

Calidad de vida en Adultos Mayores con Diabetes tipo 2 en primer nivel de atención

Santiago Oscar Pazaran Zanella¹, Nancy Lizbeth Lozada Gómez,² Mario Cesar Gómez Ramírez².

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 6, 15 de mayo s/n Valle Dorado, 72070, Puebla, Pue.

²Consejo Mexicano de Geriátría y Gerontología A.C. del Estado de Puebla; Calle, Av. 21 Oriente. 3205, Vicente Suárez, 72510 Puebla, Pue.

Resumen

Objetivo: Analizar calidad de vida en pacientes geriátricos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, transversal y prolectiva. **Muestra:** Pacientes de 60 años y más, que acudieron a consulta de Medicina Familiar No. 6 del IMSS. Se aplicó encuesta: la cual cuenta con dos secciones, la primera sección se recogieron las variables sociodemográficas y las variables clínicas. En la segunda sección del instrumento se evaluó la calidad de vida a través del cuestionario de Salud SF-36. **Resultados:** Se aplicaron 150 encuestas, media edad de 68 años \pm 7.1, género femenino 65% (n=97), estado civil casado (56%), con escolaridad primaria (30%), con religión católico (77%) y de acuerdo con las redes de apoyo se encontró que el 70.6% tenía apoyo familiar. De acuerdo con las variables clínicas; la comorbilidad asociada a la Diabetes Mellitus fue la Hipertensión Arterial (46%), con valores normales de (<120/<80mmHg) en un 85% y un adecuado control de su diabetes con un rango de 70 a 130 mg/dl de glucosa el 69%. Del cuestionario de SF-36 de las ocho escalas se encontraron afectadas el dolor corporal, salud general y vitalidad, también se vio afectado el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual comparado con la de hace un año. **Conclusiones:** los adultos mayores con DM2 presentaron problemas en tres de las ocho dimensiones relacionadas con su calidad de vida; es necesario ampliar estas observaciones con el fin de fortalecer y optimizar estrategias de intervención.

Abstract

Objective: To analyze quality of life in geriatric patients with type 2 diabetes mellitus (DM2). **Material and Methods:** Descriptive, observational, cross-sectional and prolective study. **Sample:** Patients aged 60 and over, who attended the IMSS Family Medicine Clinic No. 6. A survey was applied: which has two sections, the first section collected the sociodemographic variables and the clinical variables. In the second section of the instrument, quality of life was evaluated through the SF-36 Health questionnaire. **Results:** 150 surveys were applied, mean age of 68 years \pm 7.1, female gender 65% (n=97), marital status married (56%), with primary schooling (30%), with Catholic religion (77%) and of According to support networks, it was found that 70.6% had family support. According to the clinical variables; The comorbidity associated with Diabetes Mellitus was Arterial Hypertension (46%), with normal values of (<120/<80mmHg) in 85% and adequate control of their diabetes with a range of 70 to 130 mg/dl of glucose. 69%. From the SF-36 questionnaire of the eight scales, bodily pain, general health and vitality were found to be affected, the general concept of changes in the perception of the current state of health compared to that of a year ago was also affected. **Conclusions:** older adults with DM2 presented problems in three of the eight dimensions related to their quality of life; It is necessary to expand these observations in order to strengthen and optimize intervention strategies.

Palabras Clave: Adulto Mayor, Diabetes Mellitus, Calidad de vida, Atención Primaria

Keywords: Elderly, Diabetes Mellitus, Quality of life, Primary Care

1. INTRODUCCIÓN

México es un país con más de 119 millones de habitantes en donde las expectativas de vida, se presume, han aumentado 15.2 años en las últimas cuatro décadas, llegando a la actualidad a una edad promedio de 76.1 años, aunque esto resulta variante entre hombres y mujeres, y entre cada región.

La cuestión relacionada con el envejecimiento debe ser considerada un tema prioritario, debido a que se ha presentado un aumento de tal magnitud, que según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se prevé que para el año 2030, la población mayor de 60 años será de más de 20 millones de individuos y para el 2050 se estima que esta población de adultos mayores constituirá el 27.7% de la población mexicana [1].

De acuerdo con lo anterior actualmente la población en México es de 127,575,529 habitantes. La pirámide poblacional está invirtiéndose y ante la menor tasa de natalidad y mayor senescencia, la proporción de mayores será cada vez más alta. La mortalidad también ha sufrido cambios importantes en México. Mientras que en 1930 la esperanza de vida al nacer era de 36 años, hoy en día es de cerca de 75 años y dentro de medio siglo se calcula que podría alcanzar los 84 años [2].

Epidemiología

Por otro lado las enfermedades que principalmente han causado defunciones en México (88.6%), son por enfermedades y problemas relacionados con la salud, entre las cuales destacan las enfermedades del corazón (141 mil 619), la diabetes Mellitus tipo 2 (106 mil 525), el cáncer (84 mil 142), enfermedades del hígado (38 mil 833), enfermedades cardiovasculares (35 mil 248) y las enfermedades pulmonares (22 mil 954), son estas enfermedades en las que tenemos que enfocarnos para aumentar no solo la esperanza de vida, sino también la calidad de vida de los adultos mayores [3].

Calidad de vida

La Calidad de vida es eminentemente subjetivo, está asociada con la personalidad el bienestar y la satisfacción por la vida que lleva el individuo, y su evidencia esta intrínsecamente relacionada con múltiples factores como su propia experiencia, su salud y su grado de interacción social y ambiental [4].

La calidad de vida del adulto mayor, es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, mental y social [5].

Diabetes mellitus

Por otro lado, la DM 2 como enfermedad supone un modelo de envejecimiento acelerado y conjuga la pérdida funcional, los cambios asociados al envejecimiento, la complejidad por pluripatología y la aplicación de múltiples tratamientos, generando así la forma de presentación más frecuente de enfermedad en el adulto mayor conocida como "síndromes geriátricos", condiciones de salud multifactoriales que ocurren como consecuencia de los efectos de la acumulación de deterioros en múltiples sistemas volviendo a una persona vulnerable ante las demandas fisiológicas o patológicas. Dando como resultado un mayor deterioro en la enfermedad, que empeora el pronóstico, la funcionalidad, la dinámica familiar, los aspectos psicológicos y la calidad de vida del adulto mayor [6].

El tratamiento de la DM2 en el primer nivel de atención puede ser de tipo farmacológico y no farmacológico, este último engloba cambios en el estilo de vida, modificaciones en la alimentación, ejercicio y terapias

conductuales. Sin embargo, cuando el tratamiento no tiene éxito, se favorece la presencia de complicaciones que afectan directamente los costos de la atención médica, así como la calidad de vida del individuo y la familia [6].

2. METODOLOGÍA

El principal objetivo de la investigación fue analizar la calidad de vida en pacientes geriátricos con DM2 en la unidad de medicina familiar No.6 en Puebla, se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prolectiva. Para realizar dicho objetivo se aplicó un Cuestionario de Salud SF-36 Versión 2. Constituido por preguntas agrupadas con sus respectivos ítems que valoran la Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental, además incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en el año anterior. Previo a la aplicación de la encuesta se les dio un consentimiento informado en donde aceptaron participar en el estudio. Se incluyó a hombres y mujeres mayores de 60 años, que cumplieron con los criterios de selección. Se excluyeron pacientes con problemas cognitivos y con más de 2 comorbilidades, se eliminaron a los que no contestaron al menos un 80% las encuestas, la muestra se recabo a conveniencia del investigador.

3. RESULTADOS

Se incluyeron 150 encuestas de pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar número 6. Se encontró que la media de edad fue de 68 años \pm 7.1 años; que la mediana fue de 66 años y en cuanto al rango de edad fue en el mínimo de edad de los adultos mayores fue de 60 años y el máximo de edad fue de 94 años. En relación con la distribución por género 65% (n=97) fueron pacientes geriátricas del género femenino, mientras que 35% (n=53) fueron pacientes geriátricos del género masculino (Figura 1).

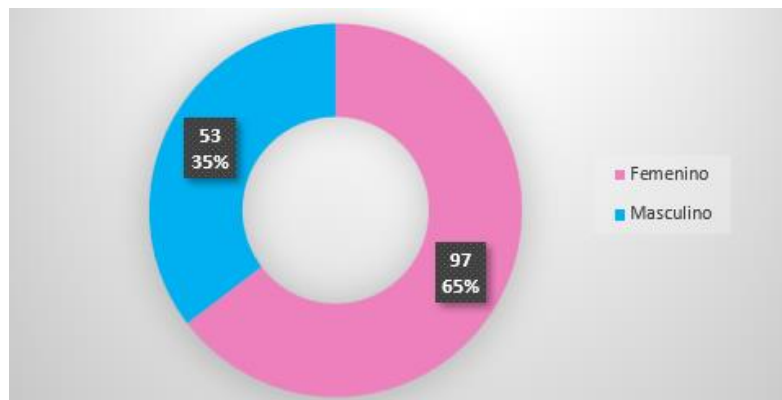


Figura 1. Distribución por genero de pacientes geriaticos diabeticos de la UMF 6.

Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida SF-36 aplicado a pacientes geriaticos de UMF 6.

De acuerdo con el grado de escolaridad que presentaron los pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2 fue que el 30% (n=45) curso la primaria, el 27% (n=40) la secundaria, el 17% (n=26) la preparatoria, el 15% (n=23) la licenciatura y el 11% (n=16) no había realizado ningún grado de estudio (Figura 2).

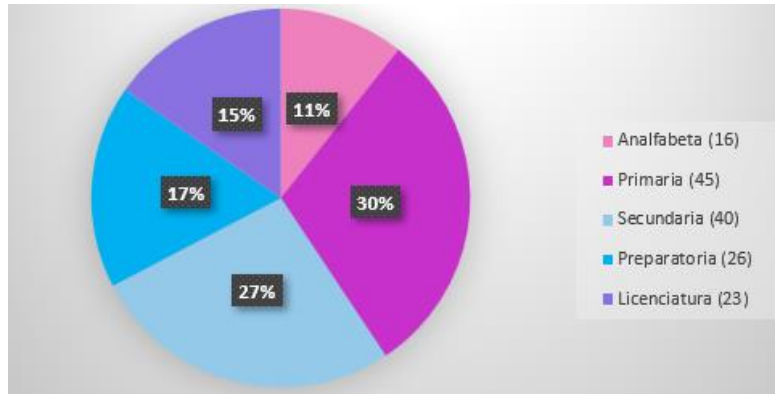


Figura 2. Distribución de acuerdo con la escolaridad de pacientes geriátricos diabéticos de la UMF 6.
Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida SF-36 aplicado a pacientes geriátricos de UMF 6.

En cuanto a las redes de apoyo de los pacientes geriátricos con diabetes Mellitus tipo 2, se encontró que el 70.6% (n=106) contaba con el apoyo de su familia, el 10% (n=15) con el de sus amigos, el 8.6% (n=13) con el apoyo de algún grupo de adultos mayores, el 6% (n=9) con el apoyo de alguna Institución y el 4.6% (n=7) con el de sus vecinos.

En cuanto a los resultados de las comorbilidades de los pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2, se observó, que el 46% (n=69) aparte de la diabetes Mellitus tipo 2 presentaba Hipertensión Arterial Sistémica, el 44% (n=66) no presentaba ninguna otra comorbilidad más que la diabetes mellitus tipo 2 y el 10% (n=15) tenía otras comorbilidades asociadas aparte de la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Hipertensión Arterial Sistémica (Figura 3).

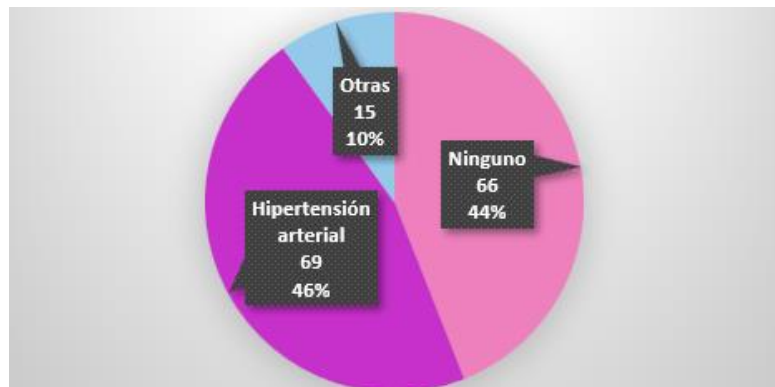


Figura 3. Distribución de acuerdo con las comorbilidades de pacientes geriátricos diabéticos de la UMF 6.
Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida SF-36 aplicado a pacientes geriátricos de UMF 6.

De acuerdo a las creencias religiosas de los pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2 se encontró, que el 77% (n=166) eran católicos, el 16% (n=24) eran cristianos, el 5% (n=8) profesaban otra religión y el 2% (n=2) era atea (Figura 4).

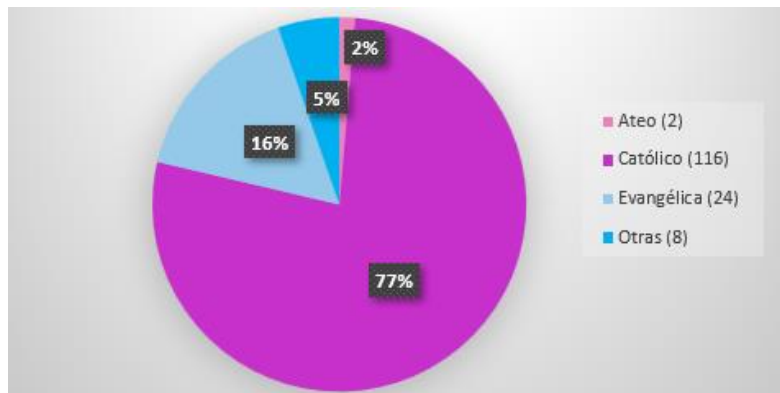


Figura 4. Distribución de acuerdo con religión de pacientes geriátricos diabéticos de la UMF 6.
Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida SF-36 aplicado a pacientes geriátricos de UMF 6.

En relación al estado civil de los pacientes geriátricos se observó, que el 56% (n=84) estaban casados, el 18% (n=27) eran viudos, el 13% (n=20) estaban solteros, el 6% (n=9) vivían en unión libre, el 5% (n=7) eran divorciados y el 2% (n=3) estaban separados (Figura 5).

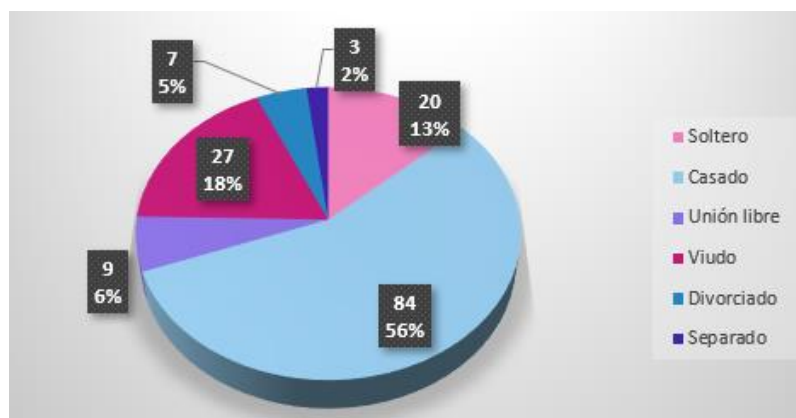


Figura 5. Distribución de acuerdo con el estado civil de pacientes geriátricos diabéticos de UMF 6.
Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida SF-36 aplicado a pacientes geriátricos de UMF 6.

Con respecto a los resultados obtenidos del control de la presión arterial de acuerdo a los valores de referencia de la American Heart Association (AHA), se observó que el 85% (n=128) de los pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2 se encontraba con valores normales (<120/<80mmHg), el 10% (n=15) con presión elevada (120-129/<80 mmHg), el 4% (n=6) con Hipertensión Estadio I (130-139/85-89mmHg), 1% (n=1) con Hipertensión Estadio II (>140/>90mmHg) y ninguno paciente geriátrico presento Emergencia Hipertensiva (>180/>120mmHg) (Figura 6).

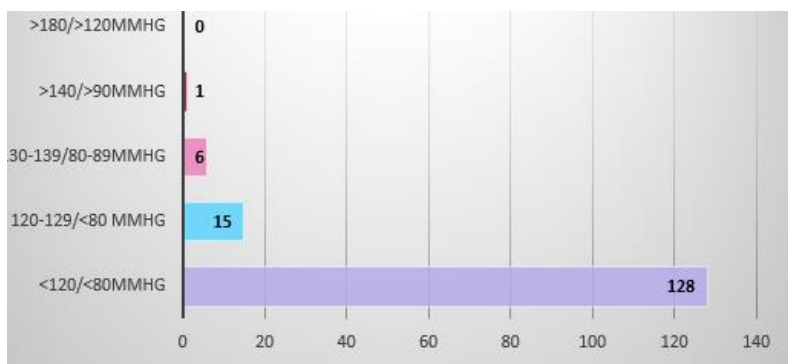


Figura 6. Distribución de acuerdo con las cifras de tensión arterial en pacientes geriátricos con diabetes de la UMF 6.
Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida SF-36 aplicado a pacientes geriátricos de UMF 6.

Con relación a los resultados obtenidos del control de la Diabetes Mellitus tipo 2 (glucosa en ayuno) de acuerdo a los valores de referencia de la GPC de Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor (IMSS-657-13) se obtuvo que el 69 % (n=104) de los pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2 presentaba un adecuado control de su diabetes con un rango de 70 a 130 mg/dl de glucosa, el 29% (n=43) se encontraba con diabetes descontrolada al presentar hiperglucemia > a 130 mg/dl y el 2% (n=3) presentaba hipoglucemia <70 mg/dl (Figura 7).

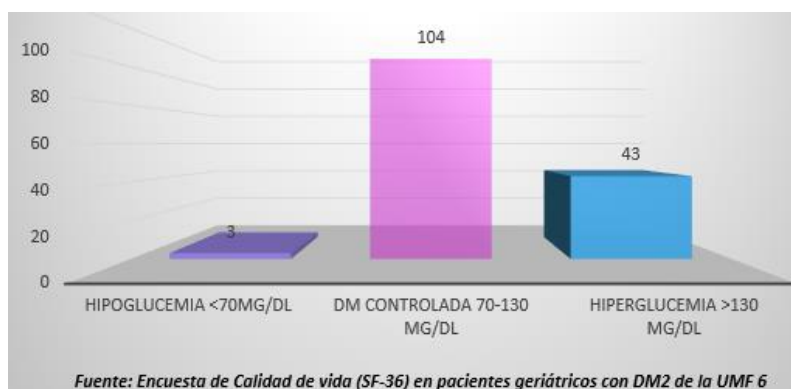


Figura 7. Distribución de control de glucosa en pacientes geriátricos con diabetes de la UMF 6.
Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida SF-36 aplicado a pacientes geriátricos de UMF 6.

Con respecto a los resultados obtenidos del control metabólico de acuerdo con los valores de referencia de la Organización Mundial de la Salud del Índice de Masa Corporal (IMC), se obtuvo que el 45% (n=67) de los pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2 tenía IMC con sobrepeso, el 31% (n=47) presento IMC en rango normal, el 16% (n=24) IMC con Obesidad I, el 7% (n=10) IMC con Obesidad II y el 1% (n=2) IMC con Obesidad III (Figura 8).

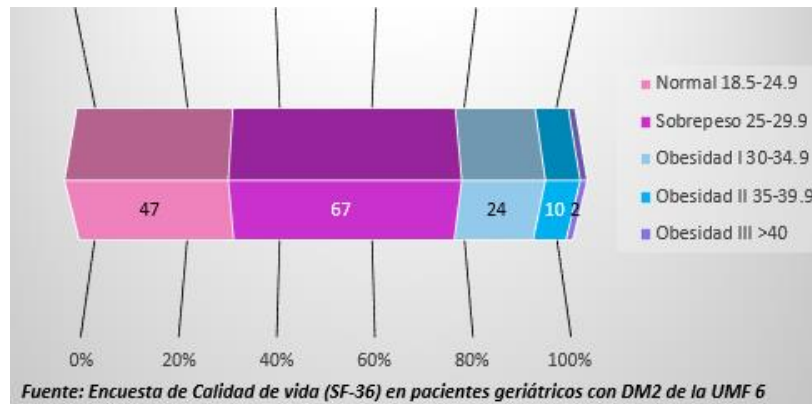


Figura 8. Distribución de acuerdo con el índice de masa corporal de pacientes geriátricos con diabetes de la UMF 6.
Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida SF-36 aplicado a pacientes geriátricos de UMF 6.

De acuerdo con el tratamiento de los pacientes geriátricos con diabetes Mellitus tipo 2 se observó, que el 38% (n=56) tenía tratamiento farmacológico y dieta, el 25% (n=38) tenía tratamiento farmacológico y hacia ejercicio, el 18% (n=27) solo tomaba tratamiento farmacológico, el 15% (n=23) aparte del tratamiento farmacológico realizaba dieta y ejercicio, el 3% (n=4) solo se cuidaba con dieta y el 1% (n=2) no tenía ningún tratamiento establecido para su control (Figura 9).

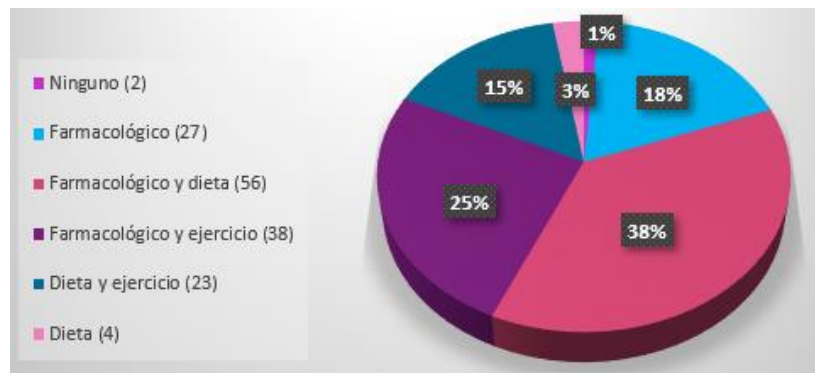


Figura 9. Distribución de acuerdo con tratamiento de diabetes en pacientes geriátricos diabéticos de la UMF 6.
Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida SF-36 aplicado a pacientes geriátricos de UMF 6.

Los resultados que se obtuvieron del Cuestionario de Salud SF-36 de los pacientes geriátricos de la Unidad de Medicina Familiar número 6, se dividieron de acuerdo con las escalas del SF-36 con sus respectivos ítems.

En la Escala de SF-36 se valoró su Función física con 10 ítems, en donde se evaluó el grado en que su salud limitaba realizar las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar peso, y los esfuerzos moderados e intensos (Figura 10).

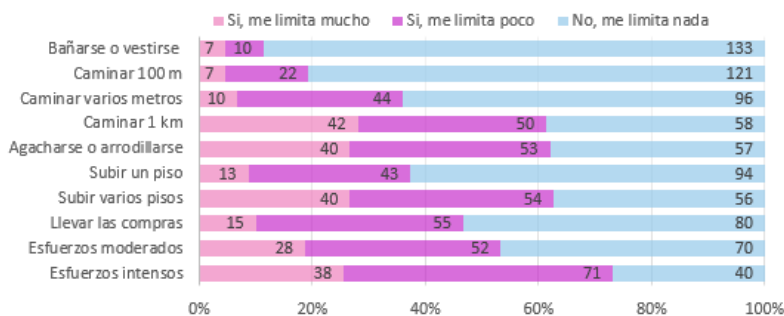


Figura 10. Distribución de acuerdo con escala SF-36 en la función física, en pacientes geriátricos diabéticos de UMF 6.
Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida SF-36 aplicado a pacientes geriátricos de UMF 6.

En la Escala de SF-36 se valoró el Rol físico con 4 ítems, en donde se evaluó el grado en que la salud física del paciente geriátrico con Diabetes Mellitus tipo 2, interfirió con su trabajo o con sus actividades diarias, reduciendo estas mismas por dificultad, limitación física o menor rendimiento al deseado (Figura 11).

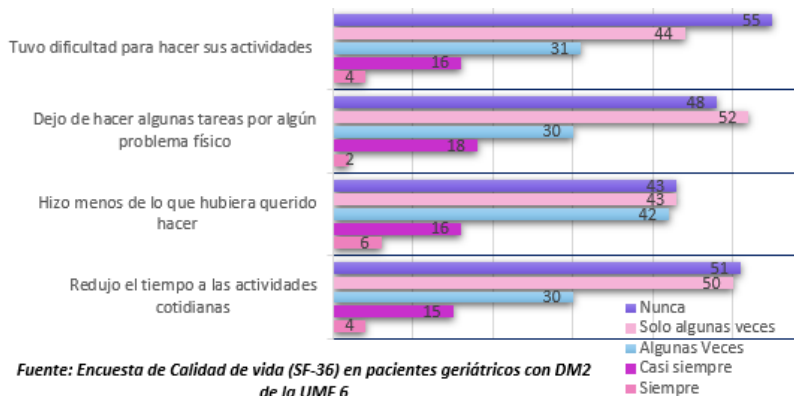


Figura 11. Distribución de acuerdo con escala SF-36 en la salud física, en pacientes geriátricos diabéticos de UMF 6.
Fuente: Encuesta de Calidad de vida (SF-36) en pacientes geriátricos con DM2 de la UMF 6

En la Escala de SF-36 se valoró el Dolor Corporal con 2 ítems, en donde se evaluó la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar del paciente geriátrico con Diabetes Mellitus tipo 2. De acuerdo con la pregunta de tener dolor en alguna parte de su cuerpo en las últimas 4 semanas se encontró que el 24% (n=37) de los encuestados no presentaba ningún dolor, el 21% (n=31) tenía mucho dolor, el 19% (n=28) un poco de dolor, el 17% (n=25) dolor moderado, el 16% (n=24) tenía muy poco de dolor y el 3% (n=5) muchísimo dolor (Figura 12).

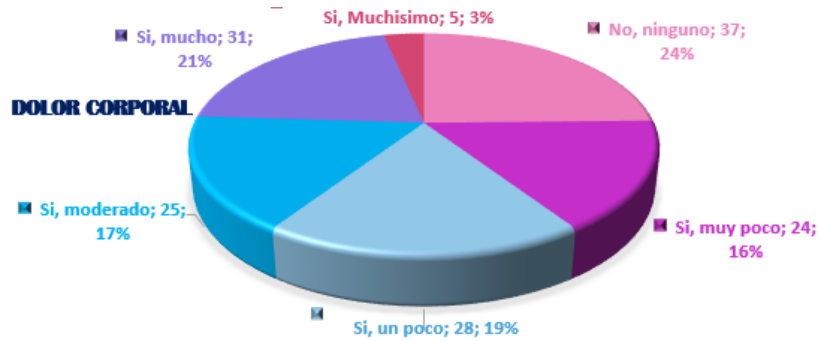


Figura 12. Distribución de acuerdo con escala SF-36 en el dolor corporal, en pacientes geriátricos diabéticos de UMF 6.
Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida SF-36 aplicado a pacientes geriátricos de UMF 6.

En la Escala de SF-36 se valoró la Salud General con 5 ítems, en donde se evaluó la valoración personal del paciente geriátrico con Diabetes Mellitus tipo 2 y su estado de salud actual. Los encuestados refirieron que el 49% (n=74) presentaba un estado de salud regular, el 40% (n=59) menciono que su salud era buena, el 6% (n=9) refería mal estado de salud, el 4% (n=6) decía que era muy buena y el 1% (n=2) que era excelente (Figura 13).

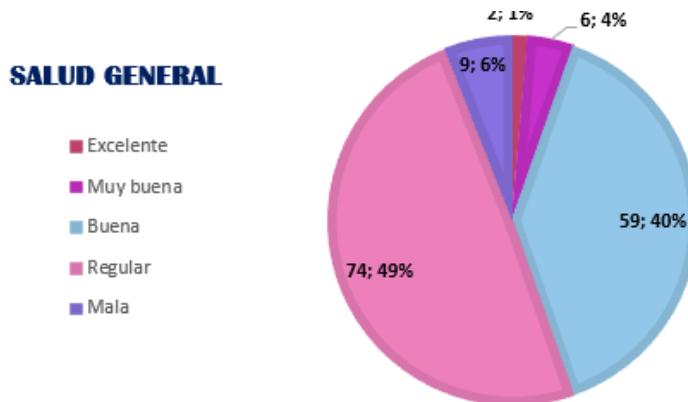


Figura 13. Distribución de acuerdo con escala SF-36 en la salud en general, en pacientes geriátricos diabéticos de UMF 6.
Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida SF-36 aplicado a pacientes geriátricos de UMF 6.

En la valoración de la Salud general de la encuesta SF-36 también se evaluaron las perspectivas de salud actual y en un futuro y la resistencia a enfermarse más que los demás, con respuestas de verdadero o falso dependiendo de la oración planteada (Figura 14).

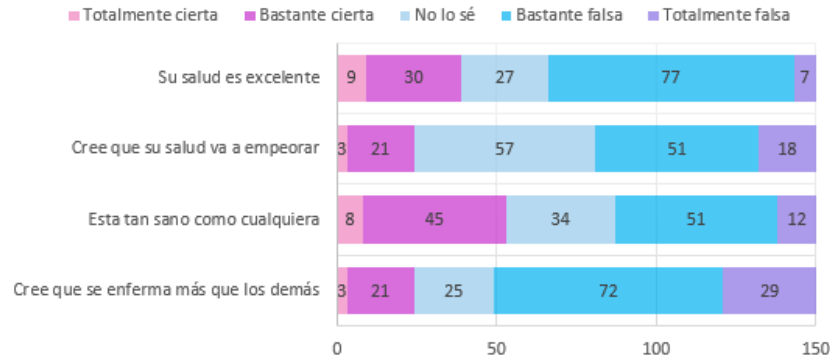


Figura 14. Distribución de acuerdo con escala SF-36 en la perspectiva de salud en general, en pacientes geriátricos diabéticos de UMF 6.

Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida SF-36 aplicado a pacientes geriátricos de UMF 6.

En la Escala de SF-36 se valoró el Rol Emocional con 3 Ítems, en donde se evaluó el grado en el que los problemas emocionales de los pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2 interferían en el trabajo o en sus actividades diarias, lo que incluyó la reducción en el tiempo dedicado para realizarlas, un rendimiento menor al deseado y una disminución del cuidado al hacer sus actividades por algún problema emocional (Figura 15).

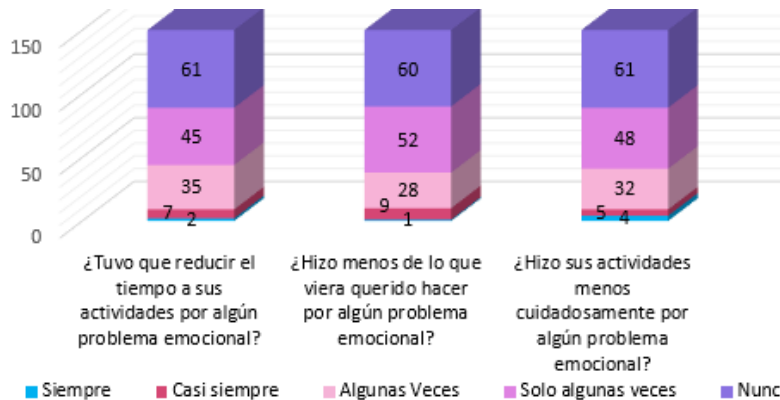


Figura 15. Distribución de acuerdo con escala SF-36 en el rol emocional, en pacientes geriátricos diabéticos de UMF 6.

Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida SF-36 aplicado a pacientes geriátricos de UMF 6.

En la Escala de SF-36 se valoró la Salud Mental con 5 Ítems, en donde se evaluó Salud mental general del paciente geriátrico con Diabetes Mellitus tipo 2, lo que incluyó la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y las emociones el control emocional y el efecto positivo en general (Figura 16).

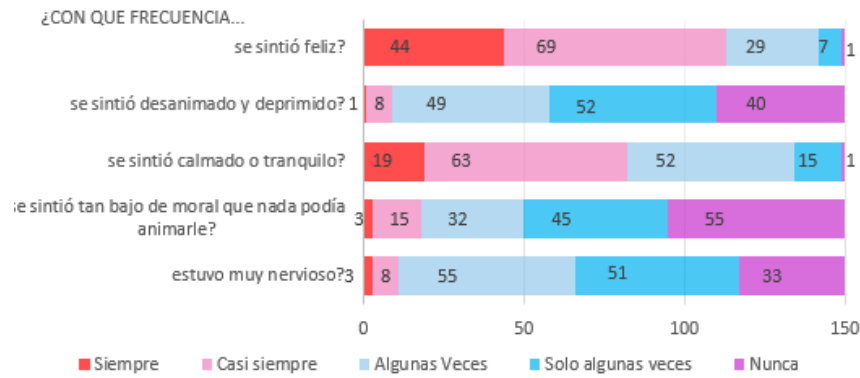


Figura 16. Distribución de acuerdo con escala SF-36 en el rol emocional, en pacientes geriátricos diabéticos de UMF 6.
Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida SF-36 aplicado a pacientes geriátricos de UMF 6.

En la valoración de la Evolución declarada de la Salud se evaluó el estado de salud actual del paciente geriátrico con Diabetes Mellitus tipo 2 comparada con la de hace un año, en donde se observó que el 39% (n=58) se encontraba algo mejor ahora que el año pasado, el 36% (n=54) estaba más o menos igual al año pasado, el 15% (n=23) se encontraba algo peor ahora que hace un año, el 9% (n=13) mucho mejor ahora que el año pasado y solo el 1% (n=2) se encontraba mucho peor ahora que hace un año (Figura 17).

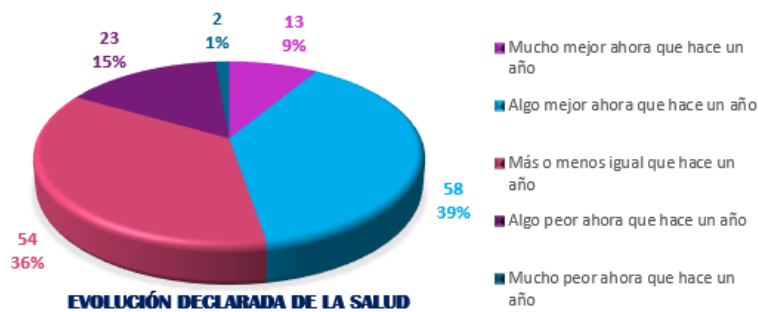


Figura 17. Distribución de acuerdo con escala SF-36 en el estado de salud actual, en pacientes geriátricos diabéticos de UMF 6.
Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida SF-36 aplicado a pacientes geriátricos de UMF 6.

En la siguiente gráfica se muestran los resultados obtenidos de acuerdo con las 8 escalas del Cuestionario SF-36 y del Ítem de la Evolución de la Salud de los pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 6 (Figura 18).

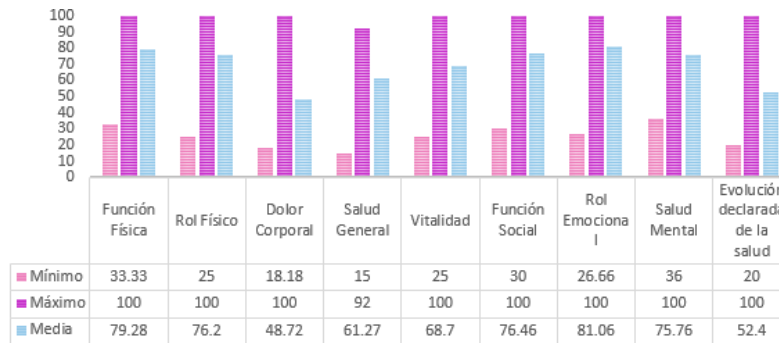


Figura 18. Distribución de acuerdo con escala SF-36 en el estado de salud en general 8 escalas, en pacientes geriátricos diabéticos de UMF 6.

Fuente: Cuestionario sobre calidad de vida SF-36 aplicado a pacientes geriátricos de UMF 6.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este estudio se analizó la calidad de vida en pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2, en la Unidad de Medicina Familiar No.6 en Puebla, con una muestra de 150 encuestados, de los cuales fue en edad de 68 años \pm 7.1 años, cuyo género masculino fueron de 35 % (n=53) y género femenino 65% (n=97). El porcentaje más representativo de las características sociodemográficas fueron, que en cuanto al estado civil el 56% (n=84) era casado, con escolaridad primaria, con el 30% (n=45), respecto a la religión, el 77% (n=166) se manifestó católico y de acuerdo con las redes de apoyo se encontró que el 70.6% (n=106) contaba con el apoyo de su familia. De acuerdo con las variables clínicas; la principal comorbilidad asociada a la Diabetes Mellitus fue en un 46% (n=69) la Hipertensión Arterial, el 85% (n=128) se encontraba con valores normales de presión arterial (<120/<80mmHg), el 69 % (n=104) de los pacientes geriátricos presentaban un adecuado control de su diabetes, con un rango de 70 a 130 mg/dl de glucosa y con respecto a su control metabólico el 45% (n=67) estaba en sobrepeso.

Los resultados obtenidos de las características sociodemográficas y variables clínicas son muy similares en comparación con el estudio de Cruz-León, y cols. [7]. En donde la media de edad fue de 68.6 años; respecto a la distribución por género el 51.7% (n=62) fueron mujeres y el 48.3% (n=58) fueron hombres. En cuanto al estado civil el 51.7% (n=62) era casado, con escolaridad de primaria con 48.3% (n=58), respecto a la religión, 73.3% (n=88) se manifestó católico, de acuerdo con el control metabólico el 30.0% (n=36) presentaba Obesidad grado II, la principal comorbilidad asociada con la diabetes fue la Hipertensión Arterial con un 59.2% (n=71) y que el 50.0% (n=60) se cuidaba con tratamiento farmacológico y dieta. En comparación con los resultados mostrados por Peña-Marcial, y cols. (2019). Predominaba el género femenino con 52% y la media de edad fue de 73 años.

El presente estudio mostró que de acuerdo con el cuestionario SF-36 se encontraron afectados los dominios de Dolor Corporal (48.72), salud general (61.27) y vitalidad (68.7). También se vio afectado el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual, comparado con la de hace un año (52.4). En el análisis global de la calidad de vida del cuestionario SF-36 se determinó una media de 70.93 puntos en los pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2.

En comparación con el estudio de Cruz-León, y cols. (2019) respecto a la calidad de vida, se determinó que los adultos mayores presentaron afectaciones en el rol físico (41.45), la salud general (45.91), la función física (46.54) y el rol emocional (49.44). En el análisis global de la calidad de vida se determinó una media de 56.1

puntos. Al clasificar el estado de salud de los adultos mayores con diagnóstico de DM2 se determinó que 56.7% tiene mejor estado de salud (n=68) y 43.3%, tiene un peor estado de salud (n=52).

En el estudio de Peña-Marcial, y cols. (2019) a diferencia de los resultados observados en este estudio mostró, que la población encuestada fueron 75 adultos mayores, con una media de edad de 73 años, con predominio al género femenino en un 52%. El 19% de los adultos mayores aseguraban tener una mala salud y 61% la considera regular. El 52% respondieron tener una salud igual a la del año anterior y el 31% afirma sentirse peor. El 71% afirmaban que sus actividades habituales habían sido afectadas frecuentemente debido a problemas físicos y/o emocionales. En relación con la calidad de vida las escalas más afectadas fueron Función física, rol emocional y función social, que dio origen a que los adultos mayores presentaran una mala perspectiva de salud y como resultado una mala calidad de vida.

Mendoza-Sánchez, y Cols (2015) [8]. Realizaron un estudio de serie de casos, en el cual se evaluó la calidad de vida, mediante la aplicación del cuestionario SF-36, a los pacientes de la consulta externa del Servicio de Trasplantes del Centro Médico Nacional de Occidente IMSS, que fueron trasplantados de hígado de donante fallecido. Se aplicó la encuesta a 37 pacientes de los cuales el 67.6% eran del género femenino. Las causas más comunes por las que se realizaron los trasplantes hepáticos, fueron cirrosis criptogénica, cirrosis hepática secundaria a virus de la hepatitis C y hepatitis autoinmune. Los resultados del cuestionario SF-36 [9] en mayores de 65 años, se observó que las puntuaciones más altas se obtuvieron en el Rol emocional (87.5%) y función social (68.7%). Las puntuaciones más bajas se observaron en el Rol físico (50%), Vitalidad (50%) y Dolor corporal (51.2%). Respecto al análisis de calidad de vida las dimensiones afectadas fueron consistentes a lo que reportan Peña-Marcial, y Cols (2019). Se ha establecido que, en paralelo a esto, las comorbilidades y trastornos mentales influyen en la progresión de la enfermedad y esto determina la calidad de vida del paciente.

Un estudio que se asemeja a los resultados observados en este estudio fue el de Sánchez-Aragón, y cols. (2017) [10]. En donde se aplicó la Encuesta de Salud SF-36 en tres contextos socioculturales de México, que fueron Ciudad de México, Pachuca, Hidalgo y Gómez Palacio, Durango y se encontró que las principales escalas afectadas en los tres centros fueron Vitalidad y Salud general y las escalas que presentaron mayor puntaje fueron Función física, Rol físico y Rol emocional. Estos hallazgos representan, una aproximación al perfeccionamiento de la medición de la salud física y mental de la población.

En estos estudios se demostraron que la calidad de vida reflejada en la integridad de la persona valora un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. El tener una buena calidad de vida representa una importante medida de éxito, ya que involucra cada detalle de las actividades de la vida diaria de los adultos mayores y su funcionamiento social.

La población de adultos mayores va en aumento y, en consecuencia, la presencia de enfermedades crónicas degenerativas también se ha incrementado, esto provoca un impacto negativo que deriva en una mayor cantidad de visitas médicas y estancias intrahospitalarias y con ello disminuye la calidad de vida de los pacientes geriátricos.

El estudio de la calidad de vida en esta población, es de suma importancia ya que no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico, sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas, psicológicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria

y si aún a esto se le agregan las diferentes comorbilidades, como la Diabetes Mellitus o la Hipertensión Arterial Sistémica, se puede ver mucho más minada la calidad de vida del adulto mayor.

Del cuestionario de SF-36 de las ocho dimensiones que integran la calidad de vida relacionadas con la salud, tres se encontraron afectadas en los adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar número 6, estas fueron: dolor corporal, en su salud general y vitalidad, también se vio afectado el concepto general de cambios, en la percepción del estado de salud actual comparado con la de hace un año.

Los resultados del estudio sugieren una buena consistencia en todas las escalas, con valores que oscilan entre 48.72 a 81.06. En el análisis global de la calidad de vida del cuestionario SF-36 se determinó una media de 70.93 puntos en los pacientes geriátricos con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 6 y esto significa que tienen una regular perspectiva de su calidad de vida.

5. PROPUESTA

Este estudio nos aporta que al tener un paciente geriátrico con Diabetes Mellitus tipo 2, para lograr aumentar su calidad de vida, hay que enfocarse como médicos geriatras a tratar el dolor corporal, la salud general y la vitalidad de cada paciente, con el fin de fortalecer y optimizar estrategias de intervención, centradas en mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

REFERENCIAS

- [1] Estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Comunicado de prensa, 2019; 538(19): 9-13.
- [2] Rivera G, Rodríguez L, Treviño MG. El envejecimiento de la población mexicana. Rev. Med. Inst. Mex. Seg. Soc. 2018; 56(1): 1-3.
- [3] González KD. Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. México, CONAPO; 2015: 113-129.
- [4] Peña E, Bernal LI, Reyna L, et al. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero México. Rev. Univ. Salud 2019; 21(2): 113-118.
- [5] Fajardo Ramos E, Córdoba Andrade F, Enciso Luna JE. Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo. Rev. Comunidad y Salud 2016; 14(2): 33-41.
- [6] Galván I, Álvarez A, Gómez A. Control metabólico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 vulnerables y no vulnerables. Rev. Aten. Fam. 2019; 26(3): 95-99.
- [7] Cruz A, Guzmán G, Arriaga RM, et al. Calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en un centro de salud en Villahermosa, Tabasco, México. Rev. Aten. Fam. 2019; 26(1): 23-27.
- [8] Mendoza F, Ramírez LR, Reyes AA, et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con trasplante hepático. Rev. Mexicana de Trasplantes 2015; 3(2): 44-49.
- [9] Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Cuestionario de salud SF-36 (versión 2). Health Survey, 3 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust, and QualityMetric Incorporated 2003; 1-61.
- [10] Sánchez R, García M, Martínez BD. Encuesta de Salud SF-36: Validación en Tres Contextos Culturales de México. Rev. Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación 2017; 3(45): 5-16.

Correo de autor de correspondencia: pasaransanelas@gmail.com