



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 28**

**VALORACION DE CALIDAD DE VIDA Y CONTROL
DE DIABETES EN PACIENTES DIABÉTICOS CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, USANDO
EL INSTRUMENTO DIABETES 39 EN LA UMF N° 28.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A
DR. ERIC ISMAEL RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ**

**ASESOR EN INVESTIGACION DE TESIS:
DR. FELIPE ORTIZ CONTRERAS**

MEXICO, D.F. FEBRERO 2014



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 3 SUR
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28 "GABRIEL MANCERA"
MEXICO D.F
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
AUTORIZACION DE TESIS
NUM DE REGISTRO
R-2013-3609-60

"VALORACION DE CALIDAD DE VIDA Y CONTROL DE DIABETES EN PACIENTES
DIABÉTICOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, USANDO EL
INSTRUMENTO DIABETES 39 EN LA UMF N° 28."



Dra. Lidya Cristina Barrios Domínguez.

Director de la Unidad De Medicina Familiar No 28 "Gabriel Mancera"



Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano

Coordinador clínico De Educación e Investigación En Salud
Unidad De Medicina Familiar No 28 "Gabriel Mancera"



Dra. Ivonne Analí Roy García

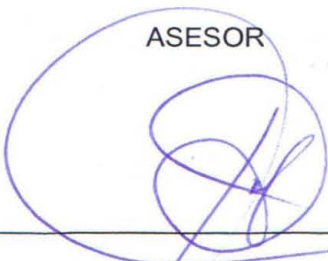
Profesor Titular de la Especialización de Medicina Familiar UMF 28

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 3 SUR
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 28 "GABRIEL MANCERA"
MEXICO D.F

COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
AUTORIZACION DE TESIS

"VALORACION DE CALIDAD DE VIDA Y CONTROL DE DIABETES EN PACIENTES
DIABÉTICOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, USANDO EL
INSTRUMENTO DIABETES 39 EN LA UMF N° 28."

ASESOR



Dr. Felipe Ortiz Contreras.



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3609
H GRAL REGIONAL NUM 1, D.F. SUR

FECHA 28/10/2013

M.C. FELIPE ORTIZ CONTRERAS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

VALORACION DE CALIDAD DE VIDA Y CONTROL DE DIABETES, EN PACIENTES DIABÉTICOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, USANDO EL INSTRUMENTO DIABETES 39 EN LA UMF N° 28.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2013-3609-60

ATENTAMENTE

DR.(A). CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3609

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Agradecimientos:

A mis padres quienes me apoyaron.

Al Dr. Felipe Ortiz Contreras, gran Médico y Profesor, quien me guió a lo largo de mi carrera.

A la vida por darme la oportunidad de continuar con mi desarrollo profesional.

A la profesora Soledad Domínguez por sus enseñanzas:

La enseñanza no es nada más enseñar, no importa si enseñas a varias personas, sino que con una sola persona que logres que entienda, ya lograste cambiar el mundo.

Estas palabras no podía dejar de decirlas ya que espero que infunda un impacto a las personas que me enseñaron en el transcurso de mi vida. Ya que caminar no es uno solo, si no acompañado de grandes personas a las cuales les agradezco en mi corazón.

“Los profesores afectan a la eternidad; nadie puede decir donde se termina su influencia”. (Henry Brooks Adams)

ÍNDICE

RESUMEN:.....	1
1. MARCO TEÓRICO:	2
1.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	2
1.1.1 DEFINICIÓN DE HIPERTENSIÓN:.....	2
1.1.2 EPIDEMIOLOGIA DE HIPERTENSIÓN:	2
1.1.3. CUADRO CLÍNICO.	5
1.1.4 DIAGNOSTICO.	5
1.1.5 TRATAMIENTO:.....	6
2. DEFINICIÓN DE DIABETES:	7
2.1 EPIDEMIOLOGIA DE DIABETES:	7
2.2 DIAGNOSTICO:	10
2.3 TRATAMIENTO.....	10
3. CALIDAD DE VIDA.....	11
3.1 DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA:	11
3.1.2 ANTECEDENTES:.....	11
3.1.3. CALIDAD DE VIDA EN DIABÉTICOS E HIPERTENSOS.	13
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
5. JUSTIFICACIÓN.....	26
6. OBJETIVOS:.....	26
6.1 Objetivos generales.....	26
6.2 Objetivo específico.....	27
7. HIPÓTESIS.....	27
7.1 Hipótesis verdadera:	27
7.1.2 Hipótesis nula:	27
8. MATERIAL Y MÉTODOS.....	27
8.1 Tipo de estudio.....	27
8.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	28
9. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	29
10. MUESTRA.....	29

11. CRITERIOS DE SELECCIÓN:	30
11.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	30
11.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	30
12. VARIABLES.	30
13. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	31
13.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO:	31
13.2 VARIABLE INDEPENDIENTE.	31
13.3 VARIABLE DEPENDIENTE.	32
14. DISEÑO ESTADÍSTICO.	33
15. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	33
16. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	33
17. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	34
18. ASPECTO ÉTICO.	34
19. RESULTADOS.....	34
20. CONCLUSION.....	37
21. GRAFICAS.	38
22. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.	41
23. ANEXOS.	45

RESUMEN:

TÍTULO: “VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y CONTROL DE DIABETES EN PACIENTES DIABÉTICOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, USANDO EL INSTRUMENTO DIABETES 39 EN LA UMF N° 28.”

AUTORES. **Tesista:** Dr. Eric Ismael Rodríguez Gutiérrez. **Asesor en investigación de tesis:** Dr. Felipe Ortiz Contreras.

INTRODUCCIÓN: Actualmente definir calidad de vida es muy difícil, ya que ha cambiado la evolución sociocultural del mundo moderno y a las enormes diferencias de poblaciones en él existente. Por lo que la definición de calidad de vida de la OMS es: “la percepción del individuo sobre su posición en la vía, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Por lo que se ha tratado de usar instrumentos en relación a la calidad de vida de acuerdo a su sexo, raza, edad, estado físico, psicológica, situación socioeconómica, demográfica, enfermedad de base y entre otros parámetros. Esto puede llevar a la toma de decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento indicado para la mayoría de las etiologías, sobre todo en las crónicas degenerativas como diabetes e hipertensión que son principales causas de consulta en el primer nivel de atención médica.

OBJETIVO: Evaluar la calidad de vida y el control de diabetes mellitus tipo 2 con hipertensión arterial sistémica, en pacientes que acudan a la UMF N° 28.

MATERIAL Y MÉTODOS: **Tipo de estudio:** Prospectivo, transversal, no comparativo, descriptivo.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO: Se les realizara un estudio de investigación en pacientes derechohabientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la UMF n° 28 Gabriel Mancera, en la Ciudad de México Distrito Federal ,que cuenta con 72,464 pacientes con hipertensión y 29,624 diabéticos no insulino dependientes, de los cuales 7,148 tienen diabetes con hipertensión arterial sistémica, a quien se les realizara la *encuesta de calidad de vida diabetes 39*, el tamaño de muestra calculado para este estudio es de 148 pacientes y se hará en un periodo que abarca de septiembre a diciembre del 2013.

MANEJO ESTADÍSTICO: Los datos obtenidos se describirán con la utilización de medidas de tendencia central: moda, mediana y promedio, para ser graficadas con rectángulos y sectores, con el programa SPSS versión 21.

PALABRAS CLAVES: Calidad de vida, Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial sistémica.

1. MARCO TEÓRICO:

1.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1.1.1 DEFINICIÓN DE HIPERTENSIÓN:

La hipertensión arterial sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de la cifras de presión arterial a cifras mayor o igual 140/90 mm Hg. Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico. ¹

1.1.2 EPIDEMIOLOGIA DE HIPERTENSIÓN:

Los datos del National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) han indicado que 50 millones o más de americanos tienen elevada la presión arterial precisando alguna forma de tratamiento. La prevalencia mundial estimada podría ser de aproximadamente un billón de individuos, y aproximadamente 7.1 millones de muertes al año se podrían atribuir a la hipertensión. La OMS informa que la presión arterial subóptima (>115 mm Hg PAS) es responsable del 62 % de la enfermedad cerebrovascular y del 49 % de la enfermedad isquémica cardíaca, con pequeñas variaciones debidas al sexo. En resumen, la presión arterial subóptima es el factor de riesgo atribuible número uno para la muerte en todo el mundo .En el pasado se han conseguido considerables éxitos en cuanto a los objetivos del programa. El conocimiento de la hipertensión ha mejorado desde un nivel del 51% de americanos en el periodo 1976 a 1980 hasta el 70% en 1999 a 2000. El porcentaje de hipertensos en tratamiento se ha incrementado desde el 31% al 59% en el mismo periodo, y el porcentaje de personas con presión arterial alta controlada por debajo de 140/90 mm Hg se ha incrementado del 10 al 34%. Entre 1960 y1991, la media de presión arterial sistémica en individuos de 60 a 74 años descendió aproximadamente en 16 mm Hg. Estos cambios se han asociado con tendencias altamente favorables en la mortalidad y morbilidad atribuidas a la

hipertensión. Desde 1972, los índices de muerte ajustados por edad para ictus y enfermedad coronaria han descendido aproximadamente en un 60 y 50% respectivamente. Estos han sido independientes de género, edad, raza ó estatus socioeconómico. En las dos últimas décadas, el mejor tratamiento de la hipertensión se ha asociado a una considerable reducción en los índices de casos fatales hospitalarios por insuficiencia cardíaca (IC). Estas informaciones sugieren que ha habido sustanciales mejoras. Sin embargo, estas mejoras no se han extendido a la población total.²

Cada año mueren alrededor de 17 millones de personas en el mundo por enfermedad cardiovascular; se estima que cada cuatro segundos ocurre un evento coronario y cada cinco segundos un evento vascular cerebral. Aproximadamente entre 1.5 a 5% de todos los hipertensos mueren cada año por causas directamente relacionadas a hipertensión arterial sistémica. Por su parte, la cardiopatía isquémica afecta a hombres de edad mediana y avanzada; su mortalidad es 20% más alta que en las mujeres, siendo los mayores de 65 años los más afectados.³

La Organización Panamericana de la Salud estima que durante los próximos 10 años ocurrirán aproximadamente 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en América, de las cuales 2.4 millones pueden ser atribuidas a la hipertensión arterial, componente importante del riesgo cardiovascular.³

Las normas oficiales explican que la hipertensión arterial sistémica es la enfermedad crónica de mayor prevalencia en México de alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de 13 millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de 8 millones no han sido diagnosticados⁴

Actualmente se estima una prevalencia de la hipertensión arterial en México es de 24% en adultos y 30.8% en pacientes mayor o igual a 20 años, se estima que el

número de casos es de 15 millones de hipertensos en la población entre los 20 y 60 años de edad. Más de la mitad de la población portadora de hipertensión lo ignora, ya que por causas diversas sólo se detectan del 13.4 al 22.7%. Menos de la mitad de los que se conocen sobrepeso y la obesidad son factores predisponentes para el desarrollo de esta enfermedad y se estima que cerca del 70% de la población los padecen (Encuesta Nacional de Salud ENSA 2006).¹

La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Así pues, las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte. Es la tercera causa de discapacidad ajustada por años de vida. La modificación de los factores de riesgo y el estilo de vida, disminuye su incidencia y favorece el control. A sí mismo, la hipertensión arterial es susceptible de control y con ello prevenir y modificar la aparición de sus complicaciones.^{1,4}

Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en el continente americano, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura y altos costos para su prevención y control. Estas enfermedades afectan por igual a los diferentes grupos de población, independientemente de su nivel cultural o socioeconómico, por lo que su prevención y control representan un reto para la salud pública del país, debido a que constituyen un conjunto de enfermedades que resultan de estilos de vida no saludables. El tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y de sodio, además de otros determinantes como la susceptibilidad genética, el estrés psicosocial, los hábitos de alimentación inadecuados y la falta de actividad física, inciden en conjunto en la distribución, frecuencia y magnitud de estas enfermedades.³

Los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud^{1,4}

1.1.3. CUADRO CLÍNICO.

Puede ser asintomática, o según el grado de severidad puede presentar dolor de cabeza, confusión, estupor, convulsiones, coma, dolor de pecho, disminución de la agudeza visual (desprendimientos de retina, edema de papila, exudados, alteración de la consciencia por encefalopatía, oliguria (insuficiencia renal aguda), datos de insuficiencia cardiaca congestivas pueden ser visto. ⁵

1.1.4 DIAGNOSTICO.

Se debe de tomar la presión arterial con un manguito de mercurio o electrónico. Los pacientes deberían permanecer sentados y quietos al menos 5 minutos en una silla, con los pies en el suelo, y el brazo a nivel cardiaco. Cafeína, ejercicio y tabaco deben estar exentos al menos 30 minutos antes de la medida. Está indicada la medida en posición de pie periódicamente, especialmente en quienes tengan riesgo de hipotensión, al inicio de un tratamiento farmacológico o al añadir un fármaco, y en aquellos que refieran síntomas consistentes con la reducción de presión arterial de pie. ²

Deberá usarse un manguito de esfigmomanómetro de tamaño adecuado (que abarque al menos el 50 % de la circunferencia del brazo) para asegurar la exactitud. Se deberían tomar al menos dos medidas en cada consulta, al menos en 2 consultas con un intervalo semanal mínimo. ^{1,2}

Para determinaciones manuales, debería estimarse la presión arterial sistémica por obliteración del pulso radial; el manguito debería inflarse 20 ó 30 mm Hg por encima del nivel de la determinación auscultaría; el índice de desinflado del manguito para la medida auscultaría debería ser de 2 mm Hg por segundo. La presión arterial sistólica es el primero de dos o más sonidos de Korotkoff claros (inicio de la fase 1), y la desaparición de los ruidos de Korotkoff (inicio de la fase 5) se utiliza para definir la presión arterial diastólica. Los médicos deberían proporcionar a los pacientes,

oral y por escrito, las cifras de presión arterial del paciente y los objetivos de presión arterial de su tratamiento. ²

1.1.5 TRATAMIENTO:

El objetivo de la terapia es la reducción de la morbilidad y la mortalidad cardiovascular y renal. Para esto se recomienda el cambio de estilo de vida al disminuir de peso, disminución de sodio, actividad física, disminución del alcohol, etc., esta modificación dará una mejor eficacia del fármaco antihipertensivo y reducción del riesgo cardiaco. ²

El tratamiento farmacológico, consiste en la prevención del daño a órgano blanco, por lo que dependiendo también del padecimiento agregado se tiene que cambiar de antihipertensivo Por lo que se cuenta con diuréticos, beta bloqueadores, inhibidores de la ECA, Bloqueadores de los receptores de angiotensina , antagonistas de la aldosterona, y bloqueador del canal de calcio.²

Para la insuficiencia cardiaca se utilizan casi todos los 6 grupos anteriores con excepción de los bloqueadores de calcio, en post infarto del miocardio se utiliza beta bloqueadores, inhibidores de la ECA, antagonistas de aldosterona, alto riesgo de enfermedad coronaria la excepción son bloqueadores de la recaptura de angiotensina y antagonistas de aldosterona , en diabetes el excepto son los antagonistas de aldosterona, enfermedad renal crónica sólo se utiliza inhibidores de ECA y Bloqueadores de los receptores de angiotensina, para prevención de evento cerebrovascular se utiliza diuréticos e inhibidores de ECA.⁶

2. DEFINICIÓN DE DIABETES:

Diabetes: enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.⁷

Diabetes tipo 2: tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos.⁷

2.1 EPIDEMIOLOGIA DE DIABETES:

De acuerdo a los resultados de la encuesta nacional de salud 2000 (ENSA), la prevalencia nacional de diabetes mellitus en hombre y mujeres de más de 20 años fue de 7.5% (IC95% 7.1-7.9), lo que representan 3.6 millones de casos prevalentes, de los cuales 77% contaban con diagnóstico médico previo. La prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres (7.8%) respecto a los hombres (7.2%).⁷

De conformidad con la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en los adultos a nivel nacional fue de 7%, y fue mayor en las mujeres que en los hombres, entre los 50 y 59 años dicha proporción llegó a 12.5% y entre 60 y 69 años la prevalencia fue de 19.2% continuando en todos los grupos de edad mayor las mujeres. La prevalencia en sí de acuerdo a ENSANUT aumentó a 14%, lo que representa un total de 8 millones de personas de diabetes; en la población urbana, la prevalencia fue significativamente mayor.^{7,8}

En México, la diabetes mellitus ocupa el primer lugar en defunción por año, tanto en hombres como en mujeres las tasas de mortalidad muestra una tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70 mil muertes, y 400, 000 casos nuevos anuales cabe señales que según la dirección general de información en salud en el 2007 hubo un número mayor de defunciones en las mujeres (37,202 muertes) comparado con el de los hombres (33,310) con una tasa de 62.2 por 100,000 habitantes en mujeres y de 64 en hombres, diferencias importantes a considerar en acciones preventivas, de detección, diagnóstico y tratamiento del padecimiento. La diabetes no es un factor de riesgo cardiovascular. Es un equivalente de enfermedad cardiovascular debido al riesgo de sufrir un desenlace cardiovascular es igual al de la cardiopatía isquémica.⁷

La diabetes mellitus es un padecimiento complejo que lleva implícito una serie de situaciones que comprometen el control de los pacientes, lo cual favorece el desarrollo de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida.⁷

El descontrol metabólico y las consecuentes complicaciones se agravan cuando en los servicios de salud no se realiza una eficiente y oportuna detención y seguimiento de grupos con factores de riesgo, aunado a que en la población hay una percepción inadecuada y desconocimiento del riesgo para desarrollar diabetes; por consiguiente se debe de señalar la asociación de altas tasas de comorbilidad que inciden en la gravedad de la diabetes y las presencia cada vez mayor de complicaciones micro y macro vasculares por la falta de diagnóstico y tratamientos oportunos y seguimiento a los pacientes.⁷

De acuerdo al secretario de salud, el Dr. Julio Frenk Mora, la influencia en la diabetes e hipertensión arterial es bidireccional, y la prevalencia de hipertensión en la población diabética es de 54.5% en tanto que en la población no diabética es de 27.8%. Así, el ser diabético se traduce en un riesgo de ser hipertenso 3 mayor.⁹

En México se han desarrollado medidas preventivas tales como educación a los pacientes acerca de las enfermedades, cambio a estilo de vida saludable,

detección oportuna, información acerca del autocuidado, prevención de riesgos y disciplina en el tratamiento. Adicionalmente, estas actividades mejoran la satisfacción.¹⁰

Se evaluó alternativas que contribuyan a mejorar la salud de la población con enfermedades crónicas, se diseñó una intervención para otorgar atención integral a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión con la participación de enfermeras en clínicas de medicina familiar del IMSS y el ISSSTE. La intervención propuesta aplica el concepto de atención integral, el cual busca satisfacer las necesidades y expectativas de salud de la población, con enfoque individual, familiar y comunitario, en la secuencia técnicamente correcta y mediante mejoras en la organización de los procesos y métodos de trabajo.¹⁰

El IMSS atendió al 68,3% y el ISSSTE 31,7%. El padecimiento más frecuente de los pacientes fue hipertensión arterial (44,9%), seguido por hipertensión arterial más diabetes mellitus tipo 2 (28,1%) y en tercer lugar pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (27%). Se observó disminución en el porcentaje de pacientes que mencionaron que olvidaban tomar el medicamento, o que lo dejaban de tomar cuando se sentían bien, y se incrementó el porcentaje de quienes refirieron tomarlo a la hora indicada. La solicitud de atención en los servicios de urgencias de la clínica de adscripción y del hospital en los últimos seis meses del estudio disminuyó en 4,5% y en 6,8%, respectivamente.¹⁰

2.2 DIAGNOSTICO:

Los criterios establecidos de glucosa para el diagnóstico de diabetes se presentan en la siguiente tabla.¹¹

Hemoglobina glucosilada (A1C \geq 6.5%)
○
Glucosa en ayuno \geq 126 mg/dl, con ayuno sin calorías por 8 hrs
○
A las 2 horas tomar glucosa plasmática \geq 200 mg/dl , durante una curva de tolerancia a la glucosa usando una carga de 75 g de glucosa
○
Síntomas de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia o azar de glucosa de 200>-mg/dl

2.3 TRATAMIENTO

El objetivo general es lograr la seguridad y mantener el control glucémico y la intervención cuando las metas no se cumplen. Consiste en la educación del autocuidado de la diabetes, una mezcla de carbohidratos y proteínas y grasas puede ser ajustado para alcanzar los objetivos metabólicos y las preferencias individuales de los diabéticos, monitorización de hidratos de carbono ya sea por el conteo de carbohidratos o la estimación basada en la experiencia siguen siendo una estrategia clave en el control glicémico , la ingesta de grasas saturadas debe de ser <7 % del total de calorías, reducir la ingesta de grasas Trans de colesterol LDL e incremento de colesterol HDL, ejercicio debe de ser de 150 min a la semana de moderada intensidad aeróbica(para aumentar frecuencia cardiaca 50 a 70%), repartido en 3 días por semana con no más de 2 días consecutivos. En ausencia de contraindicaciones, las personas con diabetes tipo 2 deben ser alentados a realizar entrenamiento de resistencia, al menos dos veces por semana.¹¹

El tratamiento se inicia con metformina, junto con la intervención del estilo de vida a menos que la metformina este contraindicada. En pacientes con síntomas muy marcados y /o glucosa sanguínea elevada o hemoglobina glucosilada elevada, considerar la terapia de insulina, con o sin agentes adicionales. Si la monoterapia no insulino a la dosis máxima tolerada no alcanza o mantiene el objetivo de hemoglobina glucosilada a lo largo de 3-6 meses, añadir un segundo agente oral un agonista de los receptores GLP-1 (exanatide, liraglutide) o insulina.¹¹

Otros medicamentos: clase: biguanidas (metformina), sulfonilureas (glibenclamida, gliclazide), Meglitinida (repaglinida), tiazolidinedionas (pioglitazona, rosiglitazona).¹¹

3. CALIDAD DE VIDA.

3.1 DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA:

Organización Mundial de la Salud: “La percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativa, estándares y preocupaciones”.¹²

Científicos Sociales: Lo distinguen de los conceptos de satisfacción con la vida, la moral, la felicidad y anomia en gran medida en términos de nivel de la subjetividad.¹³

Ciencias Sociales: Se refiere a la adecuación de las circunstancias materiales de la gente y sus sentimientos acerca de estas circunstancias. ¹³

3.1.2 ANTECEDENTES:

De acuerdo con la definición de salud propuesta por la OMS, la calidad de vida es un componente fundamental del estado de salud. Schipper y Levitt, consideran que lo que más ha hecho avanzar, en la búsqueda y valoración de la calidad de vida, de

los ensayos clínicos, es el reconocimiento creciente de la importancia de este concepto.¹⁴

En el momento actual, la sociedad en general y la medicina en particular, ya han reconocido la trascendencia de la valoración de la calidad de vida. Progresivamente, un mayor número de estudios incorpora métodos para la medida de la calidad de vida y en ocasiones para justificar o soportar una decisión terapéutica que debe ser tomada. Sin embargo, es necesario utilizar y considerar indicadores de calidad de vida, al comparar por ejemplo, fármacos que reporten idénticas supervivencias, o aquellas situaciones donde el tiempo de supervivencia, no sea el objetivo, si no intentamos además conseguir que esa supervivencia, sea lo más confortable posible.¹⁴

El concepto de calidad de vida, dentro del campo médico, ha sufrido igualmente un gran avance en los últimos años y supone que actualmente podemos disponer de un instrumento más, para apoyar o no un determinado tratamiento. En definitiva, dentro del concepto de calidad de vida, se pretende englobar el impacto de la enfermedad y del tratamiento, más allá de las meras consecuencias biológicas de ambas.¹⁴

Todos aquellos aspectos del funcionamiento de una persona, sobre los que se supone que pueden influir la enfermedad o su tratamiento, han sido englobado por Hornsquist, en su concepto de calidad de vida. Este autor, establece un concepto de calidad de vida, valorando aquellos aspectos del funcionamiento del individuo, sobre los que puede repercutir la enfermedad o el tratamiento. Hornsquist define las áreas que engloban el concepto de calidad de vida e indica los siguientes aspectos o dimensiones que conforman la estructura de la calidad de vida: Físico, Psicológico, Social, Actividades, Material y Estructural.¹⁴

Esta estructuración de la calidad de vida, es probablemente la más completa de las realizadas hasta la fecha. La mayoría de los estudios sobre calidad de vida recogen

indicadores del estado y actividad físicos, estado psíquico, relaciones sociales y actividades de la vida cotidiana.¹⁴

En los últimos años se está produciendo un incremento en la utilización de los indicadores de calidad de vida en todas las áreas médicas. Este auge, en utilizar métodos de valoración de la calidad de vida en enfermedades crónicas, se debe a la creciente importancia social, que se le atribuye en los países desarrollados. A este nuevo concepto de calidad de vida, así como al hecho reciente de poder disponer de cuestionarios indicadores de esa calidad de vida más breves, más fáciles de comprender y de aplicar; y de más elevada validez y fiabilidad, podemos atribuir parte del auge en dicha disciplina en los últimos años.¹⁴

3.1.3. CALIDAD DE VIDA EN DIABÉTICOS E HIPERTENSOS.

Definir la calidad de vida en el momento actual es, un reto difícil de afrontar debido a la evolución sociocultural del mundo moderno y a las enormes diferencias de población en él existentes. Por ejemplo, la valoración de la calidad de vida de los países del tercer mundo, comparados con el mundo occidental, con referencia a la enfermedad, o la propia incidencia de la enfermedad hipertensiva entre diferentes razas y ubicación geográfica. Por ello debemos tener en cuenta, algunas variables, que la pueden modificar. En este caso se encuentran la relación entre calidad de vida y sexo, raza, edad, estado físico, enfermedad, o situación socioeconómica, demográfica y psicológica entre otras. Con lo que podemos llegar a la conclusión de que su definición no es tan fácil como en principio pudiera parecer. La calidad de vida, está además, condicionada por factores externos a la persona y algunos de ellos no son modificables. En el caso del sexo femenino se trata de una de las variables que presenta una persistente correlación negativa con la calidad de vida tanto de personas sanas como enfermas.¹⁴

El estado funcional y la calidad de vida del paciente crónico, van a ser el resultado de la integración de factores de la propia personalidad y motivación del paciente, los

síntomas motivados por la enfermedad crónica, los efectos secundarios de la medicación recibida, las condiciones medioambientales, el apoyo social y el nivel económico en que el paciente se desenvuelve.¹⁴

Aunque la hipertensión arterial leve a moderada tiene pocas manifestaciones sintomáticas por sí misma, los efectos secundarios del manejo están asociados con la poca adherencia o el franco abandono del tratamiento medicamentoso. Para algunos pacientes el hecho de ingerir medicamento implica un problema más grande que la enfermedad misma; a pesar de la frecuencia con que se presenta esta situación, pocos estudios clínicos han intentado evaluar los diferentes aspectos de la calidad de vida en este tipo de paciente.¹⁵

Actualmente en la práctica médica y sobre todo en los estudios de investigación está de moda tratar de evaluar la calidad de vida para realizar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento indicado para la mayoría de las patologías, sobre todo en las crónicas degenerativas. La hipertensión arterial sistémica es una de las enfermedades crónicas con mayor prevalencia.¹⁵

La hipertensión ha estado aumentada, y se ha relacionado con complicaciones agravantes además de que se presenta con otras enfermedades como la obesidad, cardiopatías, síndrome metabólicos. Esto se debe a los cambios ambientales y educativos que presentan la sociedad, alterando la calidad de vida de cada persona, el cual se relacionado con la salud se refiere a los dominios de la salud en lo concerniente a lo social, psicológico y físico, y es vista como un área distinta que está influenciada por lo experiencia personal, convicción, expectativa y percepciones de las cuales nosotros podemos referirnos colectivamente como percepciones de salud.¹⁵

Se ha estudiado la calidad de vida con hipertenso, algunos estudios publicados en México han evaluado el efecto de una intervención educativa sobre la calidad de vida del paciente hipertenso. Donde se estudió a 150 hipertensos en un primer nivel

de atención mediante ensayo aleatorizado a dos grupos. El cual el grupo experimental fue objeto de una intervención educativa sobre hipertensión y la repercusión del estilo de vida en el control de tal enfermedad. El grupo testigo no recibió intervención. En ambos grupos se determinó la calidad de vida mediante una escala análoga visual, antes y seis meses después de la intervención educativa. Los datos se analizaron mediante las pruebas *t*-pareada y Wilcoxon. Los resultados fueron el grado de mejoría, en relación con la fuerza física y el estado anímico, difirió entre grupos ($p < 0.05$); en las áreas correspondientes a la capacidad de pensamiento, la convivencia social-familiar, la percepción de calidad de vida y el funcionamiento sexual, sólo el grupo experimental mostró cambios ($p < 0.05$). dando como conclusión intervención educativa es efectiva para modificar la calidad de vida del paciente hipertenso.¹⁵

En otros estudios se ha intentado modificar la calidad de vida de los hipertensos al utilizar medicamentos, disminución de sodio, alcohol y grasas saturadas, así como el incremento de la actividad física durante el tiempo libre del hipertenso. Evaluando el impacto de la enfermedad y tratamiento, es esencial medir y evaluar el grado de alivio de los síntomas, mismos que podría traducirse en algunos investigadores como mejoría de calidad de vida, considerada esta última como la sensación de bienestar físico y de satisfacción emocional, psíquica y social del individuo. Para evaluar la calidad de vida se emplean instrumentos que abarcan diferentes dominios relacionados con los valores subjetivos del paciente, determinados a su vez por los contextos sociales, culturales y económicos, que también se ven afectados por la enfermedad o por el tratamiento.¹⁵

El uso de escalas visuales análogas implica que la intensidad o la frecuencia de un síntoma puede representarse con una escala lineal continua. Aunque la hipertensión arterial leve a moderada tiene pocas manifestaciones sintomáticas por sí misma, los efectos secundarios del manejo están asociados con la poca adherencia o el franco abandono del tratamiento medicamentoso. Demostrando en estos estudios que la sensibilidad al cambio en seis de las ocho aéreas exploradas

que son, el estado de ánimo ,ayuda para actividades, sintomatología hipertensiva, la fuerza física, la capacidad de pensamiento, la convivencia social-familiar, el funcionamiento sexual y la percepción de mejoría en la calidad de vida. El área que no se modificó fue la sintomatología hipertensiva y la de ayuda para actividades diarias. En cuanto a los datos específicos por área de exploración, se encontró que el cambio clínico objetivo en el estado anímico fue más evidente y abarcó un mayor número de pacientes del grupo experimental, con una diferencia estadísticamente significativa en comparación con el grupo que efectuaron un promedio de 30 a 150 min más actividad física por semana. En este estudio la sintomatología referida por ambos grupos de pacientes se atribuyó sobre todo a efectos secundarios por el uso de medicamentos, y no mostró diferencias significativas de cambios por grupo al término del estudio ¹⁶

Otros estudios en donde la hipertensión arterial sistémica se puede controlar, aunque el beneficio de la terapéutica no se vea reflejado con inmediatez. Es una actuación terapéutica que se orienta a evitar la aparición de complicaciones o a prolongar la supervivencia de esta enfermedad. La hipertensión puede ser un buen modelo. El medicamento a veces con un costo económico relevante y someterse al riesgo de los posibles efectos secundarios, ante esta premisa puede ser difícil que el enfermo acepte participar o tratarse, por lo que se desarrolló diferentes estudios como el SHEP que tiene el interés de evaluar la calidad de vida en hipertensos ancianos y el estudio TOMHS, en donde los pacientes que realizaron las medidas higiénico –dietéticas durante un año, a pesar de la reducción de peso y de sal no mejoran los índices de la calidad de vida. Por lo que es relevante tomar este tema para saber si ha cambiado en la población mexicana la calidad de vida en los pacientes hipertensos ¹⁷

La iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI) llevó a cabo una serie de encuestas en Centroamérica (Encuesta multinacional de diabetes mellitus, hipertensión arterial y sus factores de riesgo OPS/OMS), con el propósito de conocer la prevalencia de diabetes mellitus y la hipertensión en las personas de

edad de 20 años y mayores en una muestra tomada de seis poblaciones centroamericanas (zonas urbanas de San José, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Belice). Para determinar la prevalencia y los factores de riesgos principales de la diabetes e hipertensión.¹⁸

Se observó que la diabetes sacarina y la hipertensión arterial que se realiza en Centro América con una muestra representativa de la zona geográfica de cada país participante. Se obtuvo una prevalencia combinada de diabetes sacarina de 8.5% y de hipertensión arterial de 25.3%, la mitad de los casos no estaban diagnosticados.¹⁸

La prevalencia más alta de la diabetes y la hipertensión arterial se registró en Belice y la más baja en Tegucigalpa y ciudad de Guatemala, respectivamente. La prevalencia combinada de la diabetes registrada en todos los sitios participantes fue equivalente a la notificada en los Estados Unidos (8.1%) y la ciudad de México en el año 2000 (8.4%) y mayor que la prevalencia notificada en cuatro ciudades bolivianas.¹⁸

La diabetes y la hipertensión arterial son más frecuentes entre las personas mayores de 39 años, sobre todo entre las mujeres. Estos resultados obedecen a la mayor prevalencia de los factores de riesgo encontrados en estos grupos demográficos, entre otros, el sobrepeso, la amplia medida de la cintura, el modo de vida sedentario y la hipercolesterolemia. La diabetes deriva en diversas complicaciones micro vasculares dando repercusiones en la calidad de vida e imponen una carga económica sustancial, tanto directa como indirecta. Por otra parte, estos datos ponen de manifiesto la necesidad de elaborar programas comunitarios que propicien el ejercicio y promuevan mejores regímenes alimentarios entre las personas de la comunidad que tienen probabilidades de presentar diabetes. Los datos presentados indican que la diabetes afecta a personas que tienen un nivel educativo inferior, de lo que se desprende que las personas más pobres sobrellevan la carga mayor. También se depende que, en el

futuro, habrá un aumento importante de la prevalencia de la diabetes a medida que envejezca la población, a menos que se pongan en ejecución estrategias preventivas.¹⁸

La mayoría de los países en desarrollo de América Latina se encuentran en una etapa de transición epidemiológica, la cual se caracteriza por el cambio de enfermedades transmisibles a las crónicas no transmisibles como fuentes principales de morbilidad y de mortalidad. Estos países también se encuentran en una etapa de transición demográfica, en un cambio de un modelo de tasas de fecundidad y mortalidad altas a uno de fecundidad y mortalidad bajas. En ellos existe una transición nutricional, dado el cambio de los hábitos alimentarios tradicionales a uno alto en grasa saturada, azúcar y carbohidratos refinados y bajos en fibra dietética.¹⁹

En Tegucigalpa y honduras los cambios en la forma de vida están asociados a las grandes migraciones del campo a la ciudad, y al fenómeno de la globalización y la transculturización, entre otros. Estos cambios en la actualidad acontecen en forma acelerada en países de la región centroamericana-donde Honduras no es la excepción, de modo que se observa con mayor frecuencia la coexistencia de la desnutrición proteica-calórica con la obesidad, la hipertensión arterial , la diabetes mellitus y la hipercolesterolemia, por lo que el objetivo es establecer políticas nacionales de prevención, dar proyección a promociones de salud , detección temprana y la calidad de atención de las enfermedades y contribuir a la reducción de las complicaciones de estas enfermedades. En este estudio el tratamiento más frecuente entre las personas con diagnóstico previo de diabetes fue el control de la enfermedad con medicamentos, en la mitad de los casos, un tercio lleva una dieta especial, 11.3% hace ejercicios regularmente, y 3.2% no sigue ningún tratamiento. En sus conclusiones ven un incremento importante en la prevalencia de diabetes a medida que la población, envejezca, a menos que se introduzcan estrategias preventivas. La diabetes afecta a las personas de más bajo nivel educativo, lo que supone una mayor carga a los más pobres, los que además asisten a los centros

públicos de atención y no cuentan con los recursos económicos para adquirir los medicamentos.¹⁹

En Costa Rica la pirámide de población ha cambiado drásticamente en los 50 años. Durante ese tiempo ha comenzado un proceso de envejecimiento poblacional, además de una elevada ingesta de grasa y azúcares simples y un reducido consumo de frutas y vegetales. Se determinó que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial constituye un serio problema de salud pública, no solamente por la magnitud de las prevalencias detectados, que corresponde a 7.9 % y 25.6% respectivamente con mayor frecuencia en masculino , diabetes 8.3% en hombres y 7.6% en mujeres y con respecto a hipertensión se detectó 26% en hombres y 25% en mujeres. Lo anterior podría reflejar descuido de las condiciones de salud por los varones e indiferencia o desconocimiento sobre los síntomas de las enfermedades cardiocirculatorias por parte de la población. La situación descrita es congruente con los resultados obtenidos con respecto a los factores de riesgo asociados como obesidad, colesterinemia, alimentación, sedentarismo, consumo de tabaco y consumo de alcohol, observándose que los hábitos de vida de un amplio porcentaje de población adulta de Área Metropolitana son poco saludables y posiblemente sean un reflejo del impacto del proceso de globalización y las condiciones socioeconómicas de las familias.²⁰

La prevalencia de diabetes mellitus detectada en la ciudad de Managua, es más elevada que la reportada en otros países de Latinoamérica. La prevalencia de hipertensión es comparable a la reportada en otros estudios Latinoamericanos.

Managua, a pesar de contar con una población más joven, presentó una prevalencia de diabetes similar a la notificada en Estados Unidos. La situación antes descrita, hace prever que en el futuro se producirá un mayor incremento en la prevalencia de diabetes, a medida que la población envejezca, a menos que se introduzcan estrategias preventivas que faciliten la adopción de estilos de vida saludable. Los datos presentados indicaron que la diabetes afecta a las personas de más bajo nivel educativo, lo que supone una mayor carga a los pobres.²¹

En Belice hay una necesidad de efectuar cambios en el modelo de atención para poner énfasis en la primaria cuidado de la salud y la prevención. Estos programas deben incluir educación para la salud general de frente a los factores claves de estilo de vida como la actividad física, la nutrición y el consumo de tabaco, que es sensible a sexo, edad, origen étnico y ubicación geográfica. Estos deben ser complementados con las normas, protocolos y directrices para mejorar la calidad de la atención y asegurar la prevención de los resultados secundarios y terciarios en las personas con enfermedades no transmisibles. Junto a los cambios en el modelo de atención, el desarrollo de recursos humanos debe abordarse. Un aumento en la actividad física debe ser promovido y apoyado por la aplicación de los programas organizados, parques, parques infantiles, y el fomento de más actividad física en las escuelas.²²

El instrumento Diabetes 39(D-39), fue diseñado para evaluar la calidad de vida en personas con diabetes siendo elaborado en 1997 por Boyer y Earp con 39 ítems que incluyen cinco dimensiones de la vida de los pacientes energía y movilidad , control de la diabetes , ansiedad y preocupación , impacto social, y funcionamiento sexual. El propósito es investigar sobre los asuntos de relevancia para todos los pacientes diabéticos y determinar sus necesidades desconocidas. Y puede ser aplicado a un amplio grupo de pacientes, sin restricciones ligadas al sexo, edad, nivel de educación, nivel de salud o etnia.²³

Se evaluó en un artículo para la población Mexicana el Instrumento Diabetes 39, donde se explica que existen instrumentos genéricos y específicos que varían de acuerdo con el tipo de pacientes en estudio, escenario de administración y tipo de cuestionario (formato breve, autoadministración, entrevista, por teléfono o por correo). De los cuales 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.²⁴

El cuestionario Diabetes 39 se diseñó para medirla calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipos 1 y 2. Este instrumento fue seleccionado para su validación en México debido a que es multidimensional y cubre aspectos de bienestar psicológico y funcionamiento social, entre otros. Es un cuestionario que se centra en los pacientes diabéticos y en cuya elaboración participaron expertos de diversas disciplinas. Es relativamente corto, de autoadministración y durante su construcción demostró tener elevada consistencia interna, así como validez de contenido y criterio (fue comparado con el cuestionario Short Form–36 Health Survey [SF-36], que se considera el instrumento genérico de calidad de vida más relevante para los pacientes con diabetes). En la actualidad se le estima como uno de los instrumentos específicos con mejor validez para medir la calidad de vida en los pacientes con diabetes y guardan la más alta correlación con las puntuaciones del SF-36.²⁴

El Instrumentos diabetes 39 contienen 39 ítems cerrados que se agrupan en cinco secciones: *-Movilidad* (15 ítems: 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35 y 36), *Control de la diabetes* (12 ítems: 1, 4, 5, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 31 y 39); *Ansiedad-preocupación* (cuatro ítems: 2, 6, 8 y 22), *Carga social* (cinco ítems: 19, 20, 26, 37 y 38) y *Funcionamiento sexual* (tres ítems: 21, 23 y 30). En donde los pacientes califican su calidad de vida durante el último mes, representándolo en una línea horizontal continua con marcas verticales que delimitan espacios donde se ubican los números 1 a 7, cuya escala de valores es el número 1 para nada afectando en lo absoluto y el 7 a sumamente afectado en la calidad de vida. Cuando la X toca alguna marca vertical, la calificación debe redondearse en 0.5 puntos por arriba o por debajo de la puntuación contenida entre las dos marcas próximas al número elegido, por lo que las puntuaciones mínima y máxima para cada respuesta van de 0.5 a 7.5. A continuación, las puntuaciones de cada sección se transforman a una escala de 0 a 100 mediante una fórmula para su conversión lineal. Contiene dos ítems finales que califican la percepción del paciente acerca de su calidad de vida de manera global, con un rango del 1 (mínima) al 7 (máxima), y

la severidad de la diabetes con un rango del 1 (ninguna severidad) al 7 (extremadamente grave). El primer ítem permite medir la percepción que el paciente tiene de su calidad de vida como un todo y determinar si existe correlación entre ésta y la calificación global de la calidad de vida obtenida con el instrumento.²⁴

El estudio se basó en 260 pacientes adultos con diagnóstico de DM-2 de ambos sexos en 17 consultorios de la UMF 91, de los cuales solo 249 pacientes completaron el estudio (95.8%); 156 (62.7%) fueron mujeres. La edad promedio fue de 52.5 años para los varones (rango de 24 a 91 años) y de 55.7 para las mujeres (rango de 34 a 91 años) y el tiempo de evolución de la diabetes osciló entre un mes y 38 años, con una media y desviación estándar de 8.9 ± 7.7 años. El tiempo para contestar el cuestionario es de 7 a 25 minutos y 91.2% recibía tratamiento farmacológico.²⁴

Los 39 ítems del instrumento mostraron una correlación ítem-total mayor de 0.3, con la mínima de 0.34 para el ítem 4 y la máxima de 0.75 para el ítem 14. Los coeficientes α de Cronbach por dominio y calificación total fueron: energía y movilidad (15 ítems), $\alpha = 0.92$; control de la diabetes (12 ítems), $\alpha = 0.83$; ansiedad - preocupación (4 ítems), $\alpha = 0.80$; carga social (5 ítems), $\alpha = 0.83$; funcionamiento sexual (3 ítems), $\alpha = 0.93$ y calificación total (39 ítems), $\alpha = 0.95$. Los resultados muestran que la versión adaptada al español que se habla en México del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 tiene un alto nivel de consistencia interna y *test-retest*, así como relaciones lógicas entre las calificaciones que otorga y los valores de algunas variables de importancia clínica en los sujetos con diabetes tipo 2, lo cual apoya su validez deconstructiva.²⁴

La mediana de la calificación de 29 puntos (escala de 0-100) refleja que la calidad de vida en el grupo estudiado se afectó poco, lo cual es congruente con el hecho de que sólo un tercio de los pacientes presentó complicaciones tardías de la diabetes, ya que la mitad del tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue menor de 10 años. Como era de esperarse, se encontró una alta frecuencia de obesidad, hipertensión

y dislipidemia, los cuales son componentes del síndrome metabólico, presente en muchos de los pacientes con DM-2. Más de 70% de los sujetos participantes en este estudio estaba en tratamiento con antidiabéticos orales y menos de 20% recibía insulina, en contraste con los pacientes estudiados durante la validación inicial del instrumento, que en su mayoría se encontraban en tratamiento con insulina.²⁴

La consistencia interna de la versión adaptada al español del Diabetes 39 fue alta, con valores alfa de Cronbach >0.8 para las secciones y la puntuación total (arriba del valor de 0.7 considerado el mínimo aceptable para un buen nivel de consistencia) y fueron muy similares a los que se publicaron de su versión original en inglés. Dando los resultados obtenidos una validez y consistencia adecuada para medir la calidad de vida en paciente mexicanos.²⁴

Hay otros estudios en los que se usó el cuestionario diabetes 39 para analizar el efecto del ejercicio aeróbico en la calidad de vida de pacientes con diabetes tipo 2 donde resultados encontraron que 30 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados, 17 eran mujeres(56.7%), edad promedio de 57.5 ± 4.4 años. La mayoría de los pacientes tenía sobrepeso. Después de completar el programa de ejercicio de 13 semanas, se encontró una disminución en el peso y la glucosa, con una diferencia significativa ($p=0.026$ y 0.006), respectivamente; a pesar de que se observó disminución en el índice de la masa corporal, ésta no fue significativa ($p=0.865$).²⁵

En cuanto a la evolución inicial y final de la calidad de vida se encontró en el SF-36 una mejoría significativa en la percepción que el individuo tiene sobre su función física, aspecto que se ve modificando debido a que el ejercicio mejora la tolerancia a las actividades físicas.²⁵

Una mejoría en los dominios de la percepción de dolor corporal, vitalidad, rol emocional y función social después del programa de ejercicio, esto se justifica

porque el ejercicio aumenta la producción de endorfina, sustancias que producen sensación de bienestar, mayor vitalidad y controlan el dolor, lo que condiciona un cambio en el aspecto emocional y social del enfermo. Lo anterior se encontró en dicho dominio del SF-36 y se corroboró en el cuestionario Diabetes -39, ya que en la evolución final se encontró una mejoría de la calidad de vida y una percepción de menor gravedad de la enfermedad. Describiendo que el ejercicio mejora la calidad de vida del paciente diabético, ya que influye sobre el ámbito físico, emocional y social.²⁵

El instrumento Diabetes -39 se adaptó para brasileños en donde un grupo de pacientes con DM-2, en el periodo de octubre de 2007 a enero de 2008, cincuenta y dos participantes atendieron los criterios de inclusión, de los cuales 18 (34.6%) eran del sexo masculino. La edad varió de 45 a 84 años, con promedio de 62.8 años y mediana de 63 años de edad. Con relación al nivel de escolaridad, se constató baja escolaridad con enseñanza fundamental incompleta o no saber leer y escribir o alfabetizado. Al analizar la duración de la enfermedad entre los participantes, se verificó un promedio de 9,15 años de convivencia con la enfermedad DM-2, mediana de 9 años, siendo que el tiempo mínimo de enfermedad observado en la muestra fue de 1 año y el máximo de 20 años. Se constató el predominio de mujeres usando insulina, 20(68.9%) entre 29 usuarias. Con índice de masa corporal, ocho pacientes (15.38%) tenían peso normal y el 44(84.6%) se categorizó con sobrepeso y obesidad. Los valores del alfa de Cronbach variaron de 0.58 (ansiedad y preocupación) a 0.85 (control de la diabetes), siendo valores adecuados para la evaluación de la consistencia interna de los ítems en los dominios. El puntaje total mostró una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,917. Al tomar estas consideraciones los resultados muestran que la versión adaptada del D-39 para la cultura brasileña podrá constituirse en un instrumento válido y confiable para mensurar calidad de vida relacionada a la de personas con Diabetes Mellitus 2.²⁶

Otro estudio realizado en Jordania fue que la media (DE) de D-39 sub escalas varió de 26,9 (22,4) para "carga social" a 50,5 (21,1) "para la Energía y Movilidad".

Correlaciones entre tema dentro de cada escala fueron de moderadas a fuertes. Todas las correlaciones ítem-escala supera la correlación mínima de 0,40 para la consistencia interna adecuada al artículo. El Artículo tiene validez discriminante, se ha demostrado, ya que los elementos tienen correlación más alta con su propia escala que con otras escalas. Para todas las escalas, coeficiente alfa de Cronbach superado el criterio mínimo de 0,7. Dando de conclusiones que la versión en árabe de la D-39 es un instrumento fiable y válido para medir la calidad de vida de los pacientes con diabetes en Jordania.²⁷

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El problema del control de la diabetes con hipertensión es que existen diferentes factores: desde apego al tratamiento farmacológico, y no farmacológico, sedentarismo, obesidad, apoyo familiar, transgresión alimentaria, estrés laboral, siendo estos algunos factores que alteran el control de los pacientes. Existen elementos para validar la calidad de vida, los cuales nos pueden ayudar a orientar las limitaciones debidas a problemas físicos, funcionalidad social, dolor corporal, salud mental general, limitaciones debidas a problemas emocionales, vitalidad.

La calidad de vida es un componente fundamental del estado de salud que pretende englobar el impacto de la enfermedad y del tratamiento, más allá de las consecuencias biológicas de ambas.

Estos cambios en la calidad de vida han impactado en la sociedad, favoreciendo la obesidad, las cardiopatías, la hipertensión, síndrome metabólico, etc., que son factores para que presente la diabetes e hipertensión arterial sistémica.

Por lo anterior planteamos la siguiente pregunta.

¿Cuál es la calidad de vida y el control de los pacientes diabéticos con hipertensión arterial sistémica que a la UMF n° 28 Gabriel Mancera?

5. JUSTIFICACIÓN.

El aumento de la diabetes con hipertensión a nivel mundial, hace que el primer nivel de atención médica sea el que lleve el control de estos pacientes, por lo que es fundamental el papel que desempeñan los médicos familiares. Ya que algunos funcionamiento de las instituciones es ofrecer a los pacientes orientación, promoción de la salud, prevención y limitación del daño.

En la unidad de Medicina Familiar N° 28 Gabriel Mancera las primeras causas de consulta de primera vez y subsecuentes del 2011 son la hipertensión en primer lugar con 72,464 pacientes derechohabientes, y en segundo lugar la Diabetes mellitus no insulino dependiente con 29,624 pacientes derechohabientes, siendo más frecuente en mujeres que en hombres, además la diabetes es la segunda causa de mortalidad y la hipertensión arterial esencial la doceava en esta unidad. Teniendo 7,148 diabéticos con hipertensión arterial sistémica.

Estos componentes por si mismos ofrecen al paciente diabético e hipertenso una importante educación que repercuten en un control integral de la enfermedad. Las consecuencias de un control inadecuado de la enfermedad repercutirán en la calidad de vida del paciente, por lo que para este estudio será el objetivo conocer cuál es la calidad de vida de los pacientes diabéticos con hipertensión arterial sistémica, al aplicar un cuestionario que nos dará el reflejo de la percepción de su calidad de vida de acuerdo a su control metabólico.

6. OBJETIVOS:

6.1 Objetivos generales.

Evaluar la calidad de vida y el control de diabetes mellitus tipo 2 con hipertensión arterial sistémica, en pacientes que acudan a la UMF N° 28.

6.2 Objetivo específico.

Determinar la autopercepción del control de los diabéticos con hipertensión arterial sistémica que acudan a la UMF N°28.

Conocer la calidad de vida en relación a sexo.

7. HIPÓTESIS.

7.1 Hipótesis verdadera:

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con hipertensión arterial sistémica que acuden a la UMF n° 28, tienen buen control y calidad de vida de acuerdo a su percepción.

7.1.2 Hipótesis nula:

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con hipertensión arterial sistémica que acuden a la UMF n° 28, no tienen buen control y calidad de vida de acuerdo a su percepción.

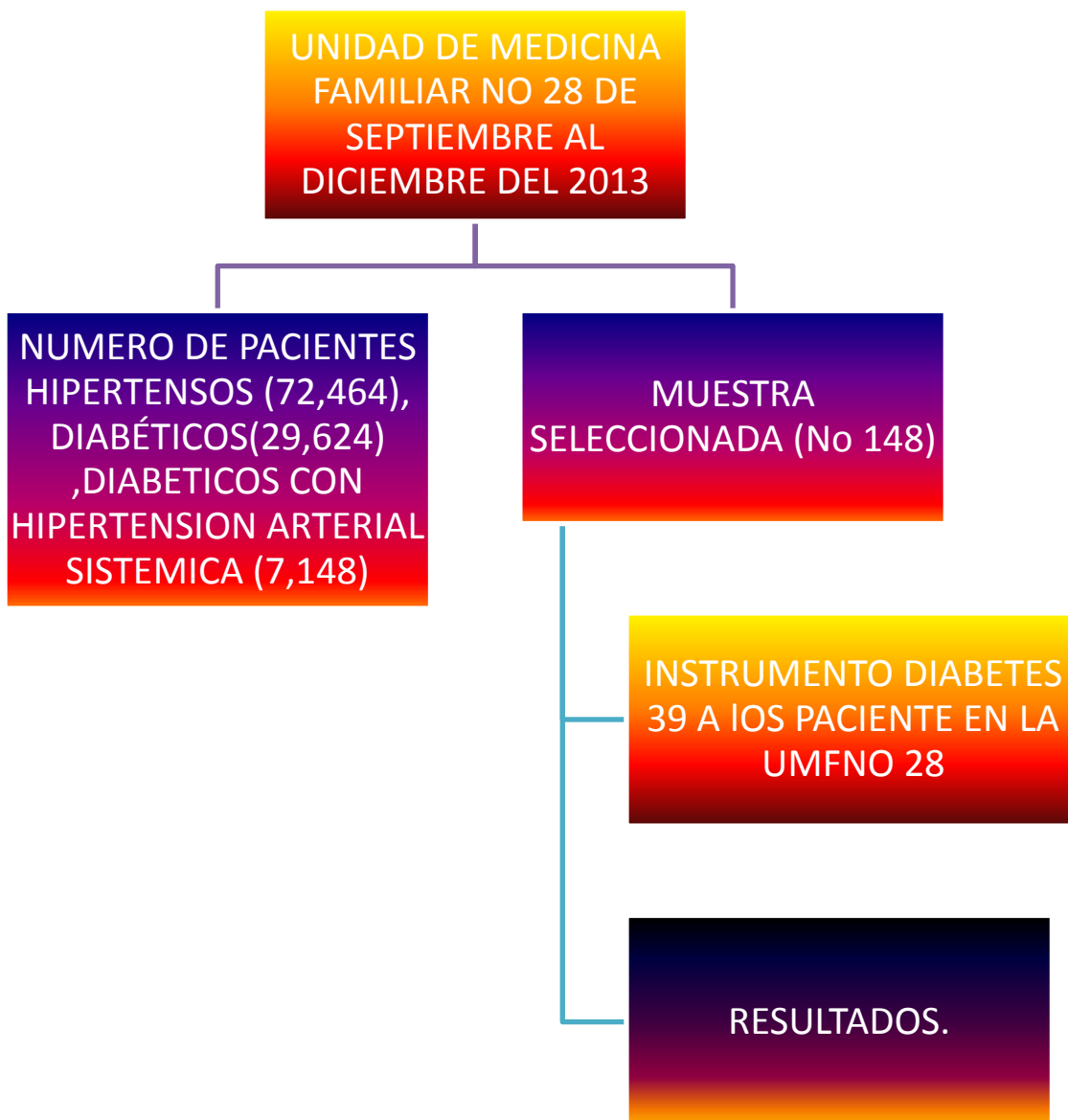
8. MATERIAL Y MÉTODOS.

8.1 Tipo de estudio.

- De acuerdo al proceso de causalidad o el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **Prospectivo.**
- De acuerdo al número de mediciones de una misma variable o el período y secuencia de estudio: **Transversal.**

- De acuerdo a la Intervención comparativa de los resultados del grupo o grupos estudiados: **No comparativo.**
- De acuerdo a Control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **Descriptivo.**

8.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.



9. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.

Se les realizara un estudio de investigación en pacientes derechohabientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica en la UMF n° 28 Gabriel Mancera, ubicada en la AV. Gabriel Mancera y calle San Borja sin número, Colonia del Valle en la Ciudad de México Distrito Federal , que cuenta con 72,464 pacientes con hipertensión, 29,624 diabéticos no insulino dependientes, de los cuales 7,148 tienen diabetes con hipertensión arterial sistémica, a quien se les realizará la encuesta de calidad de vida diabetes 39, para valorar la percepción del paciente de acuerdo a su calidad de vida y a su control de diabetes, siendo el tamaño de la muestra de 148 pacientes en un periodo de septiembre a diciembre del 2013.

10. MUESTRA.

$$n = \frac{Z^2 p q}{e^2}$$

$$Z = (1.96)^2$$

$$p = 54.4\% (0.544)$$

$$q = 1 - p = 0.456$$

$$\alpha = 95$$

$$e^2 = 0.08$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.544)(0.456)}{(0.08)^2} = 148 \text{ pacientes.}$$

11. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

11.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes diabéticos con hipertensión arterial sistémica derechohabientes del IMSS, adscrito a la UMF n° 28.

Pacientes que tengan diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica que acudan a la UMF n° 28.

Pacientes que contesten la encuesta autoaplicable de Diabetes 39.

Pacientes que sepan leer y escribir y que tengan firmada carta de consentimiento informado.

11.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

No terminar la encuesta Diabetes 39.

No se tomaran pacientes con otras comorbilidades (cáncer, gota, lupus, etc.).

12. VARIABLES.

14.1 Variable independiente: Diabetes Mellitus tipo 2.

14.2. Variable dependiente.: Calidad de vida.

14.3 Variable de confusión: Todas las comorbilidades

13. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

13.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO:

13.2 VARIABLE INDEPENDIENTE.

DEFINICION CONCEPTUAL.

DIABETES MELLITUS. Enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

TIPO DE VARIABLE: CUALITATIVA.

ESCALA DE MEDICIÓN: NOMINAL

DEFINICION OPERACIONAL: Se usara el instrumento Diabetes 39 para valorar la percepción de los pacientes de acuerdo a su control de diabetes, usando 12 ítems de los cuales tendrán un valor de 1al 7, siendo 1 nada afectado en lo absoluto y el 7 sumamente afectado, y se transformará a una escala de 0 a 100 mediante una fórmula para su conversión lineal.

DIMENSIONES: CONTROL DE LA DIABETES.

INDICADORES:

1. El horario de los medicamentos para su diabetes
4. Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes
5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes
14. Tener diabetes
15. El descontrol de su azúcar en sangre
17. Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre
18. El tiempo requerido para controlar su diabetes
24. Tener bien controlada su diabetes
27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre
28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares
31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes
39. La diabetes en general

13.3 VARIABLE DEPENDIENTE.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

CALIDAD DE VIDA. La percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativa, estándares y preocupaciones.

TIPO DE VARIABLE: CUALITATIVA.

ESCALA DE MEDICIÓN: ORDINAL.

DEFINICION OPERACIONAL: Se usara el instrumento Diabetes 39 para valorar la percepción de los pacientes de acuerdo a su calidad de vida, usando 1 ítems de los cuales tendrán un valor de 1al 7, siendo 1 mínima y el 7 máxima calidad de vida, y se transformará a una escala de 0 a 100 mediante una fórmula para su conversión lineal.

DIMENSIONES: CALIDAD DE VIDA.

INDICADORES: 1. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique la calificación de su calidad de vida.

14. DISEÑO ESTADÍSTICO.

El propósito estadístico de la investigación es la medición de la calidad de vida y el autocontrol en los pacientes portadores de diabetes mellitus con hipertensión arterial sistémica.

15. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Ya aceptado el estudio se procederá a la realización de las encuestas a los pacientes diabéticos con hipertensión arterial sistémica, las cuales se procesaran en el programa estadístico que contiene formatos para elaboración de base de datos y posteriormente analizar la información, usando SPSS versión 21 (Package for the Social Science), para sacar las gráficas y obtener los resultados de los pacientes encuestados.

16. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Los datos obtenidos se describirán mediante la utilización de medidas de tendencia central: moda, mediana y promedio (ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA).

17. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.

Se contara con ayuda de trabajo social y el médico residente para la realización de las encuestas diabetes 39 en el auditorio de la UMF no 18 Gabriel Mancera IMSS, los materiales que se ocuparan serán impresiones del cuestionario en papel tamaño carta, pluma y el sistema SPSS versión 21 instalado en la computadora para graficar los cuestionarios.

18. ASPECTO ÉTICO.

De acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud este estudio vera la práctica médica y la estructura social. Y será valorado por un comité de investigación quien dará la autoridad para la elaboración del estudio correspondiente. De acuerdo a los lineamientos de Helsinki se verá la evolución de la enfermedad, dando respeto y será voluntaria en un acceso apropiado. Por lo que se protegerá la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. No tiene patrocinador ya que el estudio se realizara con una encuesta el cual pude ser solventar por el investigado. Y se mandara a un comité quien considerara las Leyes para dar consejos y sugerencias para el mejoramiento de este trabajo.

Este estudio no constara de personas con discapacidades, embarazadas o niños y se pedirá su autorización voluntaria de cada paciente para proteger su información personal, por lo que no se sale de los lineamientos de Helsinki.

19. RESULTADOS.

Se realizó la encuesta calidad de vida 39 para diabéticos con hipertensión arterial sistémica que acudieron a la unidad de medicina familiar no 28 Gabriel Mancera, de

las 148 personas encuestadas, el 45.27% son hombre y el 54.73% son mujeres con una media de edad de 56 años para hombres con desviación estándar de 12.73 y 57 años para mujeres y una desviación estándar de 12.21 (figura 1).

En la encuesta las primeras 6 secciones (energía y movilidad, control de la diabetes, ansiedad –preocupación, carga social, funcionamiento sexual, calificación total) al dar un valor lineal del 0 al 100, aproximándolo a nada afectada en absoluto o sumamente afectada, y para calidad de vida se aproxima a mínima calidad y máxima calidad, y la severidad de la diabetes estos valores se aproximan a ninguna gravedad o extremadamente grave.

De todos los encuestados se observa una calificación total de calidad de vida afectada de 34.06 en promedio, la mitad de los diabéticos con hipertensión arterial sistémica tuvo una calificación total de calidad de vida afectada menor o mayor de 34.62, y una calificación total frecuente de calidad de vida de 38.03

Se encontró que todos los encuestados tienen una autopercepción de calidad de vida de 69.48 en promedio, y la mitad de los encuestados tiene una calidad de vida en su autopercepción menor o mayor de 66.67, calidad de vida autopercebida más frecuente es de 66.67. (Figura 2)

El promedio de severidad de vida de todos los encuestados es de 53.15, y la mitad tiene severidad de la diabetes en menor o mayor del 50, y con una frecuencia de severidad de diabetes de 50. (Figura 3)

Y se observa que el control de la diabetes en todos los encuestados es afectado en 33.23 en promedio, con la mitad de los diabéticos con hipertensión tienen afectación mayor o menor de 33.33, y con una afectación frecuente de 26.39.

El control de la diabetes es menos afectada en las mujeres en 32.73 en promedio en comparación a los hombres que es de 33.83, con partes iguales de los encuestados con menor o mayor afectación del control de la diabetes en hombre de 34.72 y en mujeres de 33.33, con una frecuencia igual en hombres y mujeres de 29.39 en afectación. (Figura 4)

En calificación total de calidad de vida es más afectada en promedio para hombres de 35.24 en comparación con las mujeres que es de 33.09, con partes iguales mayor o menor en afectación de los encuestados en hombres de 35.47 y en mujeres 34.62, con una frecuencia de afectación en hombre de 5.56 y en mujeres de 38.03 (Cuadro 1 y 2)

En calidad de vida autopercibida se observa que la mejor calidad de vida es en mujeres con 71.60 en promedio en comparación a lo hombre con 66.91, con igualdad de partes en hombre y mujeres de 66.67 para ambos sexos, y una frecuencia igual a 66.67 (Cuadro 1 y 2, Figura 4)

La severidad de la diabetes es más grave en promedio en hombres 53.73 en comparación a las mujeres en 53.67, con igualdad en encuestados de gravedad para hombres y mujeres mayor o menor de 50.00 y con frecuencia de afectación mayor en mujeres en 50.00 que en hombre en 33.33 (Cuadro 1 y 2)

Otras observaciones que se ve en todos los encuestados es que es más frecuente la ansiedad –preocupación en 54.17 en comparación a la fusión sexual que es de 0.00.

20. CONCLUSION.

Se identificó que de los encuestados, los hombres y mujeres no tuvieron mucha diferencia en su calidad de vida, siendo el control de la enfermedad más adecuada de acuerdo al puntaje en las mujeres que en los hombres. Y los segmentos del cuestionario en orden de afectación se observa que el más afectado primero es la ansiedad –preocupación, carga social, energía y movilidad, control de diabetes y por ultimo función sexual.

21. GRAFICAS.

PORCENTAJE POR SEXO.

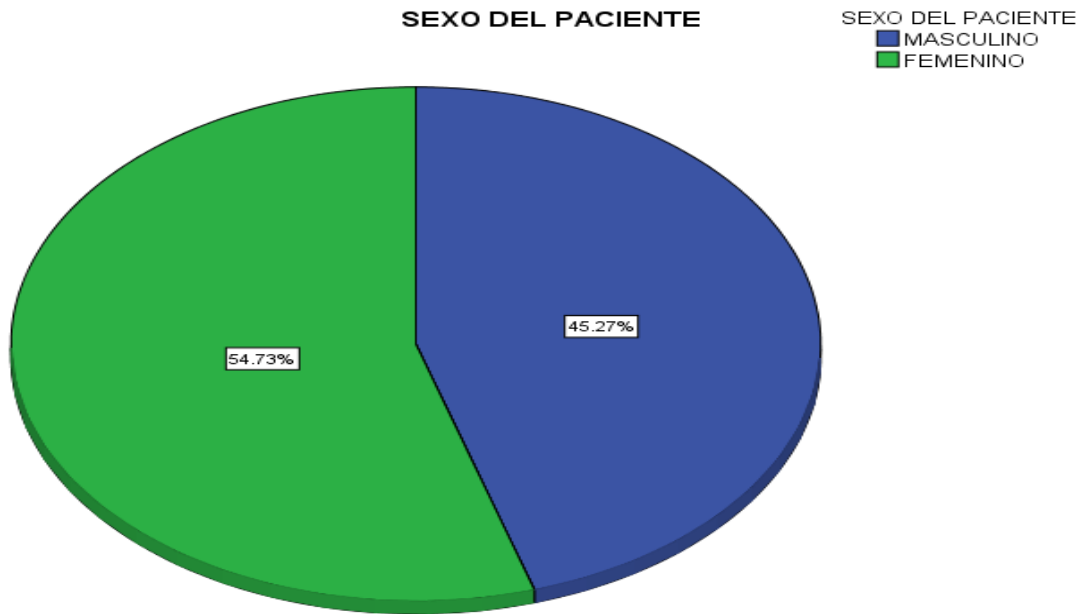


Figura 1

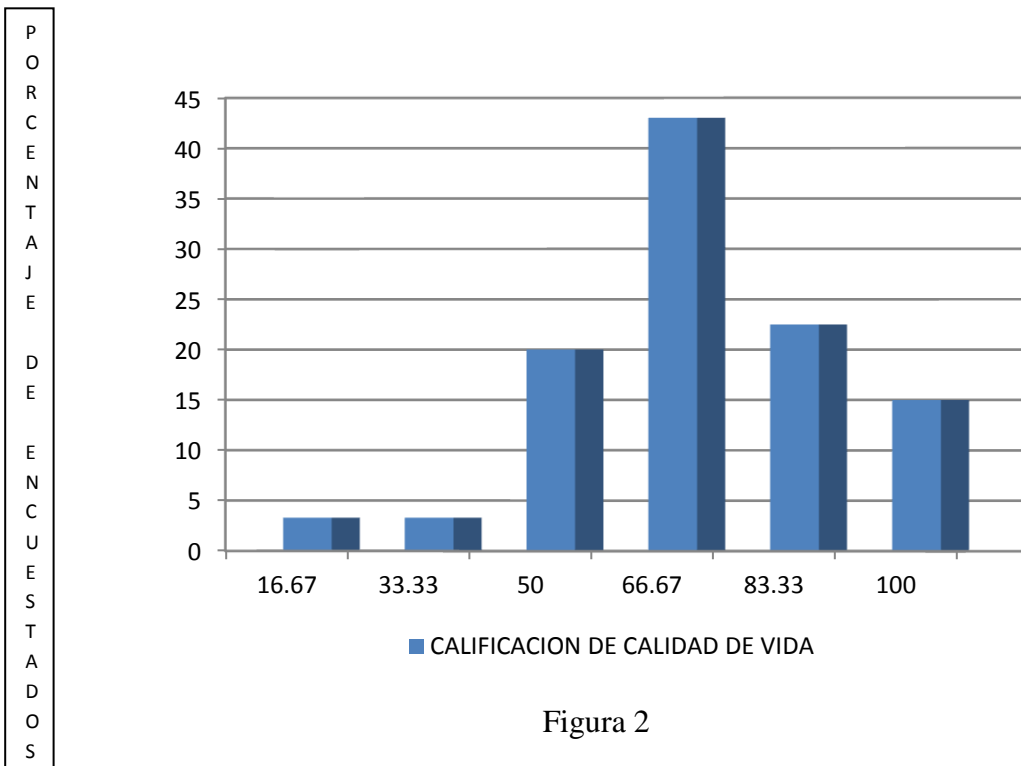


Figura 2

P
O
R
C
E
N
T
A
J
E
D
E
E
N
C
U
E
S
T
A
D
O
S

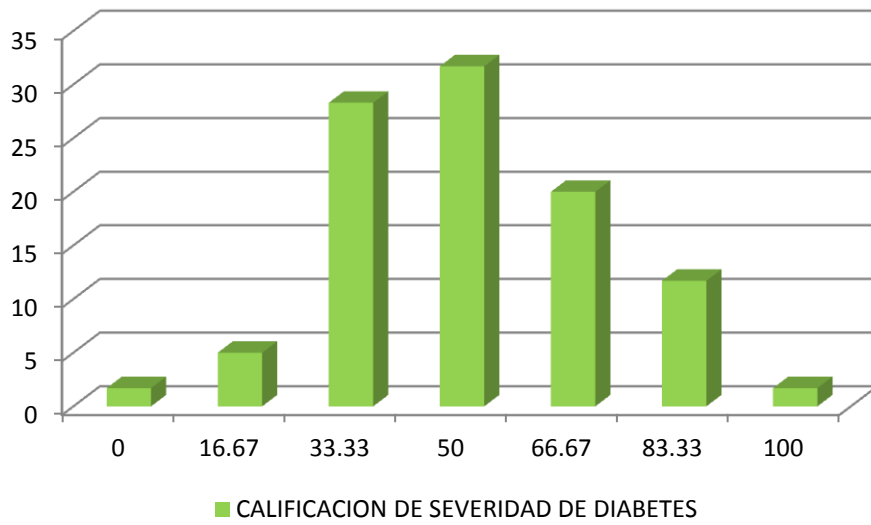


Figura 3

HOMBRES

Estadísticos				
	CONTROL DE DIABETES	CALIFICACION TOTAL DE VIDA	CALIDAD DE VIDA	SEVERIDAD DE LA DIABETES
N	Válidos	67	67	67
	Perdidos	0	0	0
Media	33.8309	35.2464	66.9155	53.7307
Mediana	34.7200	35.4700	66.6700	50.0000
Moda	26.39 ^a	5.56 ^a	66.67	33.33

Cuadro 1

MUJERES

Estadísticos					
		CONTROL DE DIABETES	CALIFICACION TOTAL DE VIDA	CALIDAD DE VIDA	SEVERIDAD DE LA DIABETES
N	Válidos	81	81	81	81
	Perdidos	0	0	0	0
Media		32.7332	33.0954	71.6057	52.6746
Mediana		33.3300	34.6200	66.6700	50.0000
Moda		26.39	38.03	66.67	50.00

Cuadro 2

PROMEDIOS DE CALIDAD DE VIDA Y CONTROL DE LA DIABETES

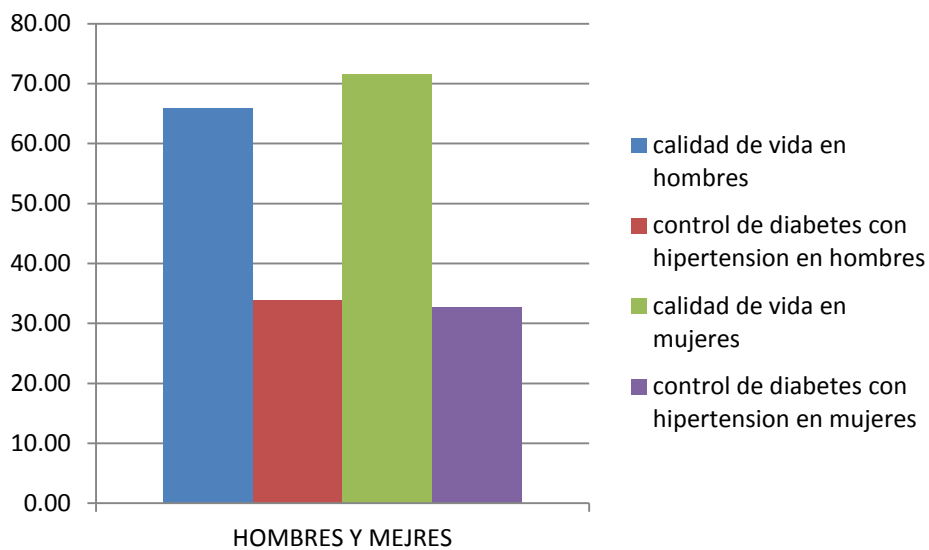


Figura 4

22. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

1. IMSS. Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención [pdf en línea]: Instituto Mexicano de Seguro Social; 2012(consultado 26 sep. 2012). Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/076GER.pdf> f ISBN: 978-607-7790-24-2
2. Chobanian A, Bakris LG, Black H, Cushman W, Green L, Jones D, et al. El séptimo reporte del comité nacional conjunto sobre prevención, detección , evaluación y tratamiento de la hipertensión. JAMA. 2003; 289(19):2560-2571.
3. México. Diario Oficial De La Federación. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica (31 de mayo de 2010). Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5144642&fecha=31/05/2010
4. México. Diario Oficial De La Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. (22 de septiembre de 1999). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>
5. Frederic SB, Darryl YS. Janine REV. Current Diagnosis and treatment: critical Care: hypertensive crisis and malignant hypertension. 3^a ed. New York: McGraw Hill; 2008, p.480-482.
6. Ramos A. Compendio medico: Herramientas para una efectiva práctica clínica. 2^aed.Bogotá; 2010, p. 47-64.
7. México. Diario Oficial De La Federación. Norma Oficial Mexicana NOM 015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
8. Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M, Sepúlveda J. Encuesta de Salud y Nutrición. México D.F: INSP; 2006, p 80.

9. Secretaria de salud. Mensaje del doctor Julio Frank Mora, en la inauguración del 15° Congreso Nacional de la Federación Mexicana de Diabetes. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/discursos/2003-03-20-FEDERACION-MEXICANA-DE-DIABETES.htm#arriba.
10. Pérez Cuevas R, Reyes Morales H, Vladislavovna Doubova S, Zepeda Arias M, Díaz Rodríguez G, Valdovinos A, et al. Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. *Rev Panam Salud Pública*.2009; 26(6): 512,515.
11. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2012. *Diabetes Care*. January 2012; 35: 12, 21-23.
12. Espinoza I, Osorio P, Torrejon MJ, Bunout D .Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile* .2011; 139: 579-586.
13. McDowell I. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, 3ª ed. New York: oxford; 2006, p. 521.
14. Jarillo Ibáñez MD, Moreno Barrios F, Rodríguez Pérez JC, Lázaro y de Mercado P. Calidad de Vida e Hipertensión Arterial[en línea] Madrid: Ergon;2001;pp.183-97.Disponible en:www.taiss.com/publi/absful/calidad%20de%20vida%20argo.pdf.
15. Barrón-Rivera AJ, Torreblanca-Roldán FL, Sánchez-Casanova LI, Martínez-Beltrán M. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. *Salud Pública Mex* 1998; 40: 503-509.
16. Adalberto Jorge Barrón, Federico Luis. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. *Salud Pública de México*. vol. 40, no 6, 1998.
17. Esparcia Navarro, Merino Sánchez, Calidad de vida en el hipertenso y factores que la determinan, publicado en hipertensión vol. 18 no 032001_18-125-31.

18. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta sobre diabetes, hipertensión y factores de riesgo de las enfermedades crónicas: Centroamérica 23 de Agosto de 2010: Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3070&Itemid=259&lang=es
19. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta de Diabetes, Hipertensión y Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas. Honduras: OPS/OMS: 2009, p:22
20. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta de Diabetes, Hipertensión y Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas. Costa Rica: OPS/OMS; 2009.p:9 y 61
21. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta de Diabetes, Hipertensión y Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas. Nicaragua: OPS/OMS; 2010.p: 60-62
22. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta de Diabetes, Hipertensión y Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas. Belice: OPS/OMS; 2009.p:29-30
23. Melchioris AC, Correr C, Rossignoli P, Pontarolo R, Fernandez Limos F. Medidas de evaluación de la calidad de vida en Diabetes. Parte II: Instrumentos específicos. Pharmacy Practice, 2004; 2(002): 66. Disponible en : <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/690/69020201.pdf>
24. López Carmona JM, Rodríguez Moctezuma R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Rev Artemisa, 2006; 48 (3): 200-211. Disponible en :http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/salud_publica_mexico/4adaptacion.pdf
25. Rufino Serralde YD, Rosas Barrientos JV, Sanchez Ortiz AO. Efecto del ejercicio aeróbico en la calidad de vida de pacientes con diabetes tipo 2. Rev Esp Med Quir .2009;14(3):110-113. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2009/rmq093b.pdf>

26. Queiroz F, Pace AE. Adaptación cultural y validación del instrumento Diabetes-39(D-39): Versión para Brasileños con diabetes mellitus tipo 2 – Fase 1. Rev. Latino am Enfermagem. 2009; 17(5): 5-9. Disponible en : http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/es_18.pdf

27. Bataineh S, Batayha W. The Arabic version of Diabetes -39 psychometric properties and validation. Rev Chronic Illness. 2008 4: 257-263. Disponible en : <http://chi.sagepub.com/content/4/4/257.abstract>

23. ANEXOS.

NOMBRE: _____

FECHA: _____ EDAD _____ SEXO _____

Anexo CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DIABETES 39

La calidad de vida de las personas está afectada por muchas causas. Estas causas pueden incluir el estado de salud, la oportunidad para vacunarse o divertirse, los amigos, la familia o el trabajo. El siguiente cuestionario se diseñó para ayudar a conocer lo que afecta la calidad de vida en las personas con diabetes.

Las siguientes preguntas se relacionan con el grado de afectación que la diabetes le ocasionó en su calidad de vida *durante el último mes*. Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste colocando una cruz (X) en el cuadro del número que refleje mejor el grado de afectación en su vida respecto a cada una de las preguntas señaladas, tomando en cuenta que el número 1 indica falta de afectación y, al avanzar la numeración, aumenta el grado de afectación en forma progresiva hasta llegar al máximo, que es el número 7, que indica afectación extrema. Si tiene alguna duda, con gusto se le prestará ayuda.

Se le suplica responder todas las preguntas.

Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?

1. El horario de los medicamentos para su diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

2. Preocupaciones por problemas económicos

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

3. Limitación en su nivel de energía

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

4. Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
6. Estar preocupado(a) por su futuro
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
7. Otros problemas de salud aparte de la diabetes
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
8. Tensiones o presiones en su vida
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
9. Sensación de debilidad
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
10. Restricciones sobre la distancia que puede caminar
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
11. Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
12. Visión borrosa o pérdida de la visión
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
13. No poder hacer lo que quisiera
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
14. Tener diabetes
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
15. El descontrol de su azúcar en sangre
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
16. Otras enfermedades aparte de la diabetes
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
17. Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
18. El tiempo requerido para controlar su diabetes
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
19. Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
20. La vergüenza producida por tener diabetes
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada
21. La interferencia de su diabetes en su vida sexual
- Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Sumamente afectada

22. Sentirse triste o deprimido
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
23. Problemas con respecto a su capacidad sexual
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
24. Tener bien controlada su diabetes
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
25. Complicaciones debidas a su diabetes
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
26. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
29. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
30. Menor interés en su vida sexual
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
32. Tener que descansar a menudo
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
33. Problemas al subir escaleras
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
34. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
35. Tener el sueño intranquilo
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
36. Andar más despacio que otras personas
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
37. Ser identificado como diabético
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
38. Interferencia de la diabetes con su vida familiar
- | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|
| Nada afectada en absoluto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Sumamente afectada |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|

39. La diabetes en general

Nada afectada en absoluto

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Sumamente afectada

Calificación global

1. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique la calificación de su calidad de vida

Minima calidad

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Máxima calidad

2. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique lo que usted piensa de la gravedad de su diabetes

Ninguna gravedad

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Extremadamente grave

Gracias por sus respuestas



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:

VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y CONTROL DE
DIABETES, EN PACIENTES DIABÉTICOS CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, USANDO EL
INSTRUMENTO DIABETES 39 EN LA UMF N° 28.

Lugar:

Unidad de Medicina Familiar no 28

fecha:

/ /2013

Número de registro:

R-2013-3609-60

Justificación y objetivo del estudio:

El aumento de la diabetes con hipertensión a nivel mundial, hace que el primer nivel de atención médica sea el que lleve el control de estos pacientes, por lo que es fundamental el papel que desempeñan los médicos familiares. Ya que algunos funcionamientos de las instituciones es ofrecer a los pacientes orientación, promoción de la salud, prevención y limitación del daño.

Objetivo general: Evaluar la calidad de vida y el control de diabetes mellitus tipo 2 con hipertensión arterial sistémica, en pacientes que acudan a las sesiones de trabajo social en la UMF n° 28

Objetivo específico:

- Determinar la autopercepción del control de los diabéticos con hipertensión arterial sistémica que acudan a las sesiones de información para diabéticos de la UMF n° 28.
- Conocer la calidad de vida en relación a sexo.
- Distribución de las enfermedades de acuerdo a sexo

Procedimientos:

Se realizara la encuesta Diabetes 39 a pacientes con diabetes e hipertensión arterial sistémica en la UMF no 28

Posibles riesgos y molestias:

Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Valorara la perspectiva de su control metabólico de la diabetes con hipertensión arterial sistémica en relación a su calidad de vida.

Participación:

Sí () O No ()

Privacidad y confidencialidad:

No se proporcionara datos personales para lucros a terceros, guardando así la privacidad y confidencialidad del paciente

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr. Eric Ismael Rodríguez Gutiérrez

Colaboradores:

Dr. Felipe Ortiz Contreras

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, dirección, relación y firma del testigo

Clave: 2810-009-013