

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON  
FACULTAD DE MEDICINA AURELEO MELEAN  
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACION CONTINUA.  
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR – CAJA NACIONAL DE SALUD



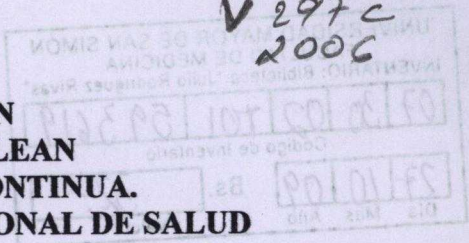
## CALIDAD DE VIDA Y APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS

AUTOR: Dra. Rosemary Vargas Cadima.

TUTOR: Dr. Msc. Henry Solís Fuentes

COCHABAMBA – BOLIVIA  
2006

MED.  
TESIS  
V 297 C  
2006



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON**  
**FACULTAD DE MEDICINA AURELEO MELEAN**  
**ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACION CONTINUA.**  
**RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR – CAJA NACIONAL DE SALUD**



**AGRADECIMIENTO**

**CALIDAD DE VIDA Y APOYO FAMILIAR EN  
PACIENTES DIABÉTICOS**

*A mis padres y hermanos por su apoyo constante, su  
carriña, aliento y comprensión a lo largo de todos estos  
años.*

**AUTOR: Dra. Rosemary Vargas Cadima.**

**TUTOR: Dr. Msc. Henry Solís Fuentes**



**Cochabamba – Bolivia**  
**2006**

Vº Dº C.02-03-06

	<b>INDICE</b>	Pgs.
5.- DISEÑO METODOLÓGICO.....		46
5.1.- Tipo de investigación.....		46
5.2.- Área de estudio.....		46
RESUMEN.....		46
1.- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....		16
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....		23
3.- OBJETIVOS.....		27
3.1.- Objetivo general.....		27
3.2.-Objetivos específicos.....		27
4.- MARCO TEORICO.....		27
4.1.- Diabetes Mellitus.....		28
4.1.1.- Antecedentes.....		28
4.1.2.- Epidemiología.....		30
4.1.3 Clasificación.....		50
4.1.4.-Diagnóstico.....		10
4.1.5.- Tratamiento.....		11
4.1.6.- Prevención.....		18
4.1.7.- Educación para mejorar la calidad vida.....		20
4.1.8.- Complicaciones crónicas.....		30
4.2. Abordaje familiar en pacientes diabéticos.....		36
4.2.1.- El impacto de la diabetes sobre el adulto y su familia.....		38
4.2.2.- El papel de los familiares y de los profesionales de la salud en la Diabetes.....		40
4.3.- Calidad de vida.....		41
4.3.1.- Concepto.....		41
4.3.2.- Dimensiones de la calidad de vida.....		42
4.3.3.- Características de la calidad de vida.....		42
4.3.4.- Calidad de vida y comportamiento en la diabetes.....		43
4.3.5.- Mejora de la calidad de vida.....		44
4.4.- Instrumentos.....		45

<b>5.- DISEÑO METODOLOGICO.....</b>	<b>46</b>
5.1.- Tipo de investigación.....	46
5.2.- Área de estudio .....	46
5.3.- Universo.....	46
5.4.- Muestra .....	46
5.5.- Proceso.....	46
5.6.- Variables.....	47
5.6.1.- Variable Dependiente .....	47
5.6.2.- Variable Interviniente .....	47
5.6.3.- Variables Independientes.....	47
<b>5. 7.- OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....</b>	<b>48</b>
5.8.- RESULTADOS .....	50
<b>6.- DISCUSIÓN.....</b>	<b>52</b>
<b>7.- CONCLUSIONES.....</b>	<b>53</b>
<b>8.- RECOMENDACIONES.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>56</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>57</b>

## CALIDAD DE VIDA Y APOYO FAMILIAR EN PACIENTES

### DIABETICOS C.N.S. CBBA 2005

#### RESUMEN.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM Tipo 2) representa un problema de preocupación en salud pública. Su impacto físico y emocional a lo largo del proceso de la cronicidad deteriora la calidad de vida de las personas que la padecen. El objetivo de la presente investigación fue evaluar el impacto de la diabetes, sobre el grado de calidad de vida y los niveles de apoyo familiar con que cuentan los pacientes diabéticos que acuden al servicio de medicina familiar Pol. N° 32 de la C.N.S. CBBA. De septiembre a diciembre de 2005, se estudian al azar no aleatorizada compuesta por 50 pacientes diagnosticados con DM tipo 2 por sus médicos tratantes y sus familias, se realiza una encuesta. El deterioro de la calidad de vida se midió con la escala de calidad de vida relacionado con la salud (ESCAVIRS) específico para DM Tipo 2 modificado e instrumento para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2 (tipo Lickert).

Los resultados revelaron del total de pacientes estudiados el 44% cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida de los cuales 14% con deterioro leve, 22% con deterioro severo, 8% deterioro moderado, 56% de los pacientes no mostró deterioro en su calidad de vida.

De las áreas evaluadas sobresalen con deterioro severo: Área física 7 pacientes (14%); interacción con el equipo de salud 17 pacientes (34%); psicosocial 7 pacientes (14%); sexual 15 pacientes (30%); relación de pareja 7 pacientes (14%), para su deterioro contribuyeron pacientes con más de cinco años de evolución 60% y edad mayor de 50 años 26 %.

La calidad de vida con mayor impacto negativo en sexo femenino 60% con deterioro en el área psicosocial; en comparación con el sexo masculino 40%.

El apoyo familiar en los pacientes con D.M. tipo 2 corresponde 52% apoyo familiar alto; 26% apoyo familiar mediano; 22% apoyo familiar bajo.

La relación de calidad de vida y apoyo familiar en pacientes, deterioro severo con apoyo familiar bajo 16 %, deterioro moderado con apoyo familiar bajo 2 % , deterioro leve con apoyo familiar bajo 2 %.

Se concluye que el grado de deterioro de la calidad de vida en este tipo de pacientes es progresiva y está asociada a la evolución degenerativa de la enfermedad; también el nivel de apoyo familiar es progresiva y se correlaciona con el grado de deterioro de la calidad de vida, edad y tiempo de evolución de la enfermedad.

## **CALIDAD DE VIDA Y APOYO FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS C.N.S. CBBA 2005**

### **1.- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.**

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica y un verdadero problema de salud para el mundo.

La Diabetes Mellitus tipo 2 se caracteriza por tener una alta prevalencia en la población general, 3% y un manejo clínico complejo en el ámbito de la atención primaria, debido principalmente a la necesidad de cambios en el estilo de vida, al tratamiento y a la prevención de complicaciones.

Durante la evolución de la Diabetes Mellitus tipo 2 pueden aparecer complicaciones crónicas que afectan a la esperanza de vida y a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes.

La Diabetes Mellitus por su impacto físico y emocional a lo largo de la cronicidad deteriora la calidad de vida de las personas que la padecen. Conocer el nivel de deterioro de la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus permitira planificar las intervenciones necesarias ante las necesidades identificadas.

La Diabetes Mellitus tipo 2 como enfermedad crónica reviste especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento para lograr el control metabólico y prevenir sus múltiples complicaciones. Además de la ingesta de medicamentos se requieren otras medidas de control, primordialmente el ajuste de la alimentación, el control de peso en caso de obesidad, una actividad física adecuada, vigilancia y aseo adecuado de los pies y el cuidado de los dientes. Dichas medidas deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar fuera del campo de la atención médica.

Esta situación exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas. Como enfermedad crónica, la diabetes es un evento estresante, con grandes probabilidades de ser emocionalmente difícil para el enfermo. El apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento. Por lo cual la importancia que el médico familiar evalúe el apoyo familiar y la calidad de vida en los pacientes diabéticos.

La practica de la medicina de familia , exige del profesional médico un compromiso, no solo con el paciente, sino también con su entorno familiar y social, que implica la seguridad

por parte del paciente de obtener, cuando lo precise, una medicina de alta calidad, donde el componente básico o nuclear es el compromiso moral y profesional del médico de familia con el individuo, su familia y su comunidad.

## **2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .**

¿ Cuales serán los grados de calidad de vida y los niveles de apoyo familiar con que cuentan los pacientes diabéticos del policlínico N° 32 C. N. S.?

## **3.- OBJETIVOS.**

### **3.1.- Objetivo general:**

Evaluar el impacto de la diabetes, sobre el grado de calidad de vida y los niveles de apoyo familiar con que cuentan los pacientes diabéticos que acuden al servicio de medicina familiar Pol. N° 32 de la C.N.S. en la ciudad de CBBA .

### **3.2 .-Objetivos específicos:**

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes diabéticos .
- Determinar la estructura familiar y etapa del ciclo vital familiar de los pacientes diabéticos.
- Determinar el grado de calidad de vida en los pacientes diabéticos .
- Relacionar el grado de calidad de vida según genero y edad de los pacientes diabéticos.
- Determinar la dimensión de la calidad de vida con mayor impacto negativo según género.
- Determinar los niveles de apoyo familiar con que cuentan los pacientes diabéticos.
- Relacionar los niveles de apoyo familiar según genero, tiempo de evolución y edad de los pacientes diabéticos.
- Establecer la relación entre los niveles de apoyo familiar y el grado de calidad de vida de los pacientes diabéticos .

## **4.- MARCO TEORICO**

### **4.1.- Diabetes Mellitus.**

#### **4.1.1.- Antecedentes**

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónico - degenerativa cuya participación en la morbilidad y la mortalidad en México ha sido creciente, sobre todo en la segunda mitad

del siglo XX. Así, la Federación Internacional de Diabetes estima un incremento del 900% en el número de pacientes diabéticos en el mundo, al pasar de 30 millones en 1985 a 300 millones para 2025. El incremento en México, entre 1995 a 2025, respecto al número absoluto de diabéticos se estima en un 200%.

En nuestro país, los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993 muestran una prevalencia de DM de 8.2% para las personas de entre 20 – 65 años de edad; en el norte de México es donde la frecuencia de la enfermedad es mayor. Son de destacar las repercusiones de la DM sobre la calidad de vida .. Diversos estudios han señalado que la calidad de vida de los pacientes diabéticos se ve afectada en todas sus dimensiones, debido a la existencia de enfermedades micro y macrovasculares, que condicionan disminución de la agudeza visual que lleva a la ceguera, insuficiencia renal crónica y otras. Por otro lado, también es de tomar en consideración la co-morbilidad de la diabetes con otras condiciones como obesidad e hipertensión.

Las estimaciones económicas en todo el mundo indican que el costo para la salud para una persona con diabetes es 2.5 veces mayor que para una persona sin diabetes ; por supuesto, este costo se incrementa con la presencia de complicaciones.

**4.1.2.- Epidemiología.-** La importancia de este problema deriva de su frecuencia y de sus complicaciones crónicas, micro y macrovasculares, constituyendo una de las principales causas de invalidez y mortalidad prematura en la mayoría de los países desarrollados, aparte de afectar a la calidad de vida de las personas afectadas.

**Prevalencia:** En el mundo Occidental la prevalencia de Diabetes Mellitus se estima que oscila entre el 2 y el 6% de la población, según los distintos estudios (diferencias en métodos de diagnóstico empleados, rangos de edad en población estudiada...). Se estima que un 50% de los casos permanecen sin diagnosticar: por cada persona con diabetes conocida existe una con diabetes desconocida.

- La prevalencia de la DM1 se estima en 0,2 % de la población (5-10% de las personas con diabetes).
- La prevalencia total de la DM2 se estima en un 6% de la población (90-95% de las personas con diabetes), aumentando la prevalencia de forma significativa en

relación a la edad alcanza cifras entre el 10-15 % en la población mayor de 65 años, y el 20 % si consideramos sólo a los mayores de 80 años.

### **Incidencia:**

- Diabetes Mellitus tipo 1 : 10- 12 casos nuevos /100.000 habitantes/año.
- Diabetes Mellitus tipo 2: 60-150 casos nuevos/100.000 habitantes/año.

### **Mortalidad.:**

- En Estados Unidos los pacientes con Diabetes diagnosticada antes de los 15 años tienen una tasa de mortalidad 11 veces superior a la población general. La mortalidad es 2-3 veces superior en pacientes en los que se diagnostica la Diabetes después de los 40 años.
- En la mayoría de los países desarrollados, la diabetes ocupa del 4º al 8º lugar entre las causas de defunción. En España representa la 3ª causa en mujeres y la 7ª en hombres.
- En los países europeos la tasa de mortalidad oscila entre 7.9 y 32.2/100.000 habitantes. En España oscila alrededor de 23.2/100.000 habitantes. En la mayor parte de los estudios las tasas son mayores para mujeres que para hombres (en España, 29.3 frente a 16.1).
- La primera causa de muerte entre los pacientes con diabetes es el infarto de miocardio, que causa el 50-60% de las muertes de los pacientes con DM2. La principal causa de defunción de los pacientes con DM1 es la insuficiencia renal por nefropatía diabética.

### **Morbilidad**

#### **Enfermedad ocular .**

- El 20-30% de las cegueras registradas son achacables a retinopatía diabética, siendo la primera causa de ceguera en países industrializados.
- La retinopatía diabética se estima que afecta al 40-50% de todos los pacientes con diabetes, presentando el 10% retinopatía proliferativa. En Andalucía se estima que

- existen 175.752 pacientes con diabetes afectos de retinopatía, de los que 43.888 presentan retinopatía proliferativa.
- Entre los afiliados de la O.N.C.E. (Organización Nacional de Ciegos españoles) es la tercera patología causante de deficiencia visual, por orden de frecuencia.
- La Diabetes presenta un riesgo relativo de pérdida de visión 20 veces superior con respecto a población no diabética.

Enfermedad renal .

El 30-40 % de los pacientes con más de 20 años de evolución presentan algún grado de afectación renal.

El riesgo relativo de insuficiencia renal es 25 veces superior.

Neuropatía .

- Aproximadamente 60-70% de los pacientes con diabetes tienen algún grado de neuropatía
- El riesgo relativo de neuropatía es al menos 7 veces superior en el diabético.
- La neuropatía autonómica a nivel cardiovascular afecta a más del 40% de la población diabética con más de 10 años de evolución.
- La impotencia sexual afecta a casi el 40% de los hombres con diabetes.

Enfermedad vascular .

El riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, cerebral o periférica es 2-4 veces mayor en el diabético ( 2 veces superior en hombres y 4 veces superior en mujeres).

Aproximadamente el 50% de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores son realizadas en pacientes con diabetes.

El riesgo de precisar una amputación es 15-40 veces superior en la población diabética.

**4.1.3 Clasificación:** Se ha propuesto una nueva clasificación de la Diabetes y nuevos criterios de cribado y diagnóstico, formulados tras el acuerdo del Comité de Expertos de la ADA y de la OMS. Los cambios fundamentales han sido:

- Se eliminan los términos de Diabetes Mellitus Insulino-dependiente (DMID) y Diabetes no insulino-dependiente (DMNID).
- Se propone utilizar los términos Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2 (con números arábigos, puesto que los números romanos a veces dan lugar a confusión)

- Se definen nuevos valores de normalidad-enfermedad autoinmunes, y no se asocia al
  - Se introduce una nueva categoría clínica, la Glucemia Basal Alterada.
  - Se recomiendan nuevos criterios de cribado de Diabetes Mellitus. de cetoacidosis, y
  - Desaparece la recomendación del cribado universal de la Diabetes gestacional, recomendándose el cribado selectivo. No se recomienda el cribado en mujeres de
- II. Diabetes bajo riesgo: menores de 25 años, normopeso, sin antecedentes familiares de diabetes (y que no sean miembros de grupos étnicos con alta prevalencia de diabetes).

## I. Diabetes Mellitus tipo 1

### Diabetes mediada por procesos inmunes.

- Es causada por una destrucción auto inmune de la célula beta pancreática.
- Representa la mayoría de los casos con diabetes mellitus tipo 1.
- Aunque lo común es que comience en niños o adultos jóvenes, puede ocurrir a cualquier edad.
- La tasa de destrucción de la célula beta es bastante variable, pudiendo ser rápida en algunos individuos (principalmente niños) y lenta en otros (principalmente adultos).
- El comienzo suele ser de forma brusca, con cetoacidosis, en niños y adolescentes. Otros tienen moderada hiperglucemia basal que puede evolucionar rápidamente a hiperglucemia severa y/o cetoacidosis en presencia de infección o estrés. Algunos individuos, principalmente adultos, pueden mantener suficiente función residual de la célula beta, que previene durante años la aparición de cetoacidosis. Estos individuos pueden volverse eventualmente dependientes de la insulina, presentando riesgo de cetoacidosis y precisando tratamiento insulínico para sobrevivir. En las fases tardías de la enfermedad hay poca o ninguna secreción insulínica.
- Habitualmente el peso es normal o por debajo de lo normal, pero la presencia de obesidad no es incompatible con el diagnóstico.
- Estos pacientes son propensos a otras alteraciones autoinmunes, tales como enfermedad de Graves, tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Addison, vitiligo y anemia perniciosa.

### Diabetes idiopática.

- La etiología no es conocida. Sólo una minoría de pacientes con diabetes tipo 1 entran en esta categoría, la mayoría de origen africano o asiático.

- Existe un fuerte factor hereditario, no hay fenómenos autoinmunes, y no se asocia al HLA.
- Los individuos con esta forma de diabetes pueden tener episodios de cetoacidosis, y presentar diversos grados de deficiencia insulínica entre los episodios. La necesidad absoluta de insulina puede aparecer y desaparecer.

## II. Diabetes Mellitus tipo 2.

- Aunque puede ocurrir a cualquier edad, es habitual su comienzo en la vida adulta, después de los 40 años
- Caracterizada por resistencia insulínica asociada usualmente a un déficit relativo de insulina. Puede variar desde el predominio de la resistencia insulínica con un relativo déficit de insulina a un predominio del déficit en la secreción de insulina con resistencia insulínica.
- La obesidad está presente en el 80 % de los pacientes. Los pacientes que no se consideran obesos por los criterios tradicionales pueden presentar un aumento en el porcentaje de grasa distribuida de forma predominantemente en la región abdominal.
- El riesgo de desarrollar esta forma de diabetes aumenta con la edad, el peso y la falta de actividad física. es más frecuente en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional y en individuos con hipertensión o dislipemia.
- Representa el 90-95% de los casos de Diabetes Mellitus.
- Suele tener un comienzo insidioso
- Son resistentes a la cetoacidosis, aunque pueden presentarla en situaciones de estrés o infección.
- No precisan insulina para mantener la vida, aunque pueden requerirla para conseguir el control glucémico.
- Está frecuentemente asociada con una fuerte predisposición genética, sin embargo este factor genético es complejo y no claramente definido.

## III Otros tipos específicos de diabetes

- A. **Defectos genéticos de la función de la célula beta:** Estas formas de diabetes se caracterizan por comienzo de hiperglucemia moderada a edades precoces de la vida. Antes conocidas como MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young). Son hereditarias, con un modelo de herencia autosómico dominante.