

Calidad de vida en pacientes diabéticos amputados menores de 60 años en Hospital Pasteur, Uruguay. En el período de agosto - setiembre de 2018

Quality of life in amputated diabetic patients under 60 years old at Hospital Pasteur, Uruguay. In the period of August - September 2018

Carolina Fortuna¹, Ignacio Giaudrone¹, Álvaro Saucedo¹, Roberto Scòpice¹, Lucia Silva¹, José Silveira¹, Marcelo Diamant², Laura Pradines²

RESUMEN

El estudio presenta como objetivo valorar el impacto en la calidad de vida en una muestra de pacientes portadores de amputaciones de pie diabético asistidos en la Unidad de Pie Diabético del Hospital Pasteur, Montevideo en un periodo comprendido entre agosto y septiembre de 2018. Se aplicó el cuestionario DQOL que determina la calidad de vida a 54 pacientes. También se indagó sobre las amputaciones y sobre los ámbitos socio-económico, cultural y familiar. Los resultados mostraron mayor participación del sexo masculino (74,1%). El 33% de los pacientes padecían diabetes Tipo 1 y 66% Tipo 2. La edad media del diagnóstico fue a los 41,5 años. Las amputaciones menores incluyen la amputación digital (74%), en el caso de las amputaciones mayores se destacan las amputaciones de pierna (85,7%). Se pudo determinar que la calidad de vida en pacientes con pie diabético fue regular. Se observaron diferencias en la calidad de vida en los pacientes con diabetes Tipo 1 respecto a los pacientes Tipo 2, concomitantemente, mayor afectación de la calidad de vida en el grupo con amputación mayor en relación a amputación menor. No se observó diferencia en la calidad de vida entre pacientes con una amputación respecto a los que presentan amputación bilateral. Se encontró un deterioro en la calidad de vida en los pacientes con mayor tiempo transcurrido entre el diagnóstico de diabetes y la primera amputación.

Palabras clave: Diabetes, Amputación, Calidad de vida, Pie diabético.

ABSTRACT

The study aims to assess the impact on quality of life in a sample of patients with diabetic foot amputations assisted in the Diabetic Foot Unit of the Pasteur Hospital, Montevideo between August and September 2018. The DQOL questionnaire was applied that determines quality of life in 54 patients. They also inquired about amputations and about the socio-economic, cultural and family spheres. The results showed a greater participation of the male sex (74.1%). 33% of the patients had Type 1 diabetes and 66% Type 2. The mean age at diagnosis was 41.5 years. Minor amputations included toe amputation (74%), in the case of major amputations, leg amputations stand out (85.7%). It was possible to determine that the quality of life in patients with diabetic foot was regular. Differences in quality of life were observed in patients with Type 1 diabetes compared to Type 2 patients, concomitantly, greater impairment of quality of life in the group with major amputation in relation to minor amputation. There was no difference in quality of life between patients with one amputation compared to those with two. A deterioration in the quality of life was found in patients with the longest time elapsed between the diagnosis of diabetes and the first amputation.

Keywords: Diabetes, Amputation, Quality of life, Diabetic foot.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto lideran las causas de mortalidad y morbilidad en el mundo. En Uruguay, la prevalencia de diabetes se estima en el entorno del 8%⁽¹⁾ de la población, siendo la primera causa de ceguera adquirida en el adulto, primera causa de enfermedad renal crónica avanzada y también de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores⁽³⁾.

En lo que refiere a las complicaciones del pie diabético, las proyecciones orientan a que entre un 15% al 25% de los diabéticos presentarán una úlcera en el curso de su vida⁽²⁾, y de estos, entre un 14% y 24% muy probablemente requerirán amputaciones. Los pacientes que requieran de una amputación mayor o menor de su extremidad inferior tienen menor sobrevivencia que la población general⁽²²⁾.

Evitar las complicaciones, especialmente las amputaciones, favorece una mejor calidad de vida del paciente diabético y reduce las pérdidas económicas constatadas en pérdida de días laborales, días de internación, cambio de domicilio, cambios en el núcleo familiar, etc.⁽²⁾. Todas estas consecuencias, tienen un efecto más agudo y grave en la población activa menor de 60 años. Dado que en Uruguay no hay estudios previos sobre la calidad de vida en pacientes diabéticos con amputaciones totales o parciales, la siguiente investigación tiene como propósito comenzar a conocerlas y formular un escenario descriptivo^(3, 7).

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL: valorar el impacto en la calidad de vida en paciente diabéticos que presentan algún tipo de amputación en la extremidad inferior asistidos en la Unidad de Pie Diabético del Hospital Pasteur.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Objetivar la magnitud del impacto en la calidad de vida de las personas menores de 60 años, las cuales han tenido amputaciones mayores y/o menores.

- Obtener una valoración descriptiva de la percepción

¹Estudiante de Medicina. Ciclo de Metodología Científica II, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay. La contribución de la realización del trabajo fue equivalente a los demás estudiantes.

²Docente supervisor, Departamento de Cirugía Vasculard de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Contacto: Marcelo Diamant, Departamento de Cirugía Vasculard, Facultad de Medicina, Gral Flores

2125, 11800. Montevideo, Uruguay. Tel:(598)2924 3414 ext 3403. Email: diamantm21@gmail.com

propia del paciente en función de las variables: sociales, familiares y socio-económicas.

- Identificar la relación entre el tipo de Diabetes Mellitus (Tipo I y II) y la calidad de vida de los pacientes.
- Cuantificar el impacto en la calidad de vida según las diferencias en relación al tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la primera amputación.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional. La muestra estuvo constituida por 52 pacientes con amputaciones por pie diabético, menores de 60 años, que asistían a control en la Unidad de Pie Diabético del Hospital Pasteur en Montevideo durante el periodo agosto – septiembre 2018.

Se aplicó la escala DQOL (Quality of life questionnaire designed for diabetes mellitus), este es un cuestionario de acceso libre utilizado para valorar la calidad de vida en pacientes con diabetes de tipo I y II. Evalúa cinco áreas: satisfacción con el tratamiento, impacto del tratamiento, preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes, preocupación por aspectos sociales y ocasionales, y bienestar en general con preguntas que se responden con una escala del 1 al 5 del tipo Likert^(8, 9). Para calificar la escala DQOL, diversos autores como Robles, Cortaza, sugiere sumar la puntuación total obtenida en las sub-escalas, en las que a mayor puntuación mayor deterioro de la calidad de vida⁽¹²⁾.

También se indagó sobre detalles del tratamiento, de su patología y de la situación socio-familiar y económica.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con patología diabética que presentan como complicación amputaciones por diabético que comprendieron el procedimiento y los objetivos del estudio, y firmaron el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: pacientes con patología diabética que no presentaban complicaciones de pie diabético, mayores de 60 años, pacientes que se retiraron durante la recolección de los datos.

Las variables cualitativas se presentaron en tablas con frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Para estudiar la posible asociación entre este tipo de variables se utilizó el test Chi Cuadrado y en caso de tablas cuadradas el cálculo de Odds Ratio e intervalo de confianza al 95%.

En relación a las variables cuantitativas se realizó un análisis descriptivo a través de medidas de tendencia central (mediana) y de dispersión (intervalo intercuartílico) según el resultado del estudio de la normalidad mediante los tests de Kolmogorov-

Smirnov o de Shapiro-Wilk. Para estudiar la asociación entre variables se utilizaron tests no paramétricos como Mann-Whitney test y correlación de rangos de Spearman.

Para calcular el p los datos fueron ordenados (datos ordinales) y reemplazados por su respectivo valor. Se consideró estadísticamente significativo un valor p <0,05. El software utilizado fue Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics versión 22.

Consideraciones éticas:

Dentro de los principios éticos que se garantizaron en este estudio se tuvo en cuenta: no maleficencia, justicia, beneficencia, autonomía y confidencialidad. Se realizó un expediente por participante y para preservar su privacidad se le adjudicó un número, con el fin de realizar de forma anónima la entrada y procesamiento de los datos. También en el expediente se incluyeron las fotografías del pie afectado.

Tanto la información obtenida en la entrevista como las fotografías tomadas al pie de los pacientes fueron guardadas en un lugar seguro. Una vez finalizada la investigación la información y las muestras fotográficas fueron destruidas. Se garantizó que los pacientes pudieran suspender la entrevista o la participación en el estudio sin que esto representará cambios en la atención que recibe en la institución.

RESULTADOS

Se estudiaron transversalmente 54 pacientes diabéticos que consultaron en el Hospital Pasteur de Montevideo, Uruguay entre agosto y septiembre del año 2018. Las principales variables sociodemográficas de la muestra en estudio se muestran en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Principales variables sociodemográficas de los 54 pacientes amputados con diagnóstico previo de diabetes. Hospital Pasteur - Montevideo, Uruguay, 2018.

Variable	Medida de resumen
Sexo: masculino (frecuencia; %)	40 (74,1%)
Edad (años) ψ	58 (10); 27 – 60
Nivel educacional (frecuencia; %)	
• Primaria	36 (66,7%)
• Secundaria	17 (31,5%)
• Terciaria	1 (1,9%)
Ocupación (frecuencia; %)	
• Ocupado	18 (33,3%)
• Desocupado	5 (9,3%)
• Pensionista	15 (27,8%)
• Jubilado	16 (29,6%)
Estado civil (frecuencia; %)	
• Divorciado	9 (16,7%)
• Soltero	17 (31,5%)
• Casado	11 (20,4%)
• Concubinato	12 (22,2%)
• Viudo	5 (9,3%)
Saneamiento: si (frecuencia; %)	38 (70,4%)
Agua potable: si (frecuencia; %)	53 (98,1%)
Abandono del trabajo: si (frecuencia; %)	25 (46,3%)
Cambio de domicilio: si (frecuencia; %)	9 (16,7%)

Fuente: elaboración propia.

De los 54 pacientes diabéticos 18 de ellos (33,3%) eran diabéticos tipo I mientras que los restantes 36 (66,7%) tipo II. Por otra parte, 16 (29,6%) recibían tratamiento vía oral y 38 (70,4%) tratamiento con insulina subcutánea. La mediana de la edad al diagnóstico de diabetes mellitus fue 41,5 años (intervalo intercuartílico de 19 años; rango: 6 a 60 años).

Respecto a las variables clínicas relacionadas con las amputaciones, ningún paciente utiliza prótesis. En cuanto a la razón, 17 (31,5%) relató falta de información, 5 (9,3%) falta de recursos y 33 (31,3%) aludió a criterios técnicos.

Con relación a la autopercepción de su salud medida por la escala DQOL, la mediana de la subescala autopercepción de su salud fue de 2 (intervalo intercuartílico de 1; rango: 1 a 4 puntos).

En cuanto al score global DQOL en la totalidad de los pacientes se encontró una mediana de 95 (intervalo intercuartílico de 43) con un mínimo igual a 48 y un máximo igual a 156 puntos.

Fue estudiada la comparación de ciertas variables clínicas de interés en relación al número de amputaciones, encontrando diferencias significativas entre el número de internaciones de ambos grupos de pacientes, siendo significativamente mayor en aquellos que tuvieron un mínimo de dos amputaciones. En cuanto a las demás variables: edad actual del paciente, la edad al diagnóstico de diabetes mellitus, tipo de diabetes, medicación recibida, sexo del paciente, causa de la amputación y grado de la amputación no mostraron diferencias estadísticas.

En el **Gráfico 1** se muestra la distribución de los resultados del cuestionario DQOL global según el tipo de diabetes mellitus.

Los resultados comparativos de las diferentes subescalas del cuestionario DQOL y DQOL total, según el tipo de diabetes mellitus aparecen en la **Tabla 2**.

En la **Tabla 2** se muestran los resultados en relación a cada una de las subescalas y calidad de vida global a través del cuestionario DQOL, encontrando diferencias significativas entre diabéticos tipo I y II en cuanto a impacto del tratamiento, preocupación por aspectos sociales y vocacionales, autopercepción de su salud y calidad de vida global, los pacientes diabéticos tipo II presentan mejores scores que los sujetos con diabetes tipo I (**Gráfico 1**).

En la **Tabla 3** se muestra los resultados en relación a cada una de las subescalas y calidad de vida global a través del cuestionario DQOL, encontrando diferencias significativas en cuanto a las subescalas de satisfacción, impacto del tratamiento, preocupación por efectos futuros de la diabetes, autopercepción de su salud y DQOL global entre pacientes diabéticos con mejores puntuaciones en los pacientes con amputaciones menores respecto a los que tenían amputaciones

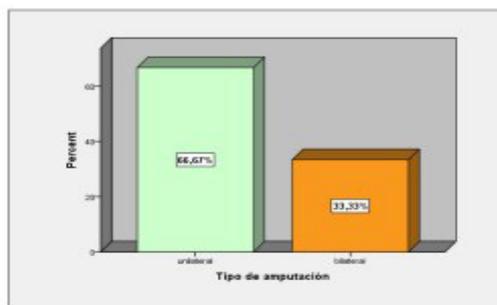


Gráfico 1.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Principales variables clínicas relacionadas con las amputaciones en los 54 pacientes diabéticos en estudio. Hospital Pasteur - Montevideo, Uruguay, 2018

Variable	Medida de resumen
Tipo de amputación (frecuencia; %)	
• Unilateral	36 (66,7%)
• Bilateral	18 (33,3%)
Tiempo entre amputaciones (años) ψ	3 (5); 1 – 11
Grado de amputación (frecuencia; %)	
• Menor	46 (85,2%)
• Mayor	5 (9,3%)
• Ambas	3 (5,6%)
Localización de la amputación menor (frecuencia; %)	
• Transfalángica	3 (6,0%)
• Digital	37 (74,0%)
• Transmetatarsiana	10 (20,0%)
Localización de la amputación mayor (frecuencia; %)	
• Tobillo	1 (14,3%)
• Pierna	6 (85,7%)
Número de amputaciones (frecuencia; %)	
• Una amputación	29 (53,7%)
• Dos amputaciones	18 (33,3%)
• Tres amputaciones	7 (13,0%)
Causa de la amputación (frecuencia; %)	
• Traumatismo	20 (37,0%)
• Calzado	10 (18,5%)
• Quemaduras	2 (3,7%)
• Desconoce la causa	22 (40,7%)
Tiempo entre diagnóstico de diabetes Mellitus y primera amputación realizada (años) ψ	7 (16); 0 - 54

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Resultados de la subescala: satisfacción con el tratamiento, en los 54 pacientes diabéticos en estudio. Hospital Pasteur - Montevideo, Uruguay, 2018

DQOL	Muy Satisfecho (1)	Más o menos Satisfecho (2)	Ninguno (3)	Más o menos Insatisfecho (4)	Muy Insatisfecho (5)
A1. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que le toma manejar su diabetes?	24 (44,4%)	11 (20,4%)	9 (16,7%)	9 (16,7%)	1 (1,9%)
A2. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que gasta en hacerse chequeos?	22 (40,7%)	18 (33,3%)	5 (9,3%)	5 (9,3%)	4 (7,4%)
A3. ¿Qué tan satisfecho está con su tratamiento actual?	36 (66,7%)	10 (18,5%)	1 (1,9%)	2 (3,7%)	5 (9,3%)
A5. ¿Qué tan satisfecho está con la flexibilidad en su dieta?	18 (33,3%)	11 (20,4%)	10 (18,5%)	9 (16,7%)	6 (11,1%)
A6. ¿Qué tan satisfecho está con la carga que su diabetes es para su familia?	16 (29,6%)	8 (14,8%)	11 (20,4%)	6 (11,1%)	13 (24,1%)
A7. ¿Qué tan satisfecho está con su conocimiento sobre su diabetes?	29 (53,7%)	15 (27,8%)	3 (5,6%)	4 (7,4%)	3 (5,6%)
A8. ¿Qué tan satisfecho está con sus horas de sueño?	25 (46,3%)	9 (16,7%)	5 (9,3%)	8 (14,8%)	7 (13,0%)
A9. ¿Qué tan satisfecho está con su vida social y amistades?	29 (53,7%)	8 (14,8%)	3 (5,6%)	5 (9,3%)	9 (16,7%)
A10. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	13 (24,1%)	8 (14,8%)	8 (14,8%)	11 (20,4%)	14 (25,9%)
A11. ¿Qué tan satisfecho está con su trabajo, escuela y sus actividades caseras?	21 (38,9%)	13 (24,1%)	4 (7,4%)	9 (16,7%)	7 (13,0%)
A12. ¿Qué tan satisfecho está con la apariencia de su cuerpo?	20 (37,0%)	9 (16,7%)	7 (13,0%)	7 (13,0%)	11 (20,4%)
A13. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que pasa haciendo ejercicio?	12 (22,2%)	10 (18,5%)	11 (20,4%)	9 (16,7%)	12 (22,2%)
A14. ¿Qué tan satisfecho está con su tiempo libre?	22 (40,7%)	14 (25,9%)	8 (14,8%)	3 (5,6%)	7 (13,0%)
A15. ¿Qué tan satisfecho está con su vida en general?	19 (35,2%)	17 (31,5%)	5 (9,3%)	4 (7,4%)	9 (16,7%)

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Resultados comparativos de las diferentes subescalas del cuestionario DQOL y DQOL total, según el número de amputaciones realizadas en sujetos con diabetes tipo I. Hospital Pasteur - Montevideo, Uruguay, 2018

DQOL	Nunca (1)	Muy poco (2)	Algunas veces (3)	Com frecuencia (4)	Todo el tiempo (5)
B1. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento para su diabetes?	22 (40,7%)	13 (24,1%)	10 (18,5%)	3 (5,6%)	6 (11,1%)
B2. ¿Con qué frecuencia se siente apenado de tener que lidiar con su diabetes en público?	32 (59,3%)	4 (7,4%)	5 (9,3%)	9 (16,7%)	4 (7,4%)
B3. ¿Con qué frecuencia tiene baja el azúcar en sangre?	17 (31,5%)	20 (37,0%)	10 (18,5%)	6 (11,1%)	1 (1,9%)
B4. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?	19 (35,2%)	8 (14,8%)	12 (22,2%)	13 (24,1%)	2 (3,7%)
B5. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere en su vida familiar?	26 (48,1%)	8 (14,8%)	5 (9,3%)	7 (13,0%)	8 (14,8%)
B6. ¿Con qué frecuencia duerme mal en las noches?	24 (44,4%)	7 (13,0%)	11 (20,4%)	8 (14,8%)	4 (7,4%)
B7. ¿Con qué frecuencia su diabetes limita su vida social y sus amistades?	30 (46,3%)	8 (14,8%)	4 (7,4%)	8 (14,8%)	4 (7,4%)
B8. ¿Con qué frecuencia se siente bien con usted mismo?	4 (7,4%)	6 (11,1%)	4 (7,4%)	19 (35,2%)	21 (38,9%)
B9. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?	19 (35,2%)	12 (22,2%)	10 (18,5%)	9 (16,7%)	4 (7,4%)
B10. ¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su vida sexual?	18 (33,3%)	3 (5,6%)	12 (22,2%)	9 (16,7%)	12 (22,2%)
B11. ¿Con qué frecuencia su diabetes no le permite manejar un auto o usar una máquina? (ej. máquina de escribir)	29 (37,0%)	2 (3,7%)	5 (9,3%)	5 (9,3%)	13 (24,1%)
B12. ¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su ejercicio?	25 (46,3%)	6 (11,1%)	7 (13,0%)	6 (11,1%)	10 (18,5%)
B13. ¿Con qué frecuencia falta al trabajo, escuela, o actividades caseras por su diabetes?	28 (51,9%)	7 (13,0%)	6 (11,1%)	7 (13,0%)	6 (11,1%)
B14. ¿Con qué frecuencia se encuentra explicando lo que significa tener diabetes?	23 (42,6%)	9 (16,7%)	7 (13,0%)	8 (14,8%)	7 (13,0%)
B15. ¿Con qué frecuencia se da cuenta que su diabetes interrumpe las actividades de su tiempo libre?	28 (51,9%)	4 (7,4%)	10 (18,5%)	6 (11,1%)	6 (11,1%)
B16. ¿Con qué frecuencia le habla a los demás de su diabetes?	25 (46,3%)	12 (22,2%)	6 (11,1%)	7 (13,0%)	4 (7,4%)
B17. ¿Con qué frecuencia lo molestan porque tiene diabetes?	43 (79,6%)	3 (5,6%)	4 (7,4%)	2 (3,7%)	2 (3,7%)
B18. ¿Con qué frecuencia siente que va al baño más que los demás a causa de su diabetes?	18 (33,3%)	8 (14,8%)	7 (13,0%)	9 (16,7%)	12 (22,2%)
B19. ¿Con qué frecuencia se encuentra comiendo algo que no debe, en vez de decirle a alguien que tiene diabetes?	8 (14,8%)	22 (40,7%)	15 (27,8%)	8 (14,8%)	1 (1,9%)
B20. ¿Con qué frecuencia les oculta a los demás que está teniendo una reacción por la insulina?	42 (77,8%)	5 (9,3%)	5 (9,3%)	2 (3,7%)	0 (0%)

Fuente: elaboración propia.

mayores.

En la **Tabla 4** se muestran los resultados en relación a cada una de las subescalas y calidad de vida global a través del cuestionario DQOL, encontrando diferencias significativas en cuanto DQOL global entre pacientes diabéticos tipo I con una amputación con mejores puntuaciones que los pacientes diabéticos tipo I con dos o más amputaciones. Los sujetos con diabetes mellitus tipo I con una amputación presentan significativamente mejor calidad de vida que aquellos con dos o más amputaciones.

En relación a cada una de las subescalas y calidad de vida global a través del cuestionario DQOL, no se

encuentran diferencias significativas en ninguna de ellas para sujetos con diabetes mellitus tipo II con una o 2 o más amputaciones. Las personas con una amputación no presentan mejor calidad de vida que aquellos sujetos diabéticos tipo II con dos o más amputaciones.

Los resultados comparativos de las diferentes subescalas del cuestionario DQOL y DQOL total, según el número de amputaciones realizadas en sujetos diabéticos con abandono del trabajo no muestran diferencias significativas en ninguna de ellas. Sujetos con diabetes Mellitus que abandonaron el trabajo con una única amputación no presentan significativamente mejor calidad de vida que aquellos sujetos diabéticos que abandonaron el trabajo con dos o más amputaciones.

En la **Tabla 5** se puede observar la correlación entre el tiempo de diagnóstico de diabetes y la primera amputación, resultando la mediana de la subescala preocupación por aspectos sociales y vocacionales de 7 (intervalo intercuartílico de 6) con un mínimo igual 1 y un máximo igual a 25 puntos en la escala DQOL.

Se encontró evidencia de que a mayor tiempo entre el diagnóstico de diabetes y su primera amputación, peor es la puntuación DQOL para las subescalas: satisfacción con el tratamiento, autopercepción de su salud y DQOL global. A través de los resultados podemos decir que la correlación es significativa pero baja para las subescalas y moderada para el DQOL global. En el (**Gráfico 2**) se demuestra la distribución bivariada de los tiempos entre el diagnóstico de diabetes y su primera amputación versus el resultado global DQOL evidenciando que a mayor tiempo entre el diagnóstico y la amputación, mayor score global DQOL (peor calidad de vida).

Tabla 5. Estudio de correlación entre el tiempo de diagnóstico de diabetes y la primera amputación con los scores de las diferentes subescalas y DQOL global. Hospital Pasteur - Montevideo, Uruguay, 2018

DQOL	No se aplica (0)	Nunca (1)	Poco (2)	Algunas veces (3)	Con frecuencia (4)	Siempre (5)
C1. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si se va a casar?	22 (40,7%)	26 (48,1%)	2 (3,7%)	1 (1,9%)	3 (5,6%)	0 (0%)
C2. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si tendrá hijos?	29 (53,7%)	20 (37,0%)	2 (3,7%)	2 (3,7%)	0 (0%)	1 (1,9%)
C3. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si conseguirá un trabajo que quiere?	23 (42,6%)	19 (35,2%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	9 (16,7%)
C4. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si le negarán un seguro?	14 (25,9%)	17 (31,5%)	3 (5,6%)	1 (1,9%)	4 (7,4%)	15 (27,8%)
C5. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si podrá acabar su escuela?	36 (66,7%)	12 (22,2%)	3 (5,6%)	2 (3,7%)	0 (0%)	1 (1,9%)
C6. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si faltará a su trabajo?	31 (57,4%)	12 (22,2%)	2 (3,7%)	4 (7,4%)	2 (3,7%)	3 (5,6%)
C7. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si podrá tomar unas vacaciones o hacer un viaje?	5 (9,3%)	28 (51,9%)	5 (9,3%)	5 (9,3%)	5 (9,3%)	6 (11,1%)

Fuente: elaboración propia.

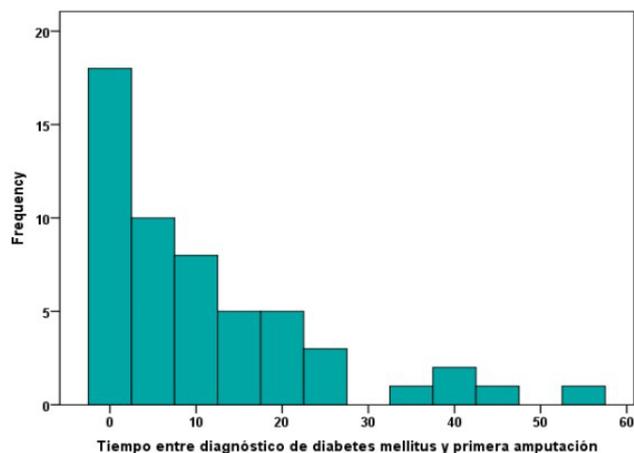


Gráfico 2.

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Se analizó la percepción de la calidad de vida en pacientes diabéticos con amputaciones. Las amputaciones por pie diabético se dan en su mayoría en sexo masculino teniendo mayor riesgo, nuestra muestra es del 74,1% lo que condice con el estudio. En cuanto al nivel de educación de los participantes, el 66,7% de los pacientes cuentan con primaria completa y el 1,9% tenía estudios a nivel terciario, lo cual se apoya en los resultados que se asocia mayor repercusión de la diabetes con menor nivel de escolarización.

El 9,3% estaban desocupados, si bien nuestra muestra de estudio está en una edad laboralmente activa esto es un resultado llamativo dado a que se esperaría un número mayor de desocupados por ser una patología potencialmente discapacitante. Un 46,3% de los encuestados debieron abandonar su trabajo a causa de la amputación, en este grupo se incluyen pensionistas, algunos jubilados y pacientes que hayan cambiado de trabajo.

En relación a la causa de amputación, el 40% de la población en estudio desconocen la causa. Según un estudio transversal a los 5 años, se concluyó que un paciente amputado tiene riesgo de sufrir una nueva amputación del mismo lado en un 40% y del lado contralateral en un 30% de los casos. En nuestro estudio se observó que un 33,3% de los pacientes presentaron amputaciones bilaterales y un 66,67% fueron unilaterales. La incidencia fue mayor en los primeros 10 años, contrario a lo observado en el estudio. Por esta razón, es sumamente importante identificar al paciente diabético, realizando programas de tamizaje para evitar este desenlace⁽¹⁵⁾. De acuerdo al tiempo entre el diagnóstico de diabetes y la primera amputación versus el resultado global del DQOL se observa que a mayor tiempo existe una peor calidad de vida.

Los resultados expresan que los pacientes que padecen diabetes tipo I tienen peor calidad de vida

que los de tipo II. Por otro lado, no se encontró relación significativa entre los pacientes que tienen una única amputación y los que tienen más de una. Los pacientes con amputación mayor presentan una peor calidad de vida que los que tienen amputación menor⁽²¹⁾.

Para calificar la escala DQOL Robles Cortazar (2003)⁽¹²⁾ sugieren sumar la puntuación total obtenida en las subescalas, a mayor puntuación mayor deterioro de la calidad de vida. Estos autores no especifican rangos para clasificar la calidad de vida global por lo que se dividió la escala en 5 intervalos que van de muy mala calidad de vida a muy buena. Más de la mitad de los pacientes creen que su calidad de vida era buena o excelente. En cuanto a las debilidades, si bien obtuvimos cifras significativas respecto a ciertas variables planteadas, es un estudio con baja potencia es decir con baja capacidad de detectar diferencias dado por su bajo tamaño muestral. Los valores obtenidos fueron razonables y quizás con una muestra más numerosa los datos hubieran sido diferentes.

CONCLUSIÓN

Se estudió la posible correlación entre las diferentes subescalas del cuestionario DQOL así como el DQOL global, encontrando correlación significativa entre la subescala: satisfacción del tratamiento, autopercepción de su salud y DQOL global. Por lo que se pudo objetivar que la magnitud de la calidad de vida de pacientes con pie diabético con amputaciones de la extremidad inferior fue regular^(12, 26).

Se determinó de acuerdo a las variables sociodemográficas que la mayoría de los pacientes eran hombres con mediana de edad diagnóstica de 41,5 años, diabéticos tipo 2, con nivel de instrucción primaria en gran porcentaje, y con elevado porcentaje de abandono de trabajo.

Si bien no resultó un valor significativo los pacientes auto percibieron su salud como buena en su gran mayoría, o excelente.

Se pudo determinar una mejor calidad de vida en pacientes menores a 60 años con amputaciones menores en relación a amputaciones mayores.

Se identificó que los pacientes diabéticos tipo I tienen mayor deterioro de su calidad de vida en comparación a los diabético tipo II.

Se objetiva que a mayor tiempo entre el diagnóstico de la DM y la primera amputación aumenta el deterioro en la calidad de vida.

Agradecimientos:

Agradecemos la colaboración de:

El personal de Unidad de pie diabético del Hospital Pasteur
Al Hospital Pasteur.

A los docentes tutores por orientarnos en esta instancia de aprendizaje.

REFERENCIAS

- Información de la Diabetes | Fondo Nacional de Recursos.** (n.d.). Retrieved September 2, 2021, en: http://www.fnr.gub.uy/info_diabetes
- Diabetes.** (n.d.). Retrieved September 2, 2021, en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Fort Zoraida, Portos Adriana, Castro Maira, Piñeyro Claudio, Ciganda Carmen, Bermúdez Yamandú et al.** Factores de riesgo cardiovascular en 74.420 solicitantes de carné de salud. *Rev.Urug.Cardiol.* [Internet]. 2012 Ago [citado 2021 Sep 02] ; 27(2): 150-161. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202012000200007&lng=e
- Presidente, J. M., Frugoni, G., Roca, J., López, J., Rojido, E., & Gonnet, D.** (n.d.). Presidencia de la República Oriental del Uruguay.
- Guía de práctica clínica de diabetes mellitus tipo 2 para la atención en el ámbito ambulatorio | **Ministerio de Salud Pública.** (n.d.). Retrieved September 2, 2021, en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-practica-clinica-diabetes-mellitus-tipo-2-para-atencion-ambito>
- Ley N° 18211.** (n.d.). Retrieved September 2, 2021, en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/4>
- Diabetes.** (n.d.). Retrieved September 2, 2021 en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Evaluación de la calidad de vida - Dialnet.** (n.d.). Retrieved September 2, 2021, en: Colibri: Calidad de vida : marco conceptual, operacionalización y aplicaciones clínicas. (n.d.). Retrieved September 2, 2021, en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/6314>
- Colibri: **Calidad de vida** : marco conceptual, operacionalización y aplicaciones clínicas. (n.d.). Retrieved September 2, 2021, from <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/6314>
- Sothornwit, J., Srisawasdi, G., Suwannakin, A., & Sriwijitkamol, A.** (2018). Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy Dovepress Decreased health-related quality of life in patients with diabetic foot problems. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 11-35. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S154304>
- Bondor, Cosmina & Veresiu, Ioan Andrei & Florea, Bogdan & Vinik, Etta & Vinik, Aaron & A Gavan, Norina.** (2016). Epidemiology of Diabetic Foot Ulcers and Amputations in Romania: Results of a Cross-Sectional Quality of Life Questionnaire Based Survey. *Journal of Diabetes Research*. 2016. 10.1155/2016/5439521.
- Rebeca Robles García, Jaqueline Cortázar, Juan José Sánchez-Sosa, Francisco Páez Agraz y Humberto Nicolini Sánchez.** Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. México: Universidad Autónoma; 2003. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1053.pdf>.
- Asociación latinoamericana de diabetes.** Guías ALAD sobre diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1. Edición 2013.
- Tresserras R, Castell C, Lloveras G.** La diabetes mellitus es un problema de salud pública. En: Asociación Catalana de Diabetes, editor. *Diabetes Mellitus*. Barcelona, 1996. [22] Rodríguez, F., Castellón, P. and Banegas, J. (2004). Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *Revista Española de Cardiología*. [online] Volume 57, pp.163-170. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893204770803>
- Ormaechea, G. and Álvarez, P.** (2018). Programando el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca. Conceptos generales y aportes de una unidad nacional. *Revista Uruguaya Cardiología*. [online] (33), pp.72-74. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v33n1/1688-0420-ruc-33-01-205.pdf>
- Rich, M., Beckham, V., Wittenberg, C., Leven, C., Freedland, K. and Carney, R.** (1995). A Multidisciplinary Intervention to Prevent the Readmission of Elderly Patients with Congestive Heart Failure. *New England Journal of Medicine*. [online] 333(18), pp.1190-1195. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7565975>
- McAlister, F., Stewart, S., Ferrua, S. and McMurray, J.** (2004). Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *Journal of the American College of Cardiology*. [online] pp.810-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15312864>
- Park, S., Nam, C., Park, S., Noh, Y., Ahn, C., Yu, W., Kim, B., Kim, S., Kim, J. and Rha, S.** (2018). 'Screening audit' as a quality assurance tool in good clinical practice compliant research environments. *BMC Medical Ethics*. [online] 19(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29699559>
- Amer, Y., Wahabi, H., Abou Elkheir, M., Bawazeer, G., Iqbal, S., Titi, M., Ekhzaimy, A., Alswat, K., Alzeidan, R. and Al-Ansary, L.** (2018). Adapting evidence-based clinical practice guidelines at university teaching hospitals: A model for the Eastern Mediterranean Region. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. [online] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29691950>
- Generalidades sobre la insuficiencia cardíaca.** [online] Medlineplus.gov. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000158.htm> [Accedido 21 Mayo 2018].
- Packer M, Cohn JN.** Consensus recommendations for the management of chronic heart failure. *Am J Cardiol* 1999; Disponible en: <https://www.scholars.northwestern.edu/en/publications/consensus-recommendations-for-the-management-of-chronic-heart-fai>
- Heidenreich, P., Albert, N. and Allen, L.** (2013). Forecasting the Impact of Heart Failure in the United States. In: *Professional Heart Daily*. Dallas, Texas: American Heart Association. Disponible en: <http://circheartfailure.ahajournals.org/content/6/3/606>
- Ponikowsk, P., Voors, A. and Anker, S.** (2016). Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. [ebook] CrossMark, pp.51-
- Yancy, C., Jessup, M. and Bozkurt, B.** (2013). 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*. [online] Disponible en: <http://www.onlinejacc.org/content/62/16/e147>
- Anguita, M., Lambert, J. and Bover, R.** (2016). Insuficiencia Cardíaca Estándar de Calidad SEC Unidades de Insuficiencia Cardíaca. [ebook] Madrid: Sociedad Española de Cardiología, p.8. Disponible en: https://secardiologia.es/images/SEC-Excelente/Unidades_ICC_20160530.pdf
- Business, E.** (2015). ¿Cuáles son los pasos para una auditoría en salud basada en evidencias?. [online] Esan.edu.pe. Disponible en: <https://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2015/10/22/cuales-son-pasos-para-auditoria-salud-basada-evidencias/>