

## CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON RETINOPATIA DIABETICA.

*Dra. Mayda Armas López<sup>1</sup>, Dra. Nora Lilian Legrá Matos<sup>2</sup>, Dra. Argentina Pérez Quesada<sup>3</sup>, Dr. Bernardo Olivares Bermúdez<sup>4</sup>, Dr. Reinaldo Elías Sierra<sup>5</sup>.*

### RESUMEN

Se realizó un estudio con el objetivo de caracterizar la calidad de vida de 50 pacientes con diagnóstico de retinopatía diabética, atendidos en el Centro de Atención al Diabético del municipio de Guantánamo, durante el primer semestre de 1998. Se evaluaron variables como: calidad de vida física, psicológica, social y biopsicosocial, así como la influencia en ella de la edad, el sexo, tipo de diabetes y el tipo de retinopatía. Se concluyó que la mayoría de los pacientes con retinopatía diabética tiene calidad de vida no aceptable, con deterioro significativo de la calidad de vida física y psíquica, la cual estuvo determinada, fundamentalmente, por la disminución de la agudeza visual. La calidad de vida social fue la menos afectada. La calidad de vida biopsicosocial tuvo comportamiento similar a la psíquica. Hubo predominio del sexo masculino y de las edades comprendidas entre 45 y 64 años. Fue mayoritario el número de pacientes con diabetes tipo II.

*Palabras Clave:* **CALIDAD DE VIDA; RETINOPATIA DIABETICA.**

### INTRODUCCION

Entre las complicaciones que se asocian a la diabetes mellitus se destaca el impacto de la enfermedad vascular diabética, cuya prevalencia ha experimentado una tendencia ascendente en los últimos años.<sup>1-3</sup> Una expresión de la misma es la retinopatía diabética, la cual representa, actualmente, la causa más importante de ceguera en los países desarrollados.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> *Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital General Docente. "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo.*

<sup>2</sup> *Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo.*

<sup>3</sup> *Especialista de I Grado en Oftalmología Profesora Asistente FCM. Guantánamo.*

<sup>4</sup> *Especialista de II Grado en Endocrinología. Profesor Asistente. FCM. Guantánamo.*

<sup>5</sup> *Especialista de II Grado en Cardiología. Verticalizado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar de la FCM. Guantánamo.*

En Cuba se estima que la prevalencia de retinopatía diabética oscila alrededor del 37,2 % entre los hombres y del 29,9% entre las mujeres, mientras que el 2,5% de los hombres y mujeres eran ciegos legales por esta causa.<sup>4</sup>

Core<sup>5-7</sup>, en el seguimiento de los pacientes diabéticos observó que la incidencia de retinopatía diabética no proliferativa fue del 47,3%, y de retinopatía diabética proliferativa, del 7,1%; por otra parte, al considerar las tasas de prevalencia e incidencia de diabetes mellitus en Cuba, se calcula que alrededor de 1 170 pacientes quedan ciegos anualmente por esta causa<sup>8</sup>, y se afirma que sólo la prevención de la retinopatía diabética, su hallazgo precoz y seguimiento adecuado pueden mejorar el pronóstico visual de los pacientes diabéticos.<sup>9</sup>

En este sentido, existe un interés creciente de las investigaciones por descubrir y evaluar la calidad de vida de poblaciones determinadas<sup>8,9</sup>, tendencia observada en Cuba, en la que el Ministerio de Salud Pública lo establece entre sus directrices generales para incrementar la salud para el año 2000, y disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles<sup>10</sup>, pues el concepto de calidad de vida constituye la condición que resulta del equilibrio entre la satisfacción de las necesidades básicas, y la no satisfacción de éstas, tanto en el plano objetivo como subjetivo.<sup>11</sup> La misma puede determinar el protocolo terapéutico para satisfacerlo, o por el contrato, con su empleo se puede descubrir el producto de atención a la salud, las necesidades de tecnología y los gastos necesarios para cumplimentar o establecer las prioridades de salud.<sup>12</sup>

Teniendo en cuenta la repercusión de la retinopatía diabética sobre la calidad de vida de estos pacientes, nos propusimos caracterizar la calidad de vida de los mismos que han sido atendidos en el Centro de Atención al Diabético del municipio de Guantánamo.

## **METODO**

Se realizó un estudio con el objetivo de caracterizar la calidad de vida de 50 pacientes asistentes al Centro de Atención al Diabético (CAD) del municipio de Guantánamo, y a los que se les diagnosticó retinopatía diabética durante el primer semestre de 1998.

Los pacientes objeto de investigación tuvieron que satisfacer los siguientes criterios de inclusión:

- Ser atendidos en el CAD.
- Presentar retinopatía diabética.
- Hallarse conscientes, lúcidos y cooperativos para satisfacer la obtención de la variable de inclusión.
- Colaborar espontáneamente para participar en la investigación.

- Que la familia o persona responsable de la atención y vigilancia del paciente colaborara espontáneamente con la investigación.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- No satisfacer uno de los criterios de inclusión
- Pacientes con enfermedad ocular o sistémica que ocasionara disminución de la visión, excluyendo la diabetes.

Se evaluó la calidad de vida biopsicosocial, en la cual se integra la calidad de vida física psíquica y social.

Para evaluar la "calidad de vida física", se aplicó la técnica de Rivera Fernández.<sup>5</sup> Se identificaron los factores determinantes de la calidad de vida física en la población estudiada y se clasificó en cuatro niveles, teniendo en cuenta, fundamentalmente, el estado de la visión de acuerdo con la puntuación global alcanzada por el paciente, según los siguientes criterios:

Nivel I.	0 ptos. (normalidad de aspecto 08-1.0)	
Nivel II.	1-5 ptos.	0.4-0.7
Nivel III	6-10 ptos.	0.1-0.3
Nivel IV.	más de 11 ptos.	(inferior a 0.1)

Para evaluar la calidad de vida psíquica, se aplicó la prueba de completamiento de frases que, de acuerdo con sus objetivos, permitió evaluar los siguientes aspectos:

- Vivencias psíquicas actuales
- Percepción de la enfermedad
- Autosatisfacción personal, que se clasificó en cuatro niveles:

Nivel I : Cuando se evaluó como respuesta positiva al 100% de los aspectos (los 28 aspectos), de manera que el individuo debió percibir positivamente las vivencias psíquicas, la percepción de su enfermedad y su autosatisfacción personal.

Nivel II : Si entre el 51-75% de las respuestas a los aspectos fueron positivas o ambivalentes, pudo responderse negativamente el 25-49% de los aspectos (7-13 aspectos).

Nivel III : Si entre el 25-49% de las respuestas a los aspectos se evaluó como positiva o ambivalente, pudo responder negativamente entre el 50-75% de los aspectos (15-28 aspectos).

Para evaluar la calidad de vida social se tuvieron en cuenta los criterios de Cresta Freijomil<sup>6</sup>, citado por Smilbstein.

Para evaluar la calidad de vida biopsicosocial se integraron los resultados de los indicadores de la "calidad de vida", física, psíquica y social, y se establecieron las siguientes categorías:

Buena: Pacientes clasificados en el nivel I.

Regular: Pacientes clasificados en el nivel II.

Mala: Pacientes clasificados en los niveles III y IV.

## **ANALISIS Y DISCUSION**

Se realizó el análisis de aquellos factores que afectaron la calidad de vida física; el más importante fue el deterioro del estado visual. Este factor afectó en el 100% de los pacientes con retinopatía diabética proliferativa y el 92,3% para los pacientes retinopatía diabética no proliferativa. Se conoce que la presencia de lesiones (aneurisma, exudados, hemorragias y vasos de neoformación), de acuerdo con su localización en la retina, deterioran en mayor o menor grado la agudeza visual del paciente. Es obvio que cuando estas lesiones se encuentran localizadas cerca o en el área macular el deterioro visual es más significativo. Estudios similares fueron encontrados mundialmente en Canadá, EE.UU., Japón, los que plantean que el deterioro de la agudeza visual de los pacientes diabéticos se afecta por los daños a nivel de la retina, provocados por altas concentraciones de glucosa a este nivel.<sup>3, 7, 8</sup>

Con relación a la calidad de vida biopsicosocial, reflejada en las Tablas 1 y 2, para el grupo de pacientes con retinopatía diabética proliferativa, la mayoría estuvo ubicada en el nivel III, (75%) y en los pacientes con retinopatía diabética no proliferativa, el mayor porcentaje estuvo en el nivel II, con el 53,9%. Estos resultados reflejan el deterioro de este tipo de calidad de vida, que, de acuerdo al análisis presentado anteriormente, depende fundamentalmente del detrimento de la calidad de vida física y psíquica, ocasionado por la disminución de la agudeza visual que causa esta entidad.

En cuanto al comportamiento de los diferentes tipos de calidad de vida, la menos afectada en ambos grupos fue la calidad de vida social.<sup>9-11</sup> Consideramos que ello pudiera ser el resultado de las características del sistema de salud cubano, que va en búsqueda de una medicina humanitaria, y ve al hombre en su medio familiar y social trascendiendo el marco de enfoque clínico, para aplicar el enfoque clínico, epidemiológico y social en el diagnóstico y análisis de la situación de salud, como demandan los Objetivos, Propósitos y Directrices del MINSAP para el 2000 (Directiva General No. 12), en los cuales el médico de la familia es un pilar fundamental, dada su labor con la familia, y por conocer y deslindar su composición, características, etapa del ciclo vital en que se encuentra, desarrollo de roles y jerarquías, crisis por las que atraviesa, estudia su dinámica relacional intensa y su funcionamiento.<sup>12,13</sup>

Estas condiciones se hacen en Cuba con el advenimiento de la medicina social, y se potenciaron con el surgimiento de la medicina familiar.

## **CONCLUSIONES**

1. La mayoría de los pacientes tuvieron calidad de vida física no aceptable, ya que estuvieron ubicados en los niveles III y IV.
2. El deterioro visual fue el factor determinante en la calidad de vida física.
3. El daño de la visión fue significativo en ambos grupos, y fue aun mayor en los pacientes con retinopatía diabética proliferativa.
4. Se observó un deterioro significativo de la calidad de vida psíquica de ambos grupos.
5. La calidad de vida biopsicosocial fue la más afectada, condicionada por la calidad de vida física y psíquica.

## **RECOMENDACIONES**

- Realizar chequeo oftalmológico precoz a todo paciente dispensarizado como diabético.
- Impartir charlas educativas en el área de salud sobre la repercusión de esta enfermedad en el órgano de la visión y su estrecha relación con el control metabólico.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Biessenbach G., Zargornik J. High mortality and poor quality of life during period in type II diabetic patients with diabetic retinopathy. *Rev Fail* 1997; 16(2):263-72.
2. Quiñones Rosales Caridad, *et al.* Procedimientos generales para el diagnóstico y tratamiento de la retinopatía diabética. *Rev Cub Oftalmol* ener-jun, 1991; 4(1): 39-46.
3. Matteu DD. Diabetic Retinopathy: A Clinic overview. *Diabetes and metabolism. Reviews* 1998; 4(4):291.
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. Año 1998.
5. Rivera ER, *et al.* Calidad de vida en medicina intensiva. *Rev Med Interna* 1993; 17(1): 15-21.
6. Smilkstein G. The family Apgar. A proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pact* 1998; 6(6):79-87.
7. Malenfant M. La retinopathie diabetique: Pathogenesis, Risk factors, clinical picture, classification. *Bull Soc Belge Ophthalmol* 1995; 256:11-23.

8. Ho AC, MacGuire AM, Yannuzi LA, Fishere YL, Galetta SL, Sergott RC. Rapidly progressive optic disk neovascularization after diabetic papillopathy. *Am J Ophthalmol* Nov 1996;120(5):673-5.
9. Rivera FR. Calidad de vida y consideraciones sobre la actualidad. *Rev Med Int* 1996; 27(6):10-14.
10. Barahona L. Epidemiología y prevención de la ceguera por diabetes mellitus en nuestro medio. *Arch Sec Esp Oftal* 1995; 48(1):27-46.
11. Sambert SR. Diabetes mellitus in the elderly. A practical guide. Raven Press Ltd., New York 1998: 174.
12. Ministerio de Salud Pública Cuba: Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana, 2000, ECI MED. Ciudad de la Habana 1992: 12.
13. Almagro FD. Tendencias actuales y futuras de la terapia de familia. *Rev Cub Med Gen Int* 1996; 12(3):298-300.

**TABLA 1. CALIDAD DE VIDA BIOPSIOSOCIAL.**

CALIDAD DE VIDA BIOPSIOSOCIAL	RDP* N=24		RDNP* N=26	
	NO.	%	NO.	%
Nivel I			1	3,8
Nivel II	6	25,0	14	53,9
Nivel III	18	75,0	11	42,3
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>

\* Leyenda: RDP: Retinopatía Diabética Proliferativa  
RDNP: Retinopatía Diabética No Proliferativa.

**TABLA 2. NIVELES DE CALIDAD DE VIDA.**

CALIDAD DE VIDA	NIVELES (RDP)*				NIVELES (RDNP)*			
	I No. %	II No. %	III No. %	IV No. %	I No. %	II No. %	III No. %	IV No. %
Física		1 4,2	3 12,5	20 83,3	1 3,8	2 7,7	8 30,8	15 57,7
Psíquica		2 8,4	11 45,8	11 45,8		10 38,5	13 50,0	3 11,5
Social	15 62,5	7 29,2	2 0,3		7 26,9	10 38,5	9 34,6	
Biopsicosocial		6 25,0	18 75,0		1 3,8	14 53,9	11 42,3	

\* Leyenda: RDP: Retinopatía Diabética Proliferativa  
RDNP: Retinopatía Diabética No Proliferativa