

Escuela de enfermería



TRABAJO FIN DE MASTER

**“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA
SALUD EN PACIENTES, CON ÚLCERA ACTIVA,
ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE PIE DIABETICO
DEL HOSPITAL DE CRUCES”.**

AUTOR:

ZOHARTZE LARIZGOITIA ELEJALDE

TUTOR:

ENRIC GIRALT DE VECIANA

SANTANDER, 2013

“El punto de vista individual me parece el único punto de vista desde el cual puede mirarse el mundo en su verdad. (...) La realidad, pues, se ofrece en perspectivas individuales. Lo que para uno está en último plano se halla para otro en primer término...”

Ortega y Gasset, 1916

INDICE

RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	2
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	3
OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	8
METODOLOGÍA.....	9
ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	13
PLAN DE TRABAJO.....	14
BENEFICIOS DE ESTA INVESTIGACIÓN.....	15
MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS.....	17
BIBLIOGRAFÍA.....	18
ANEXOS.....	20

RESUMEN

Introducción: La Diabetes Mellitus (DM) constituye uno de los problemas sanitarios de mayor trascendencia, tanto por su extraordinaria frecuencia como por su enorme repercusión social y económica. Teniendo en cuenta que una de sus complicaciones más frecuentes es el Pie Diabético (PD), nos encontramos ante un importante problema de salud que va a afectar a un gran número de personas así como a su calidad de vida. Para poder conocer la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de estas personas, debemos utilizar un cuestionario que nos ayudará a complementar la información que se requiere a la hora de, instaurar un tratamiento y establecer un pronóstico. El propósito fundamental de la utilización y medición de la CVRS, durante la evolución de la herida, consiste en proporcionar una valoración más precisa de los servicios sanitarios que se les presta y ofrecer al paciente la oportunidad de aportar sus percepciones respecto a todo el proceso que está sufriendo. De esta forma se pueden optimizar los recursos mediante la modificación de tratamientos y conductas por parte de los sanitarios con el fin último de aumentar la calidad de los cuidados proporcionados a este tipo de pacientes. **Objetivo:** analizar la CVRS de los pacientes con PD a lo largo de la evolución de la lesión, atendidos en la Unidad de Pie Diabético del Hospital de Cruces, mediante la utilización del cuestionario genérico EQ-5D. **Hipótesis:** la CVRS de los pacientes con PD varía a lo largo de la evolución de la úlcera. **Material y método:** estudio analítico prospectivo de pacientes con diagnóstico de PD que ingresan en la Unidad de Pie Diabético del Hospital de Cruces, para el tratamiento de una nueva úlcera. La muestra se escogerá tras la realización de un estudio piloto de 10 personas. Se les realizará el cuestionario EQ-5D al ingreso en la unidad por nueva úlcera, el mes y al de 3 meses o al alta por curación de la lesión. **Resultados esperados:** la CVRS se modificará en relación a la evolución de la herida y podremos ver que factores son los que más varían, pudiendo hacer hincapié en ellos durante el tratamiento. Con ello intentamos lograr una atención y tratamiento individualizado a estos pacientes, que hará disminuir el tiempo de cicatrización y por tanto mejorar su CVRS. Por otra parte si el instrumento utilizado es válido, puede ser una buena herramienta para ser utilizada en la práctica clínica.

PALABRAS CLAVE

Pie diabético; calidad de vida relacionada con la salud; úlceras del pie diabético; EQ-5D.

SUMMARY

Introduction: Diabetic Mellitus (DM) is one of the most significant health's problems in the world, not only for its extraordinary frequency, also because its huge social and economic impact. Having in count that one of the biggest complications is the diabetic foot we are faced with an important health's issue, that is going to affect a great number of people as well as theirs health related quality. To be able to know the Health-Related Quality of Life (HRQoL) of these persons we must use a questionnaire, that will help us to complement the information that we need, when we wont establish a treatment or a prognosis. The basic purpose of using and measuring the HRQoL during wound's evolution lies in provide a more precise valuation of the health's services given and in offer to the patient, the chance of contribute its perception about all the process they are suffering. In this way the resources, can be optimized with modifications of the treatments and behaviors of health's workers, with the intention of increase the quality of the caring given to these type of patients. **Objective:** anlyse the HRQoL of diabetic foot patients throughout wounds evolution attended at Cruces Hospital's Diabetic Foot Unit using the generic questionnaire EQ-5D. **Hypothesis:** the HRQoL of diabetic foot patients change throughout the wounds evolution. **Methods:** a prospective study of patients with diabetic foot diagnostic hospitalized at Cruces Hospital's Diabetic Foot unit and treated of a new ulcer. The sample will be chosed after the realization of a pilot study of 10 persons. The EQ-5D questionnaire will be submitted to them at the time of theirs acceptation in the unit due to a new ulcer, after a month and after three months or when they were discharged due to injury's recovery. **Expected results:** the HRQoL will be modified in relation with the evolution of the wound and we will be able to see wich factors will be the most changeables to be able to emphasize them during the treatment. With all that we try to assure a personalized attention and treatment for these patients that will decrease the time's healing of the wound and therefore improve theirs HRQoL. On the other hand if the instrument is acceptable it can be a good work tool to be used in clinic's practice.

KEYWORDS

Diabetic foot; health-related quality of life; diabetic foot ulcers; EQ-5D.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica de alta prevalencia con un alto coste social y un gran impacto sanitario, determinado por el desarrollo de las complicaciones agudas y crónicas que producen una disminución de la calidad de vida de los pacientes con diabetes (1). En 1999 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la DM como una alteración metabólica de múltiples etiologías, caracterizadas por hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, como resultado de defectos en la secreción de insulina, la acción de la misma, o en ambas cosas a la vez (2).

Las complicaciones vasculares de la DM representan la principal causa de morbi-mortalidad entre la población diabética y dan lugar a un importante número de secuelas invalidantes como son la ceguera, la insuficiencia renal crónica o la amputación de la extremidad inferior, que originan una disminución de la calidad de vida de los pacientes y un elevado coste económico y social (3).

En España la prevalencia estimada se sitúa en torno a un 4-6% de la población, dentro de éstos un 15% desarrollará a lo largo de su vida problemas en sus pies (úlceras), que afectan con mayor frecuencia a la población comprendida entre los 45-65 años (4). El 85% de las amputaciones viene precedido de una úlcera en el pie y solo un tercio de los que sufren la amputación de la extremidad vuelve a caminar usando una prótesis. La evolución de los diabéticos con una amputación mayor es mala, ya que el 30% fallecen en el primer año tras la intervención y al cabo de 5 años un 50% sufren la amputación de la otra extremidad inferior (3).

Por todo lo comentado anteriormente podemos decir que el Pie Diabético (PD) es una de las complicaciones más graves de la DM. La Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular define el PD como una “entidad clínica de base etiopatogénica neuropática inducida por la hiperglucemia mantenida en la que, con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, se produce lesión y/o ulceración del pie” (5). Además representa un grave problema socio-económico, ya que el PD suele acompañarse de complicaciones y discapacidad, que constituye una problemática sanitaria al conllevar un

enorme gasto económico a los servicios sanitarios y provoca a las personas que lo padecen y a su entorno familiar enormes repercusiones que finalmente afectan la calidad de vida de éstos.

La Calidad de Vida (CV) es un constructo multidimensional, que se construye sobre áreas, dominios o componentes diversos, que no se explica por un solo elemento sino por la combinación o interrelación de todos ellos (6). En la salud, el término se percibe desde diversas perspectivas que han influido en la política y las prácticas de las últimas décadas, por aquellos factores determinantes y condicionantes del proceso de salud-enfermedad, como son los aspectos económicos, socioculturales, los estilos de vida y la experiencia personal, que influyen en la forma de enfermar y morir de un individuo. Por todo ello, la CV se encarga de evaluar el impacto físico y psicosocial de las enfermedades, disfunciones e incapacidades para un mejor conocimiento del paciente y su adaptación a los tratamientos y nuevas terapias (7). En 1994 la OMS la definió como “la percepción del 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 intereses (8).” Para los profesionales de la salud, el concepto de CV encierra una importancia trascendental en virtud de su interrelación con el bienestar de los pacientes y se convierte en un parámetro importante para el ejercicio profesional (9).

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es una noción más restringida que la CV, para Patrick y Erickson se trata de “el valor asignado a la duración de la vida, modificado por oportunidades sociales, percepciones, estados funcionales y discapacidad, provocados por enfermedades, accidentes, tratamientos o políticas” (6). La multidimensionalidad de la CVRS abarca aspectos subjetivos que parten de la percepción que cada persona tiene de los efectos de una enfermedad o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social (10).

En resumen podemos decir que la CVRS se centra en evaluar la influencia subjetiva del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción de la salud en la capacidad individual de lograr y mantener un nivel de funcionamiento que permita conseguir unos objetivos vitales y se reflejen en un bienestar general (11). Sin olvidarnos, que se trata de un proceso dinámico y cambiante, que no puede ser independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada

individuo (8). Por tanto, la CVRS incorpora la percepción del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones de la salud (8).

Los instrumentos que se utilizan para valorar la CVRS son herramientas descriptivas que, mediante una serie de ítems, permiten un acercamiento a la realidad cotidiana del paciente (12). Además evalúan una amplia gama de dimensiones y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías. La importancia de esta medición es que permite destacar el estado funcional del paciente reflejando su salud física, mental y social (13). Estos instrumentos pueden ser clasificados en cuestionarios genéricos y cuestionarios específicos.

Los cuestionarios genéricos, tienen la función de indagar en aspectos comunes de la CV, no están relacionados con ningún tipo de enfermedad y son aplicables a la población general y a grupos de pacientes, permitiendo realizar comparaciones entre ellos. Además la mayoría proporcionan un perfil cualitativo y/o cuantitativo de la CVRS de un individuo. Sin embargo, como no incluyen aspectos específicos para la evaluación de una determinada afección, pueden ser poco sensibles a los cambios (14). Dentro de éstos se encuentra el EuroQol-5D (EQ-5D).

Por otra parte los cuestionarios específicos están diseñados para evaluar aspectos propios de una enfermedad en particular y logran una mejor sensibilidad al cambio. Entre sus desventajas se encuentran que no son aplicables a la población general, con lo que no se pueden obtener valores de referencia y no permiten comparaciones entre diferentes enfermedades (10). Dentro de los cuestionarios específicos relacionados con el PD, nos encontramos con el NeuroQol y el DFS-SF, pero actualmente, ninguno de ellos se encuentra validado al español.

En la actualidad los estudios cualitativos realizados han confirmado las observaciones clínicas de que las úlceras en el PD tienen un enorme efecto negativo psicológico y social (reducción de las actividades sociales, aumento de las tensiones familiares) así como dificultades financieras. Por otra parte, los estudios cuantitativos efectuados están confirmando los resultados de los estudios cualitativos, sobre el efecto negativo que las úlceras en los pies producen en los pacientes tanto a nivel físico, como psicológico y social (15). Un estudio realizado en Suecia en el año 2000 destacó el impacto de las úlceras en PD

en la CVRS al compararlos con pacientes con úlcera cicatrizada y pacientes con amputación, sus resultados fueron que la CVRS era menor entre los pacientes con úlcera que sin úlcera y ésta a su vez disminuía en pacientes tras una amputación. Para medir la CVRS utilizaron el EQ-5D y concluyen que dicho instrumento, por si solo, puede ser una opción relevante en pacientes con PD y complicaciones en el pie ⁽¹⁶⁾. En otro estudio también realizado en Suecia en el año 2007, observaron que el aumento de grado en la clasificación de Meggit-Wagner, la edad elevada, tener DM II, el aumento de la duración de la úlcera y la presencia de más de una úlcera eran factores que disminuían la CVRS, mientras que el vivir con una pareja sana era la variable positiva más importante para mejorar la CVRS ⁽¹⁷⁾. En el año 2011 se realizó un estudio en España, cuyos resultados confirmaban que las mujeres con PD tenían una CVRS menor que los hombres, así como los pacientes con neuropatía; paradójicamente, la enfermedad vascular periférica no resultó tener un impacto negativo en la CVRS. En este estudio utilizaron el SF-36 para medir la CVRS ⁽¹⁸⁾.

El propósito de este proyecto de investigación es evaluar la CVRS de pacientes con PD y úlcera activa, mediante la utilización de un instrumento genérico, como es el EQ-5D a lo largo de la evolución de la úlcera, ya que el conocimiento de la CVRS de estos pacientes puede ser la clave para detectar grietas en la forma de proceder del personal enfermero que les atiende y determinar si nuestras actuaciones son suficientes o no, pudiendo así diseñar nuevos modelos de asistencia biopsicosociales que ayuden a los pacientes. Además la medición de la CVRS puede facilitar, a la larga, la disminución de los costos al permitir el apropiado monitoreo de los tratamientos y de controles periódicos así como de las técnicas de autocuidado, pudiéndose seleccionar, de forma individual, los que resulten mejores en la práctica clínica y menos costosos.

De esta manera, la investigación de la CVRS en pacientes con PD y úlcera activa tratados en la Unidad de Pie Diabético del Hospital de Cruces, se vuelve crucial para la comprensión del curso de ésta complicación y para la búsqueda de estrategias propias que promuevan el bienestar físico, psíquico y social de estos individuos, favoreciendo así, la planificación de intervenciones terapéuticas dirigidas a los mismos. Siendo el propósito fundamental de la utilización y medición de la CVRS proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la

atención sanitaria. Además podremos saber si la utilización de un único instrumento general, pero muy simple y rápido a la hora de llevarlo a cabo, como el EQ-5D, es aceptable para conocer la CVRS en pacientes con PD durante la evolución de la úlcera.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVO GENERAL:

- Analizar la CVRS de los pacientes con PD a lo largo de la evolución de la lesión, atendidos en la Unidad de Pie Diabético del Hospital de Cruces, mediante la utilización del cuestionario genérico EQ-5D.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Evaluar si el EQ-5D es útil por si solo para conocer la CVRS de los pacientes con PD, durante la evolución de la úlcera.
- Identificar que factores son los que más modifican la CVRS durante la evolución de la herida.
- Entender la repercusión que el grado de ulceración tiene en la CVRS de éstos pacientes.

HIPÓTESIS

“La CVRS de los pacientes con PD varía a lo largo de la evolución de la úlcera.”

METODOLOGÍA

Para poder llevar a cabo este trabajo se realizará un estudio analítico prospectivo de pacientes con diagnóstico de PD atendidos en la Unidad de Pie Diabético del Hospital de Cruces, de entre 40-75 años, que ingresan para tratamiento de una nueva úlcera, que en la clasificación de Meggit-Wagner se encuentren entre el grado 1 y 5. (Ver anexo 1)

Variables

Dependientes:

- Grado de ulceración: Según la clasificación de Meggit-Wagner del 1 al 5. (Cualitativa ordinal)
- La CVRS, cuya medición se realizará mediante el instrumento genérico EQ-5D. Primera parte. (cualitativa ordinal). Segunda parte. (Cuantitativa continua)
- Tiempo de evolución de la lesión: Se medirá en días. (Cuantitativa discreta)

Independiente:

- Edad: Se registra la fecha de nacimiento. (Cuantitativa discreta)
- Sexo: Hombre o mujer. (Cualitativa dicotómica)
- Estado civil: Soltero, casado, divorciado, viudo, otros. (Cualitativa nominal)
- Situación laboral: Activo, jubilado, otros. (Cualitativa nominal)
- Repercusión de la úlcera en sus relaciones sociales: Si/no. (Cualitativa dicotómica)
- Apoyo familiar: Vive con sus hijos, con su pareja, con otros (familiares, amigos), vive solo con hijos próximos, vive solo sin hijos o alejados. (Cualitativa nominal)
- Apoyo social: Si/no. (Cualitativa dicotómica)

La muestra, basándonos en la bibliografía revisada, podría ser de unos 120 pacientes. Sin embargo, para confirmar la misma, previamente, se realizará un estudio piloto con 10 pacientes. Se reclutarán a los pacientes durante su primera visita a la consulta de pie diabético para el tratamiento de una nueva úlcera.

La duración del estudio será de 24 meses.

Los datos se recogerán de forma individual, al ingreso del paciente en la unidad, al de un mes y al de tres meses o al alta del paciente por curación de la herida, mediante la historia clínica de los pacientes y la utilización de 3 instrumentos:

1.- Cuestionario general donde se recogerán datos como: edad, sexo, estado civil, situación laboral, tiempo de evolución de la herida, repercusión de la úlcera en sus relaciones sociales, apoyo familiar y apoyo social. (Ver anexo 2)

2.- Clasificación de Meggit-Wagner: La decisión de utilizar esta clasificación es porque debido a su simplicidad se ha convertido en el sistema más ampliamente citado y utilizado (19). Consiste en la utilización de 6 categorías o grados, donde cada grado describe un tipo de lesión. Los tres primeros grados recogen como descriptor principal la profundidad, el cuarto recoge como descriptor adicional la infección y los dos últimos incluyen la enfermedad vascular. Además en la clasificación se incluyen para cada uno de los grados, una serie de características que ayudan al clínico en el estadiaje. Como el grado 0 se trata de un pie sin riesgo, no va a ser tenido en cuenta para la realización de nuestro estudio. (Ver anexo 1)

3.- EQ-5D: Como ya hemos dicho previamente, se trata de un instrumento genérico de medición de la CVRS, que está adaptado y validado para su uso en España, existiendo incluso versión en catalán y en euskera. Mediante este instrumento es el propio individuo quien valora su estado de salud. Consta de cuatro partes, pero para el estudio que queremos realizar solo se utilizarán las dos primeras: la primera refleja el estado de salud en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión). El entrevistado debe elegir para cada una de ellas entre tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos/moderados problemas y muchos problemas) que describan su estado de salud en el día en que se le realiza la entrevista. Cada respuesta se codifica como 1, 2 ó 3 respectivamente. Con estos datos se establece el estado de salud del individuo mediante un número de 5 dígitos (uno por cada dimensión estudiada). Cada uno de los componentes de este número puede adoptar, por tanto, los valores 1, 2 ó 3. Con este sistema se pueden codificar 243 diferentes estado teóricos de salud, que se excluyen mutuamente. La segunda parte se trata de una escala visual analógica (EVA), vertical de 20 cm de longitud, graduada de 0 a 100 y con los rótulos “peor estado de salud imaginable” y “mejor estado de salud imaginable” en las puntuaciones 0 y 100 respectivamente (14). (Ver anexo 3)

En un estudio dirigido a PD con úlceras en los pies, utilizaron esta escala y llegaron a la conclusión de que puede ser útil para conocer la CVRS de pacientes diabéticos con

complicaciones del pie, aunque únicamente nos sirvamos de este instrumento (16). Según el grupo EuroQol, dicho instrumento puede ser utilizado para monitorizar el estado del paciente en diferentes momentos en el tiempo (20). Por otro lado se trata de un instrumento de rápida y sencilla cumplimentación y puede ser remitido por correo, realizarse telefónicamente o mediante una entrevista.

En nuestro estudio se llevará a cabo en forma de entrevista en la consulta y si no coincide el tiempo en el que hay que recoger los datos con una consulta, se realizará de forma telefónica.

Soy consciente de que al tratarse de un instrumento genérico, su capacidad discriminativa y su sensibilidad será menor en relación a un instrumento específico de CVRS de PD, pero en la actualidad, ni el NeuroQol, ni el DFS-SF, se encuentran validados al español.

Criterios de inclusión

Hombres y mujeres diagnosticados de PD, atendidos en la Unidad de Pie Diabético del Hospital de Cruces, con edades comprendidas entre los 40 y 75 años.

Criterios de exclusión

Pacientes con deterioro cognitivo severo o cualquier otra alteración que pueda producir dificultades en la comunicación e impedir la cumplimentación del cuestionario.

ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se solicitará la aprobación del proyecto al Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital de Cruces, respetando la normativa actual vigente.

Para llevar a cabo esta investigación se respetará el derecho de los individuos a participar o no en la misma, para ello se les proporcionará una hoja de consentimiento informado (Ver anexo 4), así como una hoja de firma de consentimiento informado que deberán firmar para poder participar en el estudio (Ver anexo 5).

Al entregarle el consentimiento informado, el investigador proporcionará al paciente información oral y escrita a cerca del estudio en un formato en que el paciente pueda leer y entender sin dificultad. Teniendo siempre presente que los datos obtenidos serán guardados de tal forma que no se pueda reconocer al paciente, manteniendo la confidencialidad de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Además el paciente tendrá libertad para abandonar el estudio en cualquier momento.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis estadístico se utilizará el programa informático “R”.

En las variables cuantitativas se emplearán medidas de tendencia central, dispersión y posición, mientras que para las variables cualitativas se realizará el cálculo de frecuencias relativas. Los principales estimadores se presentarán con sus intervalos de confianza para el 95% de seguridad (IC 95%).

La comparación entre los datos cualitativos se realizará mediante el Chi-cuadrado y los datos cuantitativos mediante la t de Student.

Para comprobar las posibles diferencias entre los diferentes momentos de la recogida de datos, se realizará un test de comparación para muestras relacionadas (t de Student o test de Wicoxon en caso de falta de ajuste a una distribución normal)

PLAN DE TRABAJO

La duración total del estudio será de 12 meses.

PRIMER PERÍODO (Durante el primer mes):

En este período se pedirá permiso formalmente al responsable del centro elegido y se preparará el material necesario para proceder posteriormente a la recogida de datos.

SEGUNDO PERÍODO (Del segundo al séptimo mes):

Una vez completado el material de trabajo necesario, se procederá a la realización del estudio piloto, que nos ayudará a identificar problemas operativos y dificultades que pudieran hacer peligrar la viabilidad del mismo.

TERCER PERÍODO (Del octavo al doceavo mes):

Este será el último período y se procederá al análisis y discusión de los resultados obtenidos, así como a la elaboración de un informe final.

BENEFICIOS DE ESTA INVESTIGACIÓN

Como ya he comentado anteriormente, el PD constituye un gran reto para la enfermería, por el gran problema social que constituye y porque supone una gran carga emocional y económica para quienes la padecen, para sus familias, así como para el sistema de salud. En la práctica clínica estamos viendo como en poco tiempo la diversidad de terapias están aumentando exponencialmente, no obstante, en ocasiones la evolución de las lesiones se alargan en el tiempo y en complejidad, lo que produce una alteración a nivel personal y social de las personas con este tipo de lesiones. El conocimiento de la CVRS de los pacientes con PD y úlcera activa, puede ofrecer a la enfermería una información adicional sobre la actuación de las diferentes terapias que utilizamos en las lesiones de PD, ya que consiste en la evaluación global de las consecuencias que la aparición de úlceras y su evolución, así como sus tratamientos, ocasionan en la vida cotidiana de los pacientes.

Es necesario conocer la CVRS en éste tipo de pacientes, ya que al identificarnos sus propios problemas nos facilitan la toma de decisiones compartidas con el enfermo, pudiendo determinar el mejor tratamiento disponible para cada paciente. De esta forma se realizaría una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de los tratamientos ejercidos, con la finalidad de evaluar la eficiencia de los mismos y mejorar la calidad de la atención sanitaria.

Si nuestra intención es aumentar la capacidad funcional y el bienestar de las personas y no solo limitarnos a la fisiopatología, debemos incorporar los instrumentos de medida de la CVRS de manera sistemática en nuestra práctica clínica. Para ello el EuroQol, podría ser un buen instrumento para ser utilizado en la práctica clínica, si se ve que es efectivo para este tipo de pacientes, pues se trata de un instrumento rápido y sencillo de cumplimentar e interpretar en el día a día.

Además, la medición de la CVRS posibilita la disminución de los costos, al permitir la prevención de los problemas de salud y el apropiado monitoreo de los tratamientos, los medicamentos y las técnicas de autocuidado.

En definitiva, investigar la CVRS en pacientes con PD y úlcera activa, es decisivo para la comprensión del curso de ésta complicación y la búsqueda de estrategias que promuevan el

bienestar físico, psíquico y social de éstos, favoreciendo la planificación de intervenciones terapéuticas dirigidas a los mismos. El reconocimiento de la importancia de estos factores y el compromiso con la calidad de vida pueden dirigir mejor la práctica de la enfermería y de otros profesionales que actúan directamente con este tipo de pacientes y sus familiares.

MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS

CONCEPTO	COSTE
Medios necesarios:	
EuroQol-5D	700 €
Gastos de bienes y servicios:	
- Material inventariable:	
• Impresora láser	400 €
• Ordenador portátil	600 €
-Material fungible:	
• Folios	100 €
• Cartuchos de toner	100 €
• CD-ROM	20 €
Otros gastos:	
-Búsqueda bibliográfica	200 €
-Teléfono	150 €
-Transporte	200 €
TOTAL GASTOS	2470 €
Medios disponibles	
-Biblioteca:	
Revistas y libros	0 €
-Programa informático R	0 €
-Investigador principal: Enfermera	0 €
TOTAL GASTOS	0 €

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007
2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08
3. Reparaz Asensio L, Sánchez García-Cervigón P. El pie del diabético. *An Med Interna*. 2004;21(9):417-419
4. Tizón Bouza E, Dovale Robles MN, Fernández García MY, Fernández Veiga C, López Vilela M, Mouteira Vázquez M et al. Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético. *Aten Primaria*. 2004;34(5):263-71
5. Marinello J, Blanes JI, Escudero JR, et al. Consenso de la SEACV sobre el pie diabético. *Angiología*. 1997;5:193-230
6. Fernández-Mayoralas G, Rojo Pérez F. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*. 2005;5:117-135
7. Cardona D, Agudelo HB. Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2005;1(23):79-90
8. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*. 2003;9(2):9-21
9. González-Consuegra RV, Verdú J. Calidad de vida relacionada con heridas crónicas. *Gerokomos*. 2010;21(3):131-139
10. Badia X. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterol Hepatol*. 2004;27(Supl 3):2-6
11. Tizán L. La calidad de vida relacionada con la salud. *Aten Primaria*. 2009;41(7):411-416
12. Martín-Paredero V, Arrébola-López M, Berga-Fauria C, et al. Impacto en la calidad de vida. *Angiología*. 2003;55(Supl 1):S250-S259
13. Tiesca Molina R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.). 2005;21:76-86

14. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Medicina Clínica*. 1999;112(Supl 1):79-85
15. Goodridge D, Tepman E, Embil JM. Health-Related Quality of Life in Diabetic Patients with foot ulcers: Literature Review. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2005; 32(6):368-377
16. Ragnarson Tennvall G, Apelqvist J. Health-related quality of life in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *Journal of Diabetes and Its Complications*. 2000;14:235-241
17. Ribu L, Hanestad BR, Moum T, Birkeland K, Rustoen T. Health-related quality of life among patients with diabetes and foot ulcers: association with demographic and clinical characteristics. *Journal of Diabetes and Its Complications*. 2007;21:227-236
18. García-Morales E, Lázaro-Martínez JL, Martínez Hernández E, et al. Impact of Diabetic Foot Related Complications on the Health Related Quality of Life (HRQol) of Patients - A Regional Study in Spain. *Int J Low Extrem Wounds*. 2012;11:187-193
19. Bowker JH, Pfeifer MA. *El Pie Diabético*. 7 ed. Barcelona: Elsevier 2008. p.595-596
20. Rabin R, De Charro F. EQ-5D: a measure of health status form the EuroQol Group. *Ann Med*. 2001;33:337-343
21. Wagner JW. The dysvascular foot: a system of diagnosis and treatment. *Foot Ankle*. 1981; 2:64-122

ANEXOS

ANEXO 1: CLASIFICACIÓN DE MEGGIT-WAGNER ⁽²¹⁾

GRADO	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, deformidades óseas, cabezas metatarsianos prominentes, dedos en garra.
I	Úlceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel.
II	Úlcera profunda	Penetra la piel, grasa, ligamentos pero sin afectar al hueso. Infectada.
III	Úlcera profunda más absceso (osteomielitis)	Extensa y profunda, secreción mal oliente.
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón o planta.
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, repercusión sistémica.

Wagner FW. The dysvascular foot: a system of diagnosis and treatment. Foot Ankle. 1981; 2:64-122

ANEXO 2: HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

Cuestionario general:

1. Fecha de nacimiento: ___/___/___

2. Sexo:

2.1. Hombre

2.2. Mujer

3. Estado civil:

3.1. Casado

3.2. Soltero

3.3. Divorciado

3.4. Viudo

3.5. Otros

4. Situación laboral:

4.1. Activo

4.2. Jubilado

4.3. Otros

5. Tiempo de evolución de la herida (en días):

6. Grado de ulceración según la clasificación de Meggit-Wagner:

6.1. Grado I

6.2. Grado II

6.3. Grado III

6.4. Grado IV

6.5. Grado V

7. Repercusión de la úlcera en sus relaciones sociales:

7.1. Si

7.2. No

8. Apoyo familiar:

8.1. Vive con sus hijos

8.2. Vive con su pareja

8.3. Vive con otros (familiares, amigos)

8.4. Vive solo, con hijos próximos

8.5. Vive solo, sin hijos o alejados

9. Apoyo social:

9.1. Si

9.2. No

ANEXO 3: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EUROQOL-5D

A: ¿CUÁL ES SU CALIDAD DE VIDAD?

Con estas preguntas conoceremos cual es su estado de salud. Debe marcar con un círculo la respuesta de cada apartado que mejor describa SU ESTADO DE SALUD EN EL DIA DE HOY.

1. Movilidad

- 1.1. No tengo problemas para camina
- 1.2. Tengo algunos problemas para caminar
- 1.3. Tengo que estar en casa

2. Cuidado personal

- 2.1. No tengo problemas con el cuidado personal
- 2.2. Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- 2.3. Soy incapaz de lavarme o vestirme

3. Actividades cotidianas (p.ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- 3.1. No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- 3.2. Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- 3.3. Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

4. Dolor/Malestar

- 4.1. No tengo dolor ni malestar
- 4.2. Tengo moderado dolor o malestar
- 4.3. Tengo mucho dolor o malestar

5. Ansiedad/Depresión

5.1. No estoy ansioso ni deprimido

5.2. Estoy moderadamente ansioso o deprimido

5.3. Estoy muy ansioso o deprimido

B: EL “TERMÓMETRO DE LA SALUD”

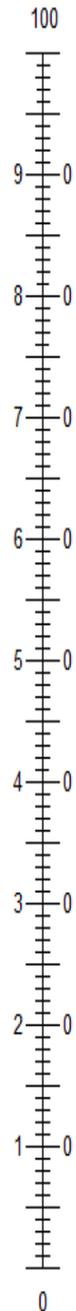
TEMÓMETOR EUROQOL DE AUTOEVALUACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 en mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

SU ESTADO
DE SALUD HOY

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice “su estado de salud hoy” hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

El mejor estado de salud
imaginable



El peor estado de salud imaginable

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Está invitado a participar en un estudio de investigación sobre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con pie diabético. Este proyecto es realizado por Zohartze Larizgoitia y el propósito del mismo es conocer aquellos factores que pueden alterar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con pie diabético y úlcera activa a lo largo de la evolución de la misma.

La realización de dicho estudio no le ocasionará daño o perjuicio alguno y podrá ser de utilidad para mejorar la calidad de vida de las personas que, como usted, se encuentren en la situación arriba mencionada.

La participación de este estudio es voluntaria. La información que usted nos aporte será confidencial y será únicamente utilizada para los objetivos de este estudio. Usted podrá dejar de participar en el estudio en el momento que lo desee sin que esto tenga ningún tipo de consecuencia para usted.

Como parte de la investigación se le requerirá que conteste a un cuestionario cuya cumplimentación no requerirá más de media hora. Dicho cuestionario se le realizará al ingreso, al mes y al de 3 meses o cuando se le de el alta por mejoría de la lesión.

