

Calidad de vida y grado de control en diabéticos tipo 2 atendidos en atención primaria

Rafael Gómez-Navarro, Julián Albiñana-Tarragó, Natividad Belenguer-Andrés y M. José Navarro-Julián
Equipo de Atención Primaria. Centro de Salud Teruel Rural. Teruel. España.

Correspondencia: Dr. Rafael Gómez Navarro.

Centro de Salud Teruel Rural.

Deán Buj, s/n. 44001 Teruel. España.

Correo electrónico: ragona@ya.com

Este trabajo ha sido seleccionado y recibido apoyo económico dentro del Programa de Apoyo a las Iniciativas en Mejora de Calidad en el Servicio Aragonés de Salud. Convocatoria 2008.

Resumen

Objetivo: Analizar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y estudiar la posible influencia del control de la enfermedad y las enfermedades relacionadas.

Material y método: Estudio descriptivo transversal de CVRS mediante cuestionario viñetas COOP/WONCA y de evaluación de cumplimiento de criterios de control.

Resultados: Se estudiaron 98 pacientes con edad media de $72,9 \pm 9,9$ años. El 44,8% obtenían una puntuación total en el cuestionario < 15 . En la dimensión "estado de salud" el 64,2% la catalogaron entre buena y excelente. Casi el 70% no sentían limitación física o emocional para sus actividades sociales. El 42,9% no habían tenido dolor en las 2 semanas previas. El 57,1% no tenían dificultad al realizar actividades o tareas habituales. El 55% declaran que sólo pueden realizar actividad física ligera o muy ligera durante 2 min.

El grado de control fue el siguiente: el 50% presentaba hemoglobina (Hb) $A_{1c} < 7\%$; el 68,4% colesterol total < 200 mg/dl; el 26,5% colesterol unido a las lipoproteínas de baja densidad (cLDL) < 100 mg/dl; el 69,4% colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (cHDL) > 40 mg/dl; el 86,7% triglicéridos < 150 mg/dl; el 51% presión arterial (PA) $< 130/80$ mmHg y el 90,8% no fumaban. El 9,1% cumplían simultáneamente los objetivos en PA, cLDL y HbA_{1c} .

No se halló asociación entre la puntuación total del cuestionario y la edad, el número de enfermedades acompañantes a la DM o el número de criterios de control cumplidos, ni diferencias entre las medias de puntuación total del cuestionario y el sexo del paciente.

Conclusiones: La CVRS y el control de la DM en nuestros pacientes pueden considerarlo bueno. No se han identificado factores relacionados con el control que tengan influencia sobre su calidad de vida.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2. Calidad de vida relacionada con la salud. Atención primaria.

Abstract

Objective: To analyse the health-related quality of life (HRQL) of type 2 diabetic patients (DM2) and to study the possible influence of this on the metabolic control of the disease and the associated diseases.

Material and methods: Cross-sectional descriptive study of HRQL using a general questionnaire with COOP/WONCA cartoons and evaluation of compliance with the control criteria.

Results: A total of 98 patients with an average age of 72.9 ± 9.9 years were studied, of which a total of 44.8% had a total score of < 15 in the questionnaire. In the "overall health" dimension, 64.2% scored it between good and excellent. Almost 70% showed that they did not have physical or emotional health limitation in their social activities, and 42.9% had not suffered any pain in the previous two weeks. A total of 57.1% did not have difficulty when carrying out normal activities or tasks, and 55% said that they could only do light or very light physical activity for 2 minutes.

Degree of control: 50% $HbA_{1c} < 7\%$; 68.4% total cholesterol < 200 mg/dl; 26.5% LDL-cholesterol < 100 mg/dl; 69.4% HDL-cholesterol > 40 mg/dl; 86.7% triglycerides < 150 mg/dl; 51% blood pressure (BP) $< 130/80$ mmHg and 90.8% did not smoke. Only 9.1% simultaneously fulfil the objectives for BP, LDL-cholesterol and HbA_{1c} .

We did not find any relationship between the total score obtained in the questionnaire and age, the number of associated DM2 diseases or the number of control criteria accomplished or differences between the average values of the total score of the questionnaire and the gender of the patient.

Conclusion: The HRQL and the degree of DM2 control in our patients can be considered good. We did not identify factors related to the control that influence their quality of life.

Key words: Type-2 diabetes mellitus. Health-related quality of life. Primary care.

Introducción

La American Diabetes Association (ADA) define la diabetes mellitus (DM) como una alteración metabólica caracterizada por hiperglucemia y por complicaciones micro y macrovasculares y cardiovasculares que aumentan de forma manifiesta la mortalidad y morbilidad relacionadas con la enfermedad y reducen la calidad de vida¹.

En 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso una definición de consenso del concepto "calidad de vida" como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses².

Diversos trabajos han puesto de manifiesto que la DM2 es un factor que afecta negativamente a la percepción de la

calidad de vida en quienes la padecen³⁻⁵ y el estudio *United Kingdom Prospective Diabetes Study* (UKPDS) concluye que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en los diabéticos tipo 2 se encuentra afectada por las complicaciones de la misma⁶.

Pueden distinguirse 2 tipos de evaluación de este concepto de CVRS: las medidas genéricas y las específicas. Estas últimas se diseñan para evaluar características propias de una enfermedad o población particular. Por otro lado, las genéricas tienen como finalidad evaluar el funcionamiento de personas con diversas enfermedades. Se dispone de distintos cuestionarios⁷ diseñados para medir aspectos relacionados con la calidad de vida específicamente para pacientes diabéticos. Cabe destacar, por haber sido utilizado en nuestro medio, el cuestionario específico Diabetes Quality of Life (EsDQoL)⁸⁻¹⁰.

Entre las genéricas adaptadas transculturalmente y a nuestro idioma destacan el *Nottingham Health Profile* (NHP)¹¹ el *Sickness Impact Profile* (SIP)¹², el cuestionario de salud SF-36¹³ y la versión española del EuroQol (EQ-5D)¹⁴.

Las viñetas COOP/WONCA¹⁵⁻¹⁷ y el Perfil de Calidad de Vida para enfermos crónicos (PRCVEC)¹⁸ son 2 cuestionarios genéricos, adaptados transculturalmente y validados en nuestro idioma que tienen su principal campo de aplicación en la atención primaria. Las láminas COOP/WONCA aportan como ventaja la sencillez para su utilización en la práctica clínica diaria.

La combinación de ambos tipos de medidas nos aproximaría sin duda a una evaluación ideal de la calidad de vida¹⁹.

El objetivo del presente trabajo fue analizar la calidad de vida de los pacientes diabéticos tipo 2 mediante el cuestionario genérico COOP/WONCA y estudiar la posible influencia que el grado de control de la enfermedad y las enfermedades asociadas ejercen sobre la percepción que los pacientes tienen sobre su calidad de vida.

Material y método

Estudio descriptivo transversal de CVRS mediante cuestionario y de evaluación de cumplimiento de criterios de control de DM realizado entre 1 de julio de 2007 y el 30 de abril de 2008.

El ámbito del estudio fue la Zona Básica de Salud Teruel Rural atendida por el Equipo de Atención Primaria homónimo, ubicado en el Sector Teruel del SALUD. Está formada por 20 núcleos rurales, con gran dispersión y una población de referencia que en el momento de comenzar el estudio era de 2.605 usuarios, con un elevado porcentaje de población envejecida.

La población en estudio fueron todos los pacientes DM2 atendidos por el equipo de atención primaria (EAP) con más de un año de evolución de esta enfermedad. No se realizó por lo tanto ningún tipo de muestreo.

Se consideraron excepciones las siguientes circunstancias: pacientes afectados de deterioro cognitivo (valorado mediante Escala de Pfeiffer)²⁰, esperanza de vida limitada, inmovilizados o que manifestaran su negativa a participar.

A todos los pacientes se les solicitó analfítica con bioquímica general indicada en el seguimiento del paciente diabético,

co, se tomaron las pertinentes medidas antropométricas y se interrogó sobre el hábito tabáquico con el fin de poder evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos de control propuestos por el Grupo de estudio de la diabetes en atención primaria de salud (GEDAPS)²¹.

Se recogieron también los antecedentes personales en relación con las enfermedades crónicas incluidas en cartera de servicios por las que se les estaba atendiendo: hipertensión arterial (HTA), obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e hipercolesterolemia.

Posteriormente se les interrogó utilizando el cuestionario genérico de medida de la CVRS viñetas COOP/WONCA. Este cuestionario consta de 7 láminas, cada una de las cuales hace referencia a una dimensión de la CVRS, con 5 posibles respuestas, en una escala tipo Likert de 5 puntos (del 1 al 5; a mayor puntuación, peor percepción de la CVRS²²). La puntuación de cada una de las láminas permite una interpretación directa del estado funcional en la dimensión estudiada. Es posible sumar la puntuación total de todas las láminas y ofrecer un índice global, cuyo rango oscila de 7 a 35 puntos.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo del cumplimiento de los objetivos de control y de cada una de las dimensiones evaluadas por las viñetas COOP-WONCA.

Para el análisis de la posible asociación de variables cuantitativas discretas se utilizó regresión lineal. La diferencia de las medias se calculó mediante la prueba de la t de Student.

Los datos se procesaron con el paquete estadístico SPSS 15.0 (SPSS INC, Chicago; IL) y con el Programa de Gestión de Calidad Asistencia IQUAL.

Resultados

La población diana quedó formada por un total de 119 pacientes. De los mismos se excluyeron a 21 por los siguientes motivos: 3 por deterioro cognitivo, 4 por esperanza de vida limitada, 2 por ser inmovilizados y 12 por su negativa a colaborar en el estudio. De esta forma la población de estudio ascendió finalmente a 98 pacientes. En la tabla 1 se representan las características clínicas de los mismos.

La tabla 2 detalla las comorbilidades presentes en los pacientes incluidos en el estudio.

Cumplimiento de los objetivos de control

Los resultados de grado de control de los objetivos de tratamiento se detallan en las tablas 3 y 4 y el gráfico de Pareto representado en la figura 1.

El 9,1% cumplían simultáneamente los objetivos en HgA_{1c}, tensión arterial y cLDL.

Pudo determinarse una media de $4,4 \pm 1,3$ criterios cumplidos en el total de todos los pacientes ($4,2 \pm 1,4$ en el caso de los varones y $4,6 \pm 1,2$ para las mujeres).

Resultados de las viñetas COOP/WONCA

La tabla 5 muestra los resultados obtenidos en cada una de las viñetas que conforman el cuestionario.

Tabla 1. Características clínicas

	Total (n = 98)	Varones (n = 51; 51%)	Mujeres (n = 48; 49%)
Edad	72,9 ± 9,9	72,9 ± 11,2	72,8 ± 8,6
PAS (mmHg)	130,2 ± 20,2	130,5 ± 15	129,9 ± 24,1
PAD (mmHg)	75,3 ± 8,6	75,6 ± 8,6	75,1 ± 8,7
Colesterol total (mg/dl)	186,7 ± 43,3	178,5 ± 30,7	195,5 ± 52,3
cLDL (mg/dl)	120,0 ± 35,8	117,4 ± 28	122,6 ± 42,9
cHDL (mg/dl)	47,0 ± 15,7	40,6 ± 11	52,7 ± 18,6
Triglicéridos (mg/dl)	101,2 ± 59,5	99,4 ± 61,3	103,1 ± 58,3
HbA _{1c} (%)	7,1 ± 1,3	7,2 ± 1,5	6,9 ± 1,2
Fumadores	9,2	18	0

cHDL: colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad; cLDL: colesterol unido a las lipoproteínas de baja densidad; HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.

Los valores expresan la media ± desviación estándar o el número (porcentaje).

Tabla 2. Enfermedades crónicas asociadas a la diabetes mellitus

Enfermedad	Total		Varones		Mujeres	
	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número
Ninguna	23	23,5	15	30	8	16,7
Una	43	43,9	26	52	17	35,4
HTA	17	17,3	10	20	7	14,6
Dislipemia	10	10,2	7	14	3	6,3
Obesidad	14	14,3	7	14	7	14,6
EPOC	2	2	2	4	0	0
Dos	20	20,4	5	10	15	31,3
HTA + dislipemia	5	5,1	1	2	4	8,3
HTA + obesidad	12	12,2	3	6	9	18,8
Dislipemia + obesidad	2	2	0	0	2	4,2
Dislipemia + EPOC	1	1	1	2	0	0
Tres	11	11,2	3	6	8	16,7
HTA + dislipemia + obesidad	8	8,2	1	2	7	14,6
HTA + dislipemia + EPOC	3	3,1	2	4	1	2,1
Cuatro	1	1	1	2	0	0
HTA + dislipemia + EPOC + obesidad	1	1	1	2	0	0

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial.

El resultado de la suma total de las 7 láminas que componen el cuestionario COOP/WONCA se ofrece en la figura 2.

No se ha encontrado ningún tipo de asociación entre la puntuación total obtenida en el cuestionario y la edad, el número de enfermedades acompañantes a la DM o el número de criterios de control cumplidos. Tampoco se encontraron diferencias entre las medias de puntuación total del cuestionario y el sexo del paciente.

Discusión

Los 119 pacientes que componían nuestra población diana permiten determinar una prevalencia de la DM2 en nuestro medio del 4,5%. Esta es una cifra sensiblemente inferior a las estimaciones de prevalencia tanto en España²³, que varían entre el 4,8 y el 18,7%, como en Aragón²⁴, que la sitúan en el 6%.

Tabla 3. Cumplimiento de los criterios de control

Criterio	Total		Varones		Mujeres	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
HbA _{1c} < 7%	49	50	25	50	24	50
Colesterol total < 200 mg/dl	67	68,4	36	72	31	64,6
cLDL < 100 mg/dl	26	26,5	14	28	12	25
cHDL > 40 mg/dl	68	69,4	27	54	41	85,4
Triglicéridos < 150 mg/dl	85	86,7	44	88	41	85,4
PA < 130/80 mmHg	50	51	25	50	25	52
Abstinencia de tabaco	89	90,8	41	82	48	100

HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada; cHDL: colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad; cLDL: colesterol unido a las lipoproteínas de baja densidad; PA: presión arterial.

Tabla 4. Número de criterios cumplidos

Número de criterios cumplidos	Total		Varones		Mujeres	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Ninguno	0	0	0	0	0	0
Uno	1	1	1	2	0	0
Dos	6	6,1	5	10	1	2,1
Tres	19	19,4	8	16	10	20,8
Cuatro	24	24,5	14	28	11	22,9
Cinco	26	26,5	13	26	13	27,1
Seis	17	17,3	6	12	10	20,8
Siete	5	5,1	3	6	3	6,3

Se han encontrado publicadas distintas experiencias de utilización del cuestionario COOP-WONCA en España para el estudio de la CVRS, aplicado a pacientes con diversas enfermedades o circunstancias: dolor osteomuscular crónico²⁵, artrosis de rodilla y cadera²⁶, ancianos²⁷, fibromialgia²⁸, dializados^{29,30}, embarazadas, enfermedad de Alzheimer y toxicomanías³¹.

Sin embargo, sólo se ha encontrado un estudio realizado en España³², además de reciente publicación, que utilizó esta metodología para valorar la CVRS en pacientes DM2 y fuera de nuestras fronteras tampoco son muy abundantes los que utilizan las viñetas COOP/WONCA en este tipo de pacientes³³⁻³⁷.

Utilizando otros cuestionarios genéricos de evaluación de calidad de vida como el SF-36 y EQ-5D se han publicado experiencias realizadas en España con pacientes diabéticos en el ámbito de atención primaria³⁸⁻⁴⁰.

Todos estos trabajos ponen de manifiesto que la DM2 tiene un impacto negativo en la percepción que de su salud tienen quienes la padecen.

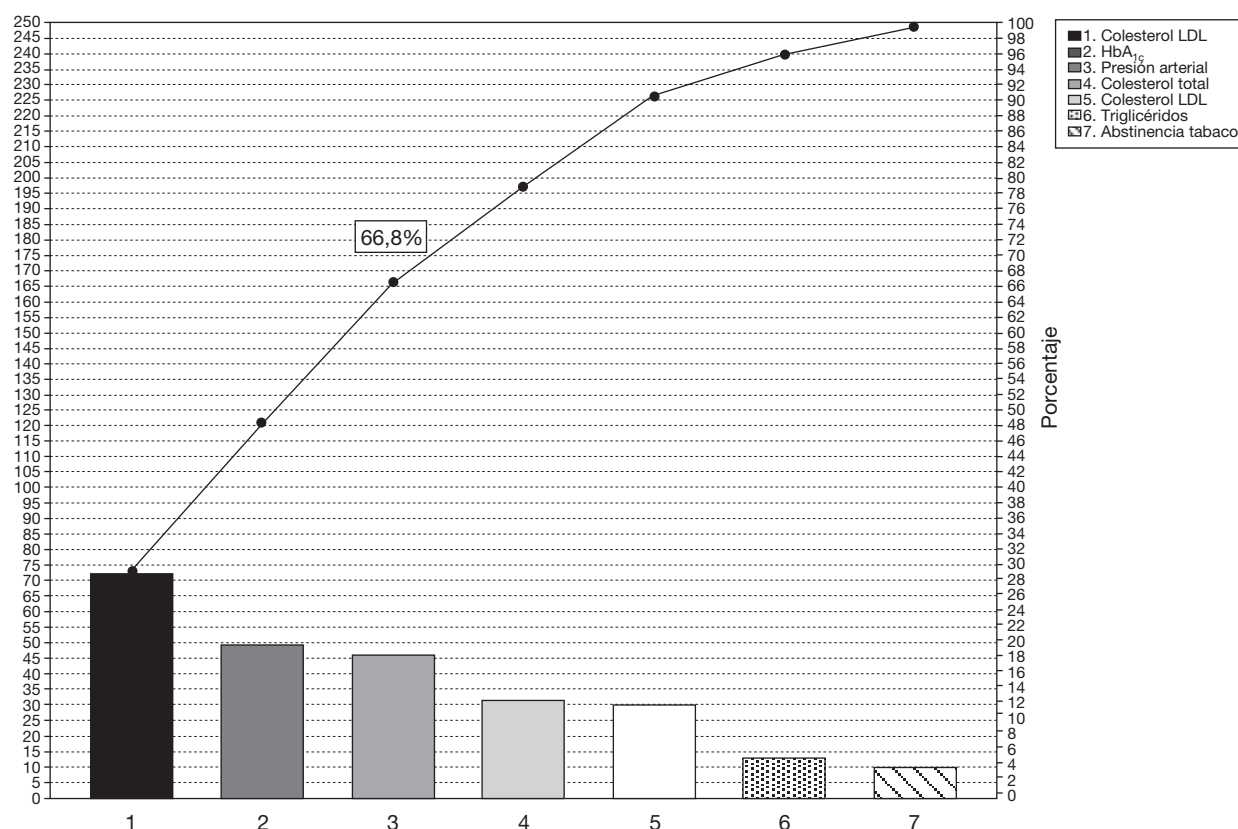
Nos decidimos en nuestro caso a utilizar un cuestionario genérico ya que nos interesaba conocer la percepción que de

su salud tenían nuestros diabéticos, no sólo derivada de esta enfermedad, sino considerando su situación global y vinculándola a otros elementos como el grado de control de ésta y la presencia de otras enfermedades asociadas, por otro lado situación muy frecuente en estos casos.

Para este fin nos parecieron el instrumento idóneo las viñetas COOP/WONCA, que por su sencillez permitiría una adecuada aplicación considerando las características sociodemográficas de nuestros pacientes y nuestras propias limitaciones.

Con esta metodología, sin embargo, hemos encontrado en nuestra población diferencias con los resultados puestos de manifiesto en los trabajos que hemos citado anteriormente. Así, casi la mitad de nuestros pacientes (44,8%) tenían una puntuación total del cuestionario inferior a 15, lo que supondría una percepción buena de su CVRS. Más ilustrativo son los resultados que se obtuvimos en la viñeta que analiza la dimensión "estado de salud" ya que, en este caso, el 64,2% la catalogaron entre buena y excelente, siendo similares los resultados tanto en el subgrupo de varones como en el de mujeres.

Figura 1. Gráfico de Pareto de incumplimiento de criterios.



HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada; cHDL: colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad; cLDL: colesterol unido a las lipoproteínas de baja densidad; PA: presión arterial.

Hay que tener en cuenta además a la hora de valorar este resultado que más del 75% de los pacientes encuestados presentaban además de la DM alguna enfermedad crónica acompañante (HTA, dislipemia, obesidad o EPOC). A pesar de esto ya vimos que no encontramos asociación entre el número de enfermedades crónicas acompañantes y la puntuación total del cuestionario. Posiblemente, y esta es una de las limitaciones en nuestro trabajo, deberíamos haber considerado además alguna otra enfermedad como por ejemplo la artrosis que intuimos que tiene una mayor capacidad de alterar la CVRS en pacientes como los nuestros. Sin embargo, en el Estudio Ortega³⁹ que investigaba CVRS en pacientes con DM2 mediante el SF-36 sí se encontró un peor estado subjetivo de salud en los pacientes que estaban además diagnosticados de obesidad o HTA.

Llama también la atención los resultados que encontramos en la dimensión "actividades sociales" ya que en este caso casi el 70% manifestaron que no tenían ninguna limitación física o emocional para sus actividades sociales con familia, vecinos o grupos. Debemos recordar en este momento

Figura 2. Puntuación total del cuestionario.

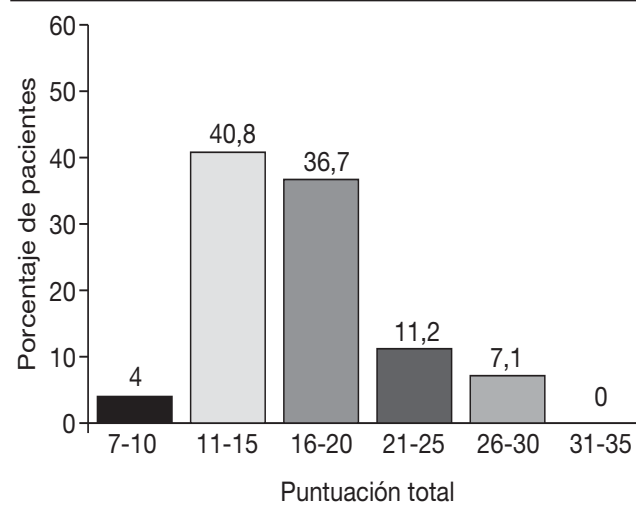


Tabla 5. Resultados obtenidos en el cuestionario COOP/WONCA

Pregunta	Respuesta	Porcentaje total (n = 98)	Porcentaje varones (n = 51; 51%)	Porcentaje mujeres (n = 48; 49%)
<i>Forma física</i>	Muy intensa	4,1	2	6,3
Durante las 2 últimas semanas ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar, durante al menos 2 min?	Intensa	2	2	2,1
	Moderada	36,7	42	31,3
	Ligera	51,1	48	54,2
	Muy ligera	6,1	6	6,3
<i>Sentimientos</i>				
Durante las 2 últimas semanas, ¿en qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?	Nada en absoluto	52	58	47,9
	Un poco	20,4	16	25
	Moderadamente	13,3	14	12,5
	Bastante	14,3	14	14,6
	Intensamente	0	0	0
<i>Actividades sociales</i>				
Durante las 2 últimas semanas, ¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos?	No, nada en absoluto	69,4	66	72,9
	Ligeramente	11,2	14	8,3
	Moderadamente	11,2	12	10,4
	Bastante	6,1	4	8,3
	Muchísimo	2	4	0
<i>Actividades cotidianas</i>				
Durante las 2 últimas semanas, ¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?	Ninguna dificultad	57,1	52	62,5
	Un poco de dificultad	18,4	22	14,6
	Dificultad moderada	14,3	16	12,5
	Mucha dificultad	9,2	8	10,4
	No he podido hacer nada	1	2	0
<i>Cambios en el estado de salud</i>				
¿Cómo clasificaría ahora su estado de salud en comparación con el de hace 2 semanas?	Mucho mejor	5,1	2	8,3
	Un poco mejor	19,4	20	18,8
	Igual, por el estilo	69,4	70	68,8
	Un poco peor	6,1	8	4,2
	Mucho peor	0	0	0
<i>Estado de salud</i>				
Durante las 2 últimas semanas ¿cómo calificaría su salud en general?	Excelente	7,1	6	8,3
	Muy buena	12,2	16	8,3
	Buena	44,9	50	39,6
	Regular	33,7	26	41,7
	Mala	2	2	2,1
<i>Dolor</i>				
Durante las 2 últimas semanas, ¿cuánto dolor ha experimentado?	Nada de dolor	42,9	42	43,8
	Dolor muy leve	17,3	18	16,7
	Dolor ligero	15,3	18	12,5
	Dolor moderado	21,4	20	22,9
	Dolor intenso	3,1	2	4,2

que, a pesar de la elevada edad media de los pacientes estudiados (72,9 años), nuestro estudio se ha realizado en un ámbito de características totalmente rurales, no sólo geográficas sino también relacionales. Probablemente, pacientes con las mismas características de salud y edad en un ámbito urbano sentirían mucho más las limitaciones para mantener una vida de relación satisfactoria por las dificultades inherentes de la vida en las grandes ciudades.

También en la dimensión "dolor" encontramos unos resultados que nos han parecido interesantes ya que el 42,9% nos contestaron que no habían sentido nada de dolor en las 2 semanas previas al momento de administrarles el cuestionario, sobre todo si consideramos los resultados que nos ofrecen estudios relativamente recientes en España que cifran la prevalencia de dolor crónico en el 42,6% de los pacientes de más de 65 años⁴¹.

A pesar de su edad, y según se deriva de los resultados de la dimensión "actividades cotidianas" según los cuales el 57,1% de nuestros pacientes manifestaron que no tenían ninguna dificultad al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa a causa de su salud física o por problemas emocionales, nuestros pacientes diabéticos tienen un importante grado de autosuficiencia para desarrollar sus actividades cotidianas y mayoritariamente no precisan la ayuda de otras personas.

Los peores resultados se encontraron en la dimensión "forma física" en la que más del 55% de los pacientes declaran que sólo pueden realizar actividad física ligera o muy ligera durante 2 min, resultados estos concordantes con los comunicados en el citado Estudio Horteiga³⁹.

Los resultados en cuanto al grado de cumplimiento de los criterios de control pueden considerarse buenos. Díaz Grávalos et al⁴² publicaron un estudio de cumplimiento de los mismos en una población de características rurales muy similares a las nuestras y encontraron un grado de cumplimiento del 44,3% para la HbA_{1c}, del 21,2% para la PA y del 19,8% para el cLDL, que son como vemos inferiores a nuestros resultados. También superamos el 3% que obtienen (el 9,1% en nuestro caso) de pacientes en los que se cumplen simultáneamente los objetivos en estos 3 criterios fundamentales. Es de destacar que ningún autor comunica a este respecto cifras superiores al 15%⁴³⁻⁴⁶.

Nos parecen especialmente buenos los resultados obtenidos en el control de la PA (el 51% de pacientes controlados), en particular si se considera el 9,1% obtenido en el estudio PRESCAP 2002⁴⁷, aunque no ignoramos que este resultado debería ser confirmado con estudios específicamente diseñados para este fin y con un seguimiento a medio y largo plazo.

En cualquier caso, y analizando el gráfico de Pareto (fig. 1), advertimos que 66,8% de los incumplimientos de objetivos de control se sitúan en los relativos a cLDL, HbA_{1c} y PA. Por otro lado, se trata de parámetros básicos que se deben considerar en el seguimiento del paciente diabético, para los que contamos con un amplio arsenal terapéutico y la posibilidad de desarrollar actividades tendentes a modificar los hábitos de vida de nuestros pacientes. Por lo tanto, de esta observación se deriva, conforme a la filosofía de mejora, que tenemos una cla-

ra oportunidad que se debe concretar en la constante revisión de tratamientos, intervenciones de educación para la salud, protagonismo de la enfermería en las consultas de seguimiento, etc.

A pesar de los buenos resultados referidos tanto al grado de control de la DM (número de criterios cumplidos) como de la percepción de la CVRS (puntuación final del cuestionario) que presentan en nuestros pacientes no se ha encontrado ningún tipo de asociación entre estas 2 variables. No nos ha sorprendido este hallazgo, ya que es previsible que hasta estadios muy avanzados de la enfermedad en pacientes después de muchos años de mal control y con complicaciones derivadas de ésta se afecte la calidad de vida. En este aspecto, puede señalarse también como limitación del trabajo que hubiera sido revelador analizar también los años de evolución de esta enfermedad y la presencia de estas complicaciones. En cualquier caso, queremos destacar que en el tratamiento diario de los pacientes diabéticos nos parece más conveniente insistir en que el buen control les va a llevar a una mayor supervivencia y a un número menor de complicaciones graves que a una mejora de su calidad de vida a corto plazo.

Como conclusión podríamos señalar que el perfil de nuestros diabéticos obtenido de calcular las puntuaciones medias en todos los apartados sería el de un paciente que cumple más de 4 criterios de control, al que su estado de salud le permite caminar a paso rápido, su estado de ánimo le afecta un poco, sus actividades cotidianas sólo se ven entorpecidas ligeramente, tiene un poco de dificultad para realizar sus actividades cotidianas, su estado de salud lo interpreta como estable, presenta un dolor ligero y considera que su estado de salud es bueno.

La reflexión final que querríamos transmitir tras nuestra experiencia sería la pertinencia de considerar de una manera más o menos sistemática en nuestros pacientes con enfermedades crónicas, dimensiones como la calidad de vida percibida, la satisfacción, las necesidades sentidas, las dificultades para sus actividades cotidianas, etc. En definitiva, establecer sistemas para escuchar la "voz del paciente" y lo que acerca de cómo viven su enfermedad nos tiene que decir, ya que la mejora en la asistencia no puede limitarse sólo al cumplimiento de unos objetivos de control metabólico.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. *Diabetes Care*. 1999;22(Suppl 1):527-31.
2. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization Project to develop a quality of life assessment instrument. *Qual Life Res*. 1993;2:153-9.
3. Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian L. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*. 1997;20:562-7.
4. Lloyd A, Sawyer W, Hopkinson P. Impact of long-term complications on quality of life in patients with type 2 diabetes not using insulin. *Value Health*. 2001;4:392-400.

5. Mata M, Roset M, Badía X, Antoñanzas F, Ragel J. Impacto de la diabetes mellitus en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. *Aten Primaria*. 2003;31:493-9.
6. UKPDS Group. Quality of life in type 2 diabetic patients is affected by complications but not by intensive policies to improve blood glucose or blood pressure control (UKPDS 37). *Diabetes Care*. 1999;22:1125-36.
7. Paddock LE, Veloski J, Chatterton ML, Gevirtz FO, Nash DB. Development and validation of questionnaire to evaluate patient satisfaction with diabetes disease management. *Diabetes Care*. 2000;23:951-6.
8. Brandley C, Todd C, Gorton T, Symonds E, Martin A, Plowright R. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL. *Qual Life Res*. 1999;8:79-91.
9. Millan M. Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL). *Aten Primaria*. 2002;29:517-21.
10. Speight J, Bradley C. ADDQoL indicative negative impact of diabetes on quality of life despite high levels of satisfaction with treatment. *Diabetologia*. 2000;43:255.
11. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Qual Life Res*. 1994;3:385-93.
12. Badía X, Alonso J. Adaptación transcultural de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile. *Med Clin (Barc)*. 1994;102:90-5.
13. Alonso J, Prieto L, Anto Boqué JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:771-6.
14. Badía X, Roser M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc)*. 1999;112(Supl 1):79-85.
15. Lizán L, Reig A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria*. 1999;24:75-82.
16. Lizán L. Viabilidad de las viñetas COOP/WONCA y otros instrumentos para la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 1998;22:135-9.
17. Scholten JHG, Van Weel C. Functional status assessment in family practice. The Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA. Lelystad: Meditekst; 1992. p. 17-51.
18. Siegrist J, Broer M, Junge A. Perfil en Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC). Versión oficial española del Profiler Lebensqualität Chronischkranker (PLC). Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo; 1997.
19. Jakobson AM, de Groot M, Samson J. Quality of life in patients with Type I and Type II diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1994;17:167-274.
20. Pfeiffer EA. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1975;22:433.
21. Gedaps (Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención primaria de Salud). Guía de recomendaciones para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en Atención primaria. 4.ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
22. Badía X, Salameiro M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona: Edimac; 2002. p.184-5.
23. Ruiz M, Escolar A, Mayoral E, Corral F, Fernandez I. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanit*. 2006;20:15-24.
24. Tamayo B, Faure E, Roche MJ, Rubio E, Sanchez E, Salvador JA. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in Aragón, Spain. *Diabetes Care*. 1997;20:534-6.
25. Noceda J, Moret C, Lauzurika I. Calidad de vida en el dolor osteomuscular crónico. *Reumatol Clin*. 2006;2:298-301.
26. López S, Martínez C, Romero A, Ángel M. Validez y fiabilidad del cuestionario COOP/WONCA cumplimentado vía telefónica en personas con artrosis de cadera y rodilla. *Index Enferm*. [periódico en la Internet]. 2005 Mar [citado 2007 Nov 29]; 14(51):24-28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962005000300005&lng=es&nrm=iso. (Consultado el 28 de Noviembre de 2007).
27. García Olmos L, Miranda C, Barrios M, Arias P, Ogando B, Villegas MV. Medición de la capacidad funcional, con las láminas COOP/ WONCA, en una población anciana. *Aten Primaria*. 1994;13:233-7.
28. Alonso A, Franco ML. Medida de la calidad de vida mediante las láminas Coop-Wonca en una muestra de pacientes con fibromialgia tratadas con pregabalina. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006;1:10-7.
29. Martín F, Reig A, Ferrer R, Sarró F. Láminas COOP/WONCA: ¿un instrumento válido para determinar la CVRS en el paciente en diálisis? *Nefrología*. 2004;24:192-3.
30. Arenas MD, Moreno E, Reig A, Millán I, Egea JJ, Amoedo ML, Gil MT, Sirvent AE. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas COOP/WONCA en una población de hemodiálisis. *Nefrología*. 2004;24:470-9.
31. Lizán L, Reig A, Richart M, Cabrero J. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas COOP/WONCA. *Med Clin (Barc)*. 2000;114(Suppl 3):76-80.
32. Botija MP, Lizán L, Gosalbes V, Bonet A, Fornos A. ¿Cómo afecta el tratamiento intensivo de los factores de riesgo cardiovascular en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes diabéticos? *Aten Primaria*. 2007;39:227-34.
33. De Grauw WJ, Van de Lisdonk EH, Van Gerwen WH, Van den Hoogen HJ, Van Weel C. Insulin therapy in poorly controlled type 2 diabetic patients: does it affect quality of life? *Br J Gen Pract*. 2001;51:527-32.
34. de Grauw WJ, van de Lisdonk EH, van Gerwen WH, van den Hoogen HJ, van Weel C. Insulin therapy in poorly controlled type 2 diabetic patients: does it affect quality of life? *Br J Gen Pract*. 2001;51:527-32.
35. Lam CL, Lauder IJ. The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. *Fam Pract*. 2000;17:159-66.
36. de Grauw WJ, van de Lisdonk EH, Behr RR, van Gerwen WH, van den Hoogen HJ, van Weel C. The impact of type 2 diabetes mellitus on daily functioning. *Fam Pract*. 1999;16:133-9.

37. Merbis MA, Snoek FJ, Kanc K, Heine RJ. Hypoglycaemia induces emotional disruption. *Patient Educ Couns*. 1996;29:117-22.
38. Hervás A, Zabaleta A, De Miguel G, Beldarráin O, Díez J. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30:45-52.
39. Mena Martín FJ, Martín Escudero JC, Simal Blanco F, Bellido Casado J, Carretero Ares JL. Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Horte-ga. *An Med Interna*. 2006;23:357-60.
40. Mata Cases M, Roset Gamisans M, Badia Llach X, Antoñanzas Villar F, Ragel Alcázar J. Impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consultas de atención primaria en España. *Aten Primaria*. 2003;31:493-9.
41. Catalá E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López JS, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain*. 2002;6:133-40.
42. Díaz G, Palmeiro G, Casado I, Arandia M, Portuburu M, Vázquez L. Cumplimiento de los objetivos de control metabólico en diabetes mellitus en el medio rural de Ourense. *Rev Esp Salud Pública*. 2006;80:67-75.
43. Coon P, Zulkowski K. Adherence to American Diabetes Association standards of care by rural health care providers. *Diabetes Care*. 2002;25:2224-9.
44. Schiel R, Hoffmann A, Muller UA. Behandlungs-qualität bei Patient mit Diabetes mellitus in einem landlichen Gebiet Deutschlands. Ergebnisse einer Populationsuntersuchung. Die ZEUVIN-Studie. *Med Klin (Munich)*. 1999;94:127-32.
45. Coth EL, Majumdar SR, Guirguis LM, Lewanczuk RZ, Lee TK, Jonson JA. Compliance with clinical practice guideline for type 2 diabetes in rural patients: treatment gaps and opportunities for improvement. *Pharmacotherapy*. 2003;23:659-65.
46. McFarlane SI, Jacober SJ, Winer N, Kaur J, Castro JP, Wui MA, et al. Control of cardiovascular risk factors in patients with diabetes and hipertensión at urban academia medical centres. *Diabetes Care*. 2002;25:718-23.
47. Listerri JL, Rodríguez G, Alonso FJ, Lou S, Divison JA, Santos JA, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en atención primaria. Estudio PRES-CAP 2002. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:165-71.