
TOTAL	93	100.00%	109	100.00%	61	100.00%

Grafica 12. Grupos de edad y su impacto en la calidad de vida.

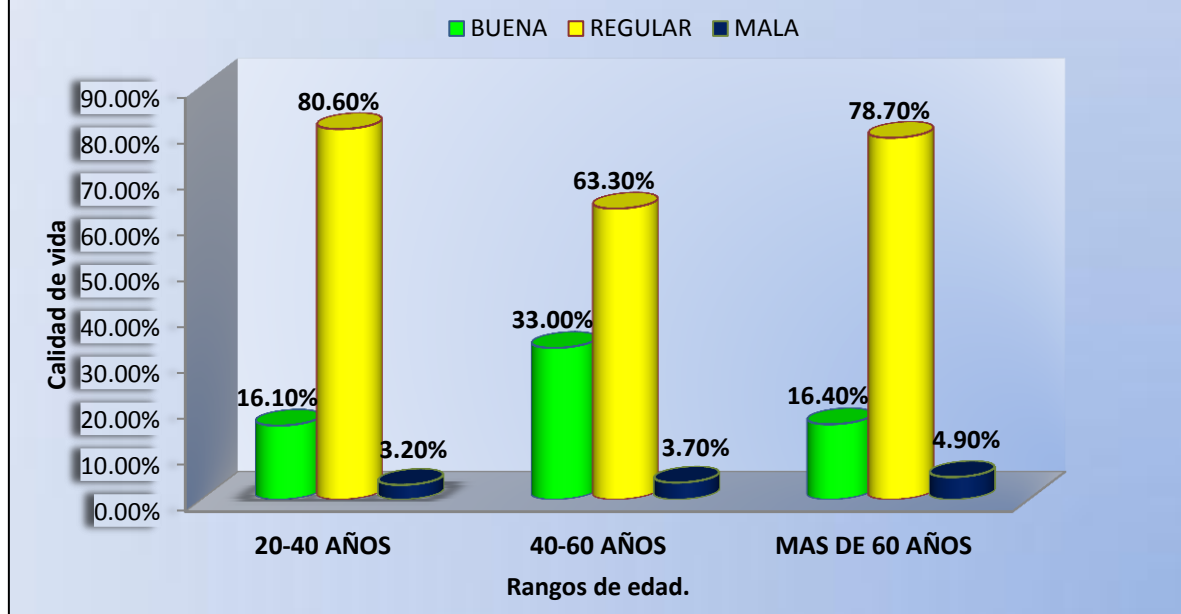


TABLA 13. CALIDAD DE VIDA Y AÑOS DE DIABETICO

CALIDAD DE VIDA	RANGOS DE EDAD					
	MENOS DE 5 AÑOS		DE 5-10 AÑOS		MAS DE 10 AÑOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	20	21.70%	24	18.90%	17	38.60%
REGULAR	67	72.80%	98	77.20%	27	61.40%
MALA	5	5.40%	5	3.90%	0	0.00%
TOTAL	92	100.00%	127	100.00%	44	100.00%

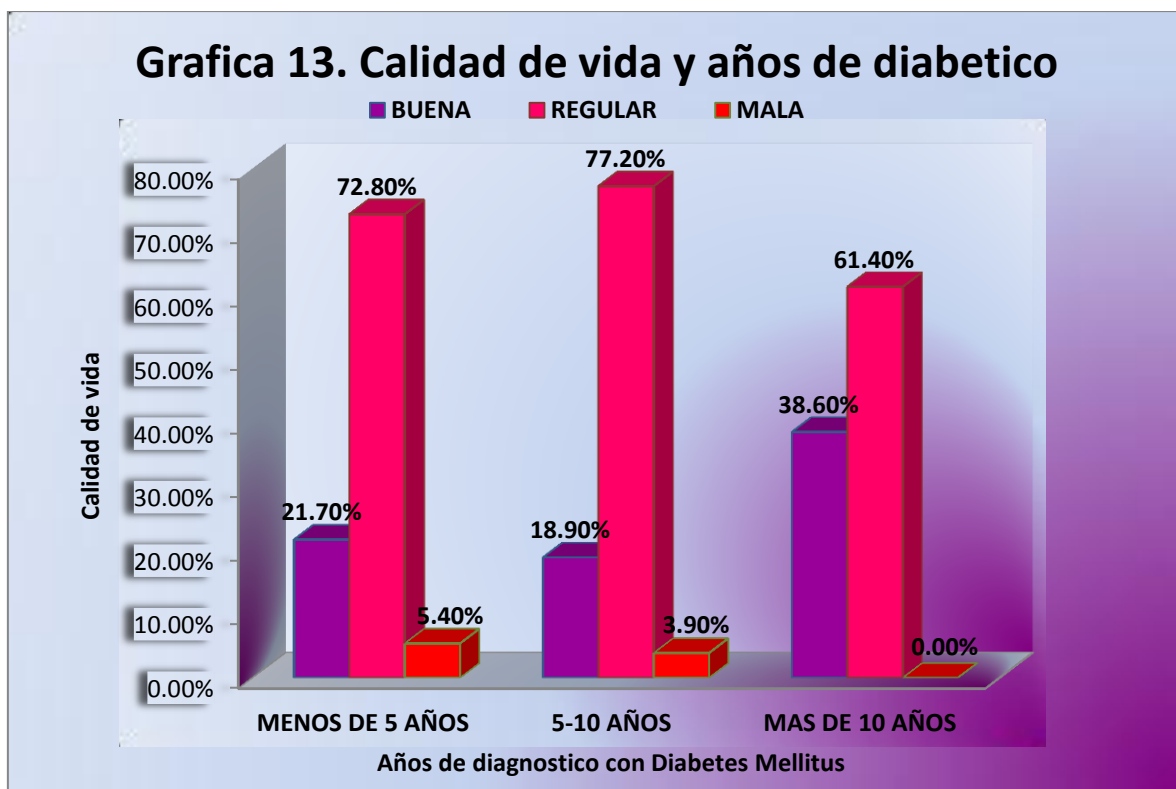


TABLA 14. CALIDAD DE VIDA EN RELACION AL CONTROL GLUCEMICO

CALIDAD DE VIDA	CONTROLADO		NO CONTROLADO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	29	23.20%	32	23.20%
REGULAR	95	76.00%	97	70.30%
MALA	1	8.00%	9	6.50%
TOTAL	125	100.00%	138	100.00%

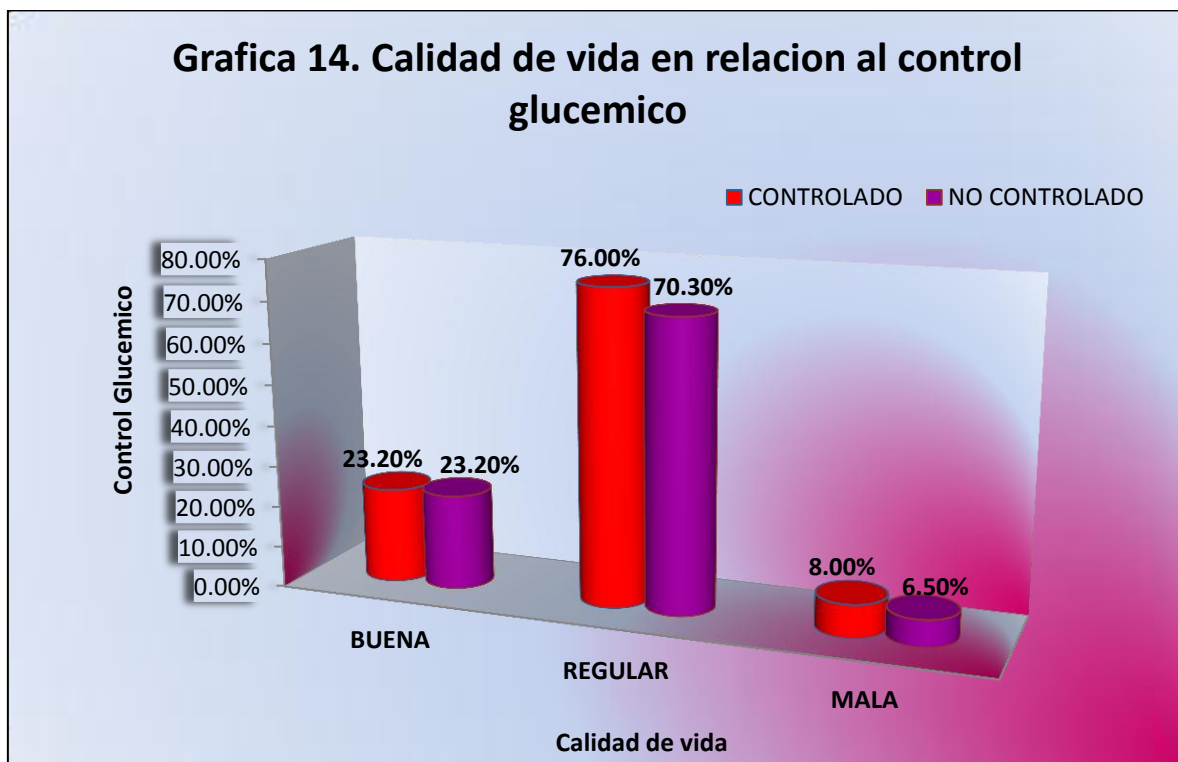


TABLA 15. TIPO DE TRATAMIENTO Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

TRATAMIENTO	CALIDAD DE VIDA					
	BUENA		REGULAR		MALA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INSULINA	12	15.80%	63	82.90%	1	1.30%
HIPOGLUCEMIANTES ORALES	40	29.40%	89	65.40%	7	5.10%
AMBOS	9	17.60%	40	78.40%	2	3.90%
TOTAL	61	100.00%	192	100.00%	10	100.00%

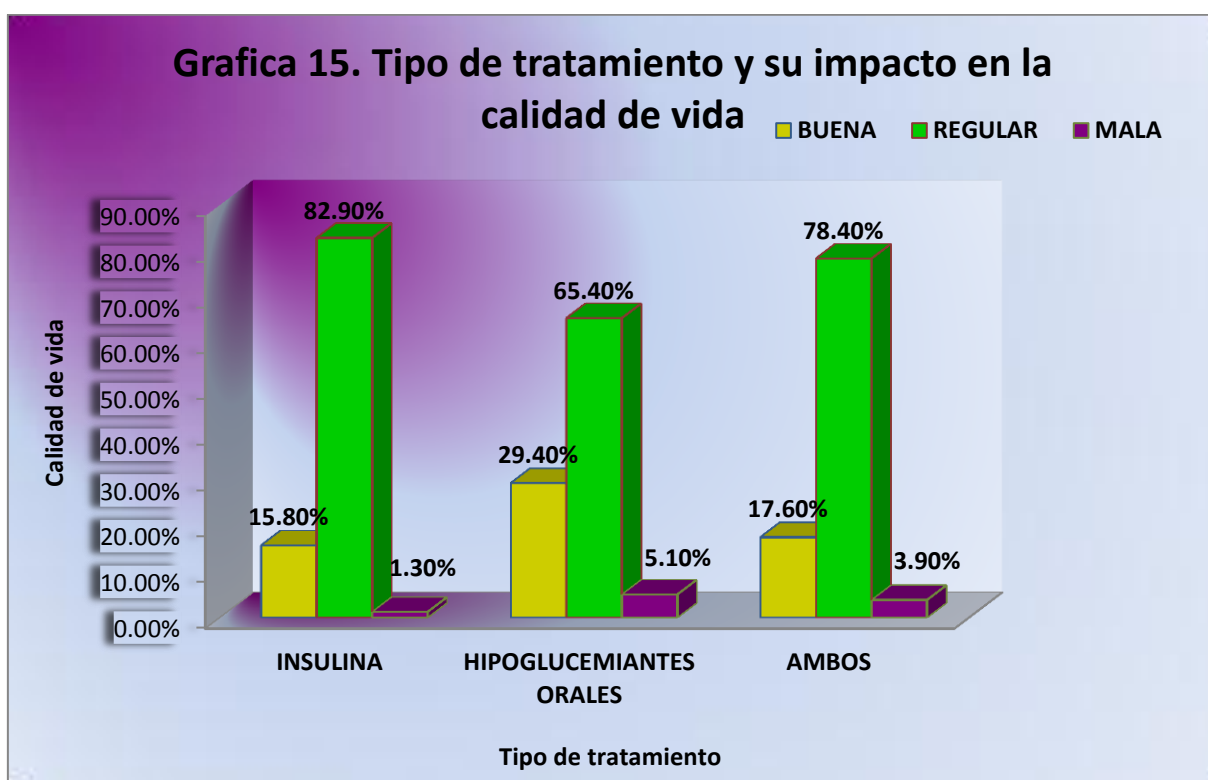


TABLA 16. INDICE DE MASA CORPORAL Y SU RELACION CON CALIDAD DE VIDA

GRADOS	CALIDAD DE VIDA					
	BUENA		REGULAR		MALA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL	14	23.00%	35	18.20%	0	0.00%
SOBREPESO	27	44.30%	66	34.40%	4	40.00%
OBESIDAD GRADO 1	17	27.90%	61	31.80%	4	40.00%
OBESIDAD GRADO 2	3	4.90%	22	11.50%	1	10.00%
OBESIDAD GRADO 3	0	0.00%	8	4.20%	1	10.00%
TOTAL	61	100.00%	192	100.00%	10	100.00%

Grafica 16. Indice de masa corporal y su relacion con calidad de vida.

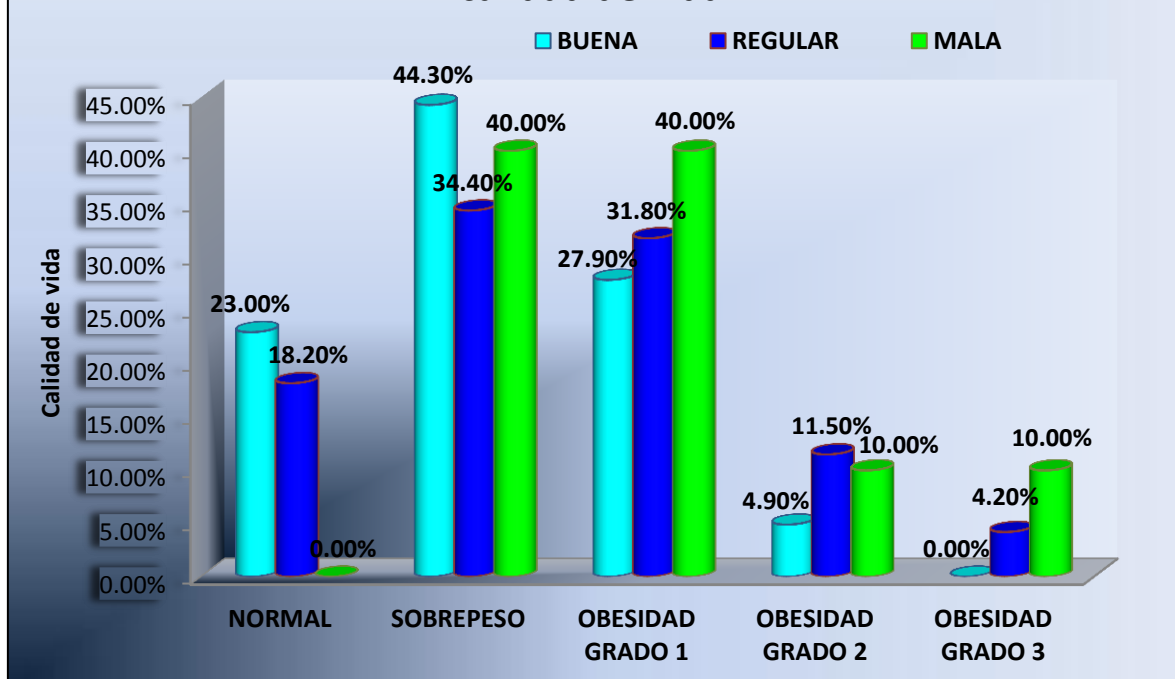
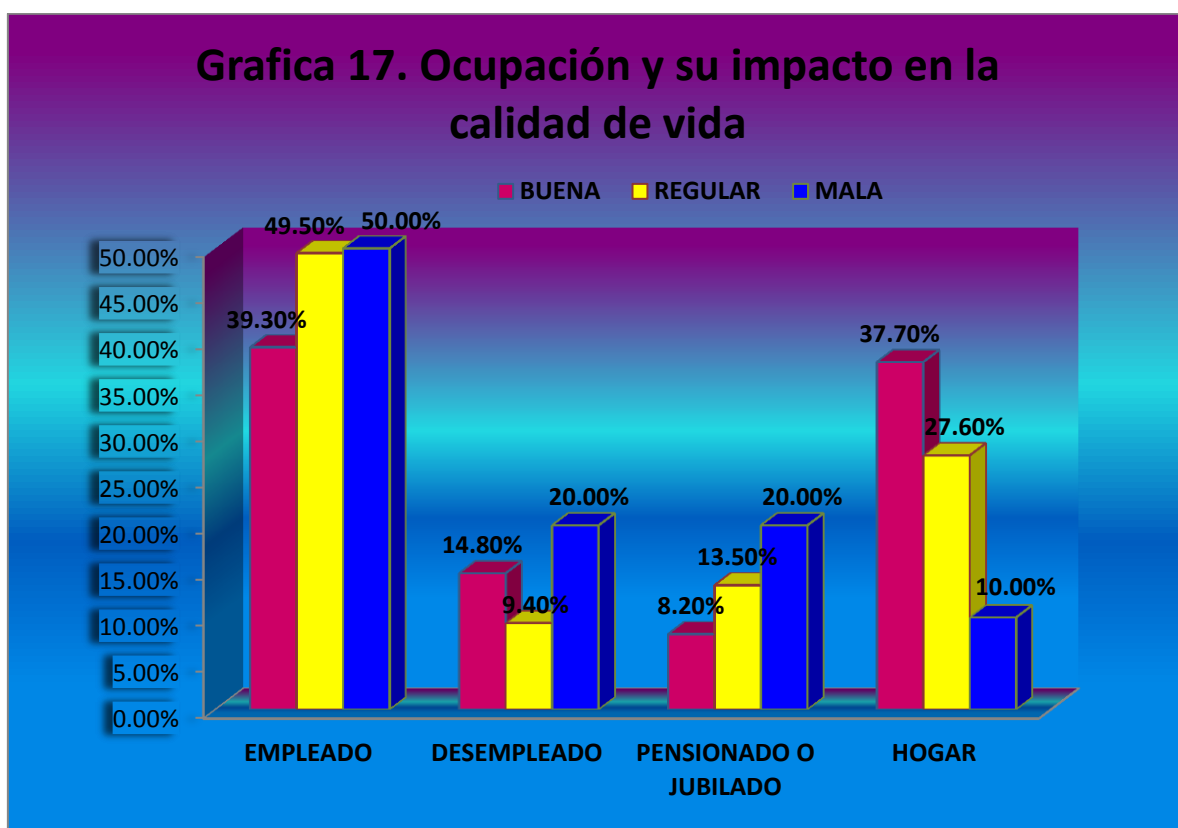


TABLA 17. OCUPACION Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA						
OCUPACION	CALIDAD DE VIDA					
	BUENA		REGULAR		MALA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EMPLEADO	24	39.30%	95	49.50%	5	50.00%
DESEMPLEADO	9	14.80%	18	9.40%	2	20.00%
PENSIONADO O JUBILADO	5	8.20%	26	13.50%	2	20.00%
HOGAR	23	37.70%	53	27.60%	1	10.00%
TOTAL	61	100.00%	192	100.00%	10	100.00%



DISCUSION

Respecto a la literatura sobre la calidad de vida en pacientes diabéticos, Moreno Jiménez et al. Reporto que en su estudio “Evaluación de la Calidad de Vida” (2008) predominó el género femenino con un 58 %, lo cual es equivalente a los resultados obtenidos en nuestro estudio, ya que la mayoría de los pacientes analizados fueron mujeres con un 57 %, posiblemente relacionado a que la población femenina es la que acude con más frecuencia a consulta.

En el estudio realizado por Cárdenas Villareal et al. “Calidad de Vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2” (2009), realizado en nuestro país, se reportó una escolaridad mínima de 5 años, lo encontrado en nuestro estudio es similar a estos resultados ya que el 24.7 % de nuestros pacientes había cursado la secundaria; estas semejanzas encontradas y las reportadas en el estudio de Cárdenas Villareal pueden ser debidas a que el estudio fue realizado en una población mexicana, económicamente activa que cuenta con seguridad social del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y que habita en una área urbana.

De acuerdo a los resultados de Glasgow y cols. “Percepción de la Calidad de Vida en el Paciente Diabético” un gran porcentaje el 53 % de pacientes fue manejado con Hipoglucemiantes orales e insulina, mientras que en nuestro estudio solo el 19.4 % tuvo tratamiento combinado de insulina más hipoglucemiantes orales, en este sentido nuestro estudio no se relaciona con la literatura anterior probablemente relacionado a la falta de insulinización oportuna de nuestra población derechohabiente del IMSS.

En el análisis de la calidad de vida según el bienestar general, el estudio realizado por G. Bracamonte y cols. “Calidad de Vida y aspectos sociodemográficos del Paciente Diabético” (2009), reportó que todos los pacientes que refirieron bueno, regular y pobre bienestar general se ubicaron en la categoría de buena calidad de vida, los resultados obtenidos en nuestro estudio mostraron que los pacientes, al compararse con una persona de su edad, un 66.5 % manifestó un buen bienestar general seguido de regular bienestar general y por ultimo un mal o pobre bienestar general con un 28.9 % y 2.3 % respectivamente, debido a que esta dimensión se considera por si sola independiente en el instrumento de evaluación DQOL no se realizó un análisis de bienestar general en cuanto a calidad de vida ya que se puede prestar a confusiones por el diseño del instrumento, sin embargo los resultados son afines a los reportados por Bracamonte, y la mayoría de los pacientes se percibe con un buen bienestar general.

En cuanto al análisis de calidad de vida según el instrumento DQOL, se ha encontrado poca literatura, en el estudio realizado por P. Loredó y cols. "Evaluación de la Calidad de Vida del Paciente con Diabetes Mellitus tipo 2" en Monterrey Nuevo León (2005) donde analizó a una población con Diabetes Mellitus, sus resultados situaron a los pacientes con una moderada afección de la calidad de vida en un 80 %, encontrando estos resultados similares a lo observado en estudios norteamericanos. Por otro lado el estudio realizado por Carrasquero y Cols en España (2009) analizando 42 pacientes reportó que hasta un 95.2 % de los pacientes presentaron buena calidad de vida sin ubicarse ningún paciente en las categorías excelente y pobre calidad de vida; en nuestro estudio el 73 % de los pacientes manifestaron una regular calidad de vida, seguida de buena calidad en un 23.2 %, y solo un 3.8 % refirió una mala calidad de vida. de acuerdo con lo anterior nuestro estudio presenta resultados afines a los reportados por P. Loredó en Monterrey Nuevo León, probablemente debido a razones socioculturales, económicas y demográficas en nuestra población Mexicana, donde los pacientes no conciben la calidad de vida relacionada a la salud como un parámetro de importancia a su control glucémico.

De igual manera el estudio de P. Loredó y cols reportó que los sujetos del sexo masculino percibieron una mejor calidad de vida que las mujeres en un 65 %, mientras que el estudio realizado por Carrasquero y cols no hizo mención de la calidad de vida en cuanto al género; los resultados de nuestro estudio muestran que el 70% de los pacientes del género masculino manifestaron una mala calidad de vida, mientras que en las mujeres un 58.9 % dijo tener una regular calidad de vida, este resultado puede estar relacionado con el tipo de empleo y las presiones laborales y aspectos sociales ya que la mayoría de los pacientes del género masculino consultan servicios médicos en estadios avanzados de la enfermedad.

En relación al análisis de calidad de vida y la edad del paciente, el estudio de P. Loredó y cols, concluyó que la calidad de vida en general no fue influenciada por características como la edad del paciente, por otro lado Carrasquero y cols concluyó que el grupo etario que más predominó fue de 50 a 69 años y la mayoría de estos manifestó buena calidad de vida el 79 %, sin embargo no hizo análisis de los demás grupos de edad, los resultados de nuestro estudio arrojaron que en todos los grupos de edad, es decir de los 20-40 años, de 40-60 años y más de 60 años predominó una regular calidad de vida en un 80.6%, sin embargo en el grupo de los 40 a 60 años de edad fue donde predominó una mejor calidad de vida con un 33 % y en el grupo de más de 60 años de edad se encontró mayor porcentaje de mala de calidad de vida en un 4.9 %, a pesar de que nuestros resultados no coinciden con lo mencionado por la literatura sería interesante contemplar en estudios futuros la existencia de complicaciones asociadas al envejecimiento ya que en este estudio no se realizó sin embargo nuestros hallazgos guardan relación de que a mayor edad mayor deterioro de la calidad de vida.

Según lo reportado por P. Loredó y cols respecto al tiempo de evolución de la enfermedad, concluyeron que esta no influyó en la percepción de la calidad de vida de los pacientes diabéticos; según los resultados que nosotros obtuvimos en nuestros tres grupos clasificados como menos de 5 años de padecer la enfermedad, de 5 a 10 años y más de 10 años de padecer la enfermedad el tipo de calidad de vida mayormente percibida fue la regular con un 77.2 % y en donde se percibió mejor calidad de vida fue en el grupo de más de 10 años de padecer la enfermedad con un 38.6 %; aunque nuestros resultados difieren a lo reportado en el estudio de P. Loredó, pueden relacionarse a la falta de aceptación de la enfermedad en pacientes recientemente diagnosticados y probablemente a la inconformidad de un tratamiento intensivo, restricción de alimentos o la incorporación a un programa de actividad física que muchas veces representa una situación difícil de tolerar.

La mayoría de los estudios en la población diabética buscan la relación entre el grado de control glucémico y la percepción de la calidad de vida, en el estudio de P. Loredó se pudo confirmar una asociación entre el buen control glucémico y buena calidad de vida, ya que hasta un 94.1 % de los pacientes controlados refirieron una buena calidad por su parte el estudio de Carrasquero y cols, reportó que sus pacientes con descontrol metabólico pertenecían a la categoría de buena calidad de vida en un 50.2%; en cuanto a nuestros resultados no hubo asociación entre el buen control glucémico y el tipo de calidad de vida, ya que tanto en los pacientes controlados como descontrolados el tipo de calidad de vida más percibida fue la regular con un 76 %; lo cual muestra que posiblemente nuestros pacientes tienen un conocimiento deficiente de la evolución de la enfermedad y no están conscientes de que tal situación repercutirá en la aparición de complicaciones que deterioran la salud física.

El resultado de nuestro estudio sobre la relación del tipo de tratamiento y la calidad de vida, fue que la mayoría de los pacientes diabéticos percibieron una regular calidad de vida hasta en un 82.9 % independientemente del tipo de tratamiento que estuvieron llevando, si bien dentro del grupo de hipoglucemiantes orales un 29.4% manifestaron una buena calidad de vida, es en el grupo de pacientes con insulina donde se encontró el menor porcentaje de pacientes con mala calidad de vida en un 1.3 %, cabe señalar que la mayoría de los pacientes, el 52 % fue manejado con hipoglucemiantes orales lo que revela posiblemente un uso exagerado de medicamentos vía oral, y un temor del médico familiar por iniciar de manera oportuna la monoterapia con insulina o bien la terapia combinada de insulina con hipoglucemiantes orales en este sentido en la literatura revisada no se encontraron datos que puedan ser comparados con estas variables.

Los sesgos del presente estudio fueron los siguientes; no se contemplaron complicaciones asociadas a la enfermedad como las micro o macro vasculares las cuales pueden tener relación directa con la calidad de vida percibida, así mismo no se incluyeron complicaciones relacionadas con el tipo de tratamiento como las hipoglucemias, otra limitación del estudio es que los pacientes analizados solo fueron derechohabientes del IMSS.

Uno de los aspectos más importantes de la investigación fue conocer la calidad de vida en pacientes diabéticos usuarios de insulina y/o usuarios de hipoglucemiantes orales, utilizando como instrumento el cuestionario DQOL, el cual ha demostrado una alta consistencia y confiabilidad por el proceso de validación al que fue sometido, por lo tanto puede ser aplicado en diabéticos ya sea de tipo 1 o 2 de la república mexicana.

Estos hallazgos son de vital importancia para el médico familiar ya que permite evaluar el impacto de la enfermedad y su repercusión sobre la calidad de vida esto como consecuencia nos puede otorgar un manejo integral del paciente diabético.

Al conocer esta información debemos considerar la preparación del médico familiar no solo en el área biomédica sino también en los aspectos social y cultural, sin olvidar nuestra visión holística y con enfoque de riesgo dirigida a nuestra población diabética, fomentando estilos de vida saludable, apego al tratamiento médico, y la participación activa de la familia en el cuidado del paciente diabético, de igual manera como médicos familiares y desde el punto de vista administrativo nos orienta a promover el uso racional de hipoglucemiantes orales, y el inicio temprano del tratamiento con insulina, con el objetivo de retrasar las complicaciones asociadas a la hiperglucemia y por lo tanto disminuir el costo que estas generan en nuestra institución.

Para finalizar, este estudio aun con sus limitaciones debe considerarse como una motivación para los residentes de nuevo ingreso, para que continúen investigaciones a futuro sobre la calidad de vida no solo en pacientes diabéticos si no en las demás enfermedades crónico degenerativas o de alto impacto en nuestra sociedad.

CONCLUSIONES

En el presente estudio donde se analizó la percepción de calidad de vida en el paciente con Diabetes Mellitus, se encontró que esta era percibida regular en el 73% de los pacientes.

Respecto al impacto del tratamiento sobre la calidad de vida, fue en el grupo de pacientes usuarios de hipoglucemiantes donde se observó una mejor calidad de vida en un 24.9 %; mientras que en el grupo de usuarios de insulina solo el 15.8%.

De este modo se cumplió el objetivo general de la presente investigación; aceptándose la hipótesis de trabajo, la cual señala que los pacientes diabéticos usuarios de insulina no tienen mejor calidad de vida que los usuarios de hipoglucemiantes orales, o en tratamiento combinado.

En cuanto al género y su relación con la calidad de vida, podemos concluir que los pacientes del género masculino refirieron en un 70 % mala calidad de vida, mientras que en las pacientes del género femenino predominó una regular calidad de vida con un 58.9 %.

En la relación de calidad de vida y edad, el 33 % de los pacientes que manifestaron una buena calidad de vida estuvieron dentro del rango de los 40 a 60 años, mientras que el 4.9 % de los pacientes con mala calidad de vida se encontraron dentro del rango de más de 60 años de edad.

Así mismo en el análisis del tiempo de evolución de la diabetes y calidad de vida, podemos observar que independientemente del tiempo de padecer la enfermedad, la calidad de vida, más manifestada fue la regular en el 77.2 % de los pacientes.

Al relacionar el control glucémico y calidad de vida, no se encontraron diferencias, ya que tanto en los pacientes controlados como descontrolados, el tipo de calidad de vida más percibida fue la regular con un 76 % y 70.3 % para cada uno de los grupos respectivamente.

Por lo tanto podemos concluir que la mayoría de los pacientes con Diabetes Mellitus manifiestan una disminución en su calidad de vida, sin embargo esta percepción no está directamente relacionada con el control metabólico, el tiempo de evolución de la enfermedad o el tipo de tratamiento, si no que probablemente el diagnóstico de DM por si solo representa una disminución de las expectativas en cuanto al desarrollo personal.

Es necesario continuar con estudios en esta área con el fin de investigar si los hallazgos de nuestro trabajo son aplicables a grupos de diabéticos de otras ciudades, sería recomendable realizar un estudio comparativo entre pacientes diabéticos en tratamiento con fármacos sensibilizadores de la insulina tales como (Inhibidores de Dipeptidil Peptidasa 4) DPP 4 o análogos de las incretinas los cuales ofrecen más ventajas como menos efectos secundarios, disminución de la resistencia a la insulina entre otras y pacientes diabéticos en tratamiento convencional con hipoglucemiantes orales.

Así mismo se propone realizar los siguientes trabajos incrementando la muestra de pacientes a investigar mediante algún estudio multicentrico que no solo contemple derechohabientes del IMSS; o bien realizar un estudio de seguimiento en cuanto a la mejoría de la percepción de la calidad de vida posterior a una intervención planificada.

BIBLIOGRAFIA

1. American Diabetes Association. Economic Costs of Diabetes In The U.S. In 2002. *Diabetes Care* 2003; 917:932.
2. Standards of Medical Care in Diabetes 2012. *Diabetes Care* volume 35 Supplement 1 2012; 511:563.
3. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* volume 35 Supplement 1 2012; 564:571
4. International Expert Committee. International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. *Diabetes Care* 2009; 1327:1334
5. Herman WH, Edelsrein SL, Ratner RE, et al. The 10-year cost-effectiveness of life style intervention or metformin for primary prevention of type 2 diabetes mellitus; an intent-to-treat analysis of diabetes prevention. Presented at 71st Scientific Sessions of the American Diabetes Association; 2011, June 28; San Diego, California
6. American Diabetes Association. Postprandial blood glucose. *Diabetes Care* 2001; 775:778
7. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad. Sistema Nacional de Información en salud revista electrónica 2005 consultado 11/07/2011. Disponible en <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>
8. Secretaría de Salud. Anuarios de morbilidad 1984-2006. Dirección General de Epidemiología revista electrónica 2009 consultado el 19/07/2011. Disponible en <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/index.html>
9. Secretaría de Salud. Programa de Acción Diabetes Mellitus, 2000-2006, Secretaría de Salud, 2000; 15.
10. Redekop W, Koopmanschap M, Stolk R, et.al. Health-Related Quality of Life and Treatment Satisfaction in Dutch Patients With Type 2 Diabetes, *Diabetes Care* 2008; 458:463
11. Velarde-Jurado, E. Ávila-Figueroa, C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública México* 2002; 349:361
12. World Health Organization (WHO). WHOQOL. Measuring Quality of Life. WHO, 1997
13. Abalo JAG. Calidad de Vida y Salud. Problemas Actuales en su Investigación. II Jornada de actualización en Psicología de la Salud. Colombia, Agosto De 1998. Consultado 12/07/2011. Disponible en <http://www.geocities.com/alapsacol/boletin.htm>>

14. Fierro, A. Bienestar personal, adaptación social y factores de personalidad. Estudios con las Escalas Eudemon. Clínica y Salud, 2011; 297:318
15. Diener, E. Subjective well-being. Psychological Bulletin 1994; 542-575
16. Schallock, R.L. y Verdugo, M.A. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid. Alianza Editorial.2006
17. Coffey J, Brandle M, Tabaei B, et.al. Valuing Health-Related Quality of Life in Diabetes. Diabetes Care. 2007; 2243:2248
18. Trief P, Wade M, Britton K, Weinstock R. A Prospective Analysis of Marital Relationship Factors and Quality of Life in Diabetes. Diabetes Care. 2009; 1154:58
19. Mena F, Escudero J, Blanco F, et.al. Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega. Anales de Medicina Interna. 2006; 357:360
20. Robles G, Sánchez S, Páez A, Nicolini S. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. Psicothema 2003; 15: 247-252
21. Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. Versión mexicana del Inventario de Ansiedad propiedades psicométricas. Revista Mexicana de Psicología 2001. 8, 211-217
22. Cella, D.F., Diennen, K., Arnason, B., Reder, A., Webste, M., Karabastos, B., Chang, C., Lloyd, S., Mo, F, Stewart, J. y Stefoski, D. Validation of the functional assessment of multiple sclerosis quality of life instrument. American Academy of Neurology 1999; 47, 129-139
23. Rubin R.R. y Peyrot M. Quality of life and diabetes. Diabetes Metabolism Research and Reviews. 1999; 15, 205-218
24. Aalto, A.M., Uutela, A. y Aro, A.R. Health related quality of life among insulin- dependent diabetics: disease-related and psychosocial correlates. Patient Education and Counseling, 1997; 30, 215-225
25. Delamater, A., Jacobson, A.M., Barbara, A., Daniel, C., Fisher, L., Lustman, P., Rubin, R. y Wisocki, T. Diabetes Care. 2001; 24, 1286-1292.
26. Wändell, P.E. Quality of life of patients with diabetes mellitus. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2005; 23, 68-74.
27. Jacobson, A.M. The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus. New England Journal of Medicine. 1999; 334, 1249–1253
28. Schallock, R.L. y Verdugo, M.A. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial. 2003

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Calidad de vida en pacientes diabéticos usuarios de insulina y/o usuarios de hipoglucemiantes orales que acuden a consulta al HGZ/UMF 8.						
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica						
Lugar y fecha:	México D. F HGZ/UMF 8 de Julio de 2011 a Febrero de 2013.						
Número de registro:	En tramite						
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: Es de suma importancia determinar el impacto del tratamiento en la calidad de vida lo que nos permitirá crear estrategias preventivas. El objetivo es comparar la calidad de vida en pacientes diabéticos usuarios de insulina con usuarios de hipoglucemiantes orales.						
Procedimientos:	Se aplicara una encuesta de calidad de vida en pacientes diabéticos.						
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la calidad de vida						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables. Por lo tanto solo se informara en caso de situación relevante						
Participación o retiro:	Se podrá retirar del estudio en cualquier momento en el que se considere conveniente sin que ello afecte a la atención medica que recibo en el instituto						
Privacidad y confidencialidad:	Se ha dado seguridad de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____						
Beneficios al término del estudio:	_____						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dr. Eduardo Vilchis Chaparro						
Colaboradores:	Dr. Gilberto Espinoza Anrubio						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ESTUDIO: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIABETICOS USUARIOS DE INSULINA Y/O USUARIOS DE HIPOGLUCEMIANTES ORALES EN EL HGZ/UMF#8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO

INVESTIGADORA: DRA. GARCIA JIMENEZ YOVANY LUPITA R2MF
CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES

INSTRUCCIONES: A CONTINUACION SE PRESENTAN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS POR FAVOR LEALAS CON DETENIMIENTO Y CONTESTE MARCANDO CON UNA X LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE SEA LA ADECUADA.

1.- Edad:

2.- Genero:

Masculino.....()

Femenino.....()

3.- Peso: _____

4.- Talla: _____

5.-Indice de Masa Corporal: _____

6.- Años de diabético(a): _____

7.- Ultimo Valor de Glucosa control: _____

8.- Tipo de tratamiento:

() INSULINA

Tiempo de uso: _____

() MEDICAMENTOS ORALES COMO METFORMINA, GLIBENCLAMIDA, AMBAS, U OTRO TIPO DE PASTILLAS

Tiempo de uso: _____

9.- Nivel de escolaridad

() Analfabeta

() Primaria

() Secundaria

() Técnico

() Preparatoria o Bachillerato

() Licenciatura

10.- Situación Laboral

() Empleado

() Desempleado

() Pensionado o Jubilado

() Hogar

11.- Estado Civil

() Soltero () Casado () Viudo

() Divorciado

() Unión Libre

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ESTUDIO: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIABETICOS USUARIOS DE INSULINA Y/O USUARIOS DE HIPOGLUCEMIANTES ORALES EN EL HGZ/UMF#8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO

INVESTIGADORA: DRA. GARCIA JIMENEZ YOVANY LUPITA R2MF

CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA EN DIABETES. VERSION EN ESPAÑOL (DQOL)

POR FAVOR, LEA CON CUIDADO CADA PREGUNTA. POR FAVOR INDIQUE EL GRADO DE SATISFACCION CON EL ASPECTO DE SU VIDA DESCRITO CON CADA PREGUNTA. ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO QUE MEJOR DESCRIBE COMO SE SIENTE. NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS PARA ESTAS PREGUNTAS.

NOS INTERESA SU OPINION

	Muy satisfecho	Mas o menos satisfecho	Ninguno	Mas o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
1.-¿Esta usted satisfecho con la cantidad de tiempo que tarda en controlar su diabetes?	1	2	3	4	5
2.-¿Esta usted satisfecho con la cantidad de tiempo que ocupa en revisiones	1	2	3	4	5
3.-¿Esta usted satisfecho con el tiempo que tarda en determinar su nivel de azúcar?	1	2	3	4	5
4.-¿Esta usted satisfecho con su tratamiento actual?	1	2	3	4	5
5.-¿esta usted satisfecho con la flexibilidad que tiene su dieta?	1	2	3	4	5
6.-¿Esta usted satisfecho con la carga que supone la diabetes en su familia?	1	2	3	4	5
7.-¿Esta usted satisfecho con su conocimiento sobre la diabetes?	1	2	3	4	5
8.-¿Esta usted satisfecho con su sueño?	1	2	3	4	5
9.-¿Esta usted satisfecho con sus relaciones sociales y amistades?	1	2	3	4	5
10.-¿Esta usted satisfecho con su vida sexual?	1	2	3	4	5
11.-¿Esta usted satisfecho con sus actividades en el trabajo, colegio u hogar?	1	2	3	4	5
12.-¿Esta usted satisfecho con la apariencia de su cuerpo?	1	2	3	4	5
13.-¿Esta usted satisfecho con el tiempo que emplea haciendo ejercicio?	1	2	3	4	5
14.-¿Esta usted satisfecho con su tiempo libre?	1	2	3	4	5
15.-¿Esta usted satisfecho con su vida en general?	1	2	3	4	5

AHORA POR FAVOR, INDIQUE CON QUE FRECUENCIA LE SUCEDEN LOS SIGUIENTES EVENTOS. ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO QUE USTED CONSIDERE

	NUNCA	MUY POCO	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	TODO EL TIEMPO
16.- ¿Con que frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?	1	2	3	4	5
17.-¿Con que frecuencia se siente avergonzado por tratar su diabetes en publico?	1	2	3	4	5
18.-¿Con que frecuencia se siente físicamente enfermo?	1	2	3	4	5
19.-¿Con que frecuencia su diabetes interfiere en su vida familiar?	1	2	3	4	5
20.-¿Con que frecuencia tiene problemas para dormir?	1	2	3	4	5
21.-¿Con que frecuencia su diabetes limita sus relaciones sociales y amistades?	1	2	3	4	5
22.-¿Con que frecuencia se siente restringido por su dieta?	1	2	3	4	5
23.-¿Con que frecuencia su diabetes interfiere en su vida sexual?	1	2	3	4	5
24.-¿Con que frecuencia su diabetes le impide conducir o usar una maquina?	1	2	3	4	5
25.-¿Con que frecuencia su diabetes interfiere en la realización de ejercicio?	1	2	3	4	5
26.-¿Con que frecuencia abandona sus tareas en el trabajo, colegio o casa por su diabetes?	1	2	3	4	5
27.-¿Con que frecuencia se explica usted mismo que significa padecer diabetes?	1	2	3	4	5
28.-¿Con que frecuencia cree que su diabetes interrumpe sus actividades de tiempo libre?	1	2	3	4	5
29.-¿Con que frecuencia bromean con usted por causa de su diabetes?	1	2	3	4	5
30.-¿Con que frecuencia siente que por su diabetes va al baño mas que las demás personas?	1	2	3	4	5
31.-¿Con que frecuencia come lo que no debe antes de decirle a los demás que padece diabetes?	1	2	3	4	5
32.-¿Con que frecuencia esconde a los demás que se siente mal por utilizar insulina?	1	2	3	4	5

FINALMENTE POR FAVOR INDIQUE CON QUE FRECUENCIA LE OCURREN LOS SIGUIENTES EVENTOS. **POR FAVOR ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO QUE MEJOR DESCRIBA SUS SENTIMIENTOS. SI LA PREGUNTA NO ES RELEVANTE PARA USTED O NO SE APLICA A SU SITUACION, ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO CERO (0).**

	NUNCA	POCO	ALGUNAS VEGES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE	NO SE APLICA	
33.- ¿Con que frecuencia le preocupa si se casara?	1	2	3	4	5	0	
34.- ¿Con que frecuencia le preocupa si tendrá hijos?	1	2	3	4	5	0	
35.- ¿Con que frecuencia le preocupa si conseguirá el trabajo que desea?	1	2	3	4	5	0	
36.- ¿Con que frecuencia le preocupa si le será denegado el seguro?	1	2	3	4	5	0	
37.- ¿Con que frecuencia le preocupa si será capaz de terminar sus estudios?	1	2	3	4	5	0	
38.- ¿Con que frecuencia le preocupa si perderá el empleo?	1	2	3	4	5	0	
39.- ¿Con que frecuencia le preocupa si podrá irse de vacaciones o de viaje?	1	2	3	4	5	0	
40.- ¿Con que frecuencia le preocupa si perderá el conocimiento?	1	2	3	4	5	0	
41.- ¿Con que frecuencia le preocupa que su cuerpo parezca diferente por su diabetes?	1	2	3	4	5	0	
42.- ¿Con que frecuencia le preocupa si tendrá complicaciones por la diabetes?	1	2	3	4	5	0	
43.- ¿Con que frecuencia le preocupa si alguien no saldrá con usted por causa de su diabetes?	1	2	3	4	5	0	
44.- COMPARÁNDOSE CON ALGUIEN DE SU EDAD, USTED DIRÍA QUE SU SALUD ES:	1. EXCELENTE		2. BUENA		3. REGULAR		4. MALA



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 08
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS USUARIOS DE INSULINA Y/O USUARIOS DE HIPOGLUCEMIANTES ORALES QUE ACUDEN A CONSULTA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 08 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.

2011-2012

FECHA	JULIO 2011	AGOSTO 2011	SEPT 2011	OCT 2011	NOV 2011	DIC 2011	ENERO 2012	FEBRERO 2012
TÍTULO	X							
ANTECEDENTES	X	X	X					
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X	X				
OBJETIVOS						X		
HIPOTESIS								
PROPOSITOS								
DISEÑO METODOLOGICO						X	X	
ANALISIS ESTADISTICO						X	X	
CONSIDERACIONES ETICAS								
RECURSOS							X	
BIBLIOGRAFIA							X	
ASPECTOS GENERALES							X	X
ACEPTACION								X

2012-2013

FECHA	MARZO 2012	ABRIL 2012	MAYO 2012	JUNIO 2012	JUL 2012	AGOST 2012	SEPT 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENERO 2013	FEB 2013
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X										
RECOLECCION DE DATOS			X									
ALMACENAMIENTO DE DATOS			X									
ANALISIS DE DATOS				X	X	X						
DESCRIPCION DE DATOS						X	X					
DISCUSION DE DATOS							X	X				
CONCLUSION DEL ESTUDIO							X	X	X			
INTEGRACION Y REVISION FINAL								X	X	X		
REPORTE FINAL										X		
AUTORIZACIONES										X		
IMPRESION DEL TRABAJO										X	X	
PUBLICACION												X