UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LOS PACIENTES DE LOS HOSPITALES DE CORONEL PORTILLO, 2017"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

CLAUDIA CRISTINA SILVA BARDALES

PUCALLPA, AGOSTO DEL 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR EL JURADO EVALUADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

.....
DR. TOMAS NOEL SANTANA TELLEZ
Presidente

.....
M.C. Mg.TOMAS AMAYO LIMA
Miembro

.....
Dra. JOSEFA LOPEZ CARDENAS
Miembro

.....
M.C. LUIS ALBERTO VICENTE YAYA
Asesor

.....
BACH. CLAUDIA CRISTINA SILVA BARDALES
Tesista

REPOSITORIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo,_____

Autor de la TESIS titulada:

_____

_____

_____

_____

Sustentada el año: _____

Con la asesoría de:_____

En la Facultad: _____

Escuela profesional de: _____

Autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali, bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas.

Tercero: Autorizo la publicación,

☐ **Total** (significa que todo el contenido de la tesis en PDF será compartido en el repositorio)

☐ **Parcial** (significa que solo la caratula, la dedicatoria y el resumen en PDF será compartido en el repositorio)

De mi TESIS de investigación en la página web del Repositorio Institucional de la UNU

En señal de conformidad firmo la presente autorización.
Fecha: ____ / ___/ _____

Email: _____ Firma: _____
Teléfono: _____ DNI: _____

PORTADA

1.1 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LOS PACIENTES DE LOS HOSPITALES DE CORONEL PORTILLO, 2017.

1.2 ÁREA DE LA INVESTIGACIÓN:

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.

1.3 AUTORA:

CLAUDIA CRISTINA SILVA BARDALES
Bachiller en Medicina Humana de la Facultad de Medicina Humana de la UNU.

1.4 ASESOR:

M.C. LUIS ALBERTO VICENTE YAYA
Médico asistencial del Hospital II de Pucallpa
Docente de la Facultad de Medicina Humana de la UNU.

1.5 INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS:

HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.

HOSPITAL ESSALUD II DE PUCALLPA.

HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA.

DEDICATORIA

A Dios, por su amor incondicional y apoyarme en los momentos más difíciles que tuve que afrontar.

A mis queridos padres, por su amor y motivarme desde el inicio de este sueño y vivir la suya dedicados a mí.

A mis hermanos, en especial a mi hermana Andrea por apoyarme tanto y consentirme, a ti Raúl por ser quien me ayudó a concluir lo iniciado hace muchos años y cuidar de mi familia incondicionalmente.

A ti Neny, gracias por estar conmigo en todo este tiempo donde he vivido momentos felices y tristes.

AGRADECIMIENTO

Agradecer sinceramente a mi asesor de tesis Dr. Luis Alberto Vicente Yaya, por confiar en este trabajo, por su disposición de asesorarme, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación. Así como sentirme en deuda por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado esta tesis.

También mi agradecimiento a cada uno de los maestros, quienes con su experiencia, tiempo, dedicación y conocimientos enriquecieron mi formación.

ÍNDICE

PORTADA		**iv**
DEDICATORIA		**v**
AGRADECIMIENTO		**vi**
ÍNDICE		**vii**
RESUMEN		**ix**
INTRODUCCIÓN		**xiii**
CAPÍTULO I: PROBLEMA		**1**
1.1	**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**	**1**
1.2	**FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**	**2**
1.3	**OBJETIVO: GENERAL Y ESPECÍFICOS**	**3**
1.4	**JUSTIFICACIÓN**	**3**
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO		**5**
2.1	**ANTECEDENTES**	**5**
2.2	**BASES TEORICAS**	**10**
2.3	**HIPOTESIS**	**21**
2.4	**VARIABLES DE ESTUDIO**	**22**
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN		**23**
3.1	**ÁMBITO DE ESTUDIO**	**23**
3.2	**TIPO DE INVESTIGACIÓN**	**23**
3.3	**NIVEL DE INVESTIGACIÓN**	**23**
3.4	**MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**	**23**
3.5	**DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**	**23**
3.6	**POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO**	**24**
3.7	**TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**	**25**
3.8	**PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**	**28**
3.9	**TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**	**28**

CAPÍTULO IV: RESULTADOS **29**
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS **29**
4.2 DISCUSIÓN **34**
CONCLUSIONES **37**
RECOMENDACIONES **38**
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **39**
ANEXOS **45**

RESUMEN

OBJETIVO*:* Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes mellitus en pacientes de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017.

METODOS: Estudio es descriptivo, cuantitativo, transversal, en el cual se evaluó pacientes que acudieron a los Hospitales. Se empleó la técnica de muestreo estratificado proporcionado, el tamaño de la muestra fue 572; 69 del hospital Amazonico de Yarinacocha, 149 del Hospital Regional de Pucallpa y 356 del Hospital EsSalud-II de Pucallpa. La técnica de recolección de datos fue cuestionario, para evaluar el nivel de conocimientos se utilizó el instrumento Diabetes Knowledge Questionnaire 24 (DKQ24), para evaluar las prácticas de autocuidado en diabetes se utilizó el instrumento Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA), Para evaluar las actitudes en diabetes se utilizara el instrumento Diabetes Attitude Scale-3 de (DAS-3sp) de los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2.

RESULTADOS: El promedio de edad de los pacientes fue de 46.7 años. El 50.9 % de los encuestados son del sexo femenino, El 44.9% de los entrevistados son convivientes, el grado de instrucción el 37.7% tiene estudios universitarios, Tiempo de enfermedad fue de 4.9 ± 4.86 años, el 70.8% usan antidiabéticos orales, el 83.7%refieren tener un tratamiento regular, con respecto a las comorbilidades el (22.5%) reporto Hipertensión arterial. La puntuación global media obtenida DQK-24 fue 11± 3.1 de 24, solo 15 pacientes (2.6%) respondieron adecuadamente el cuestionario de conocimientos. Las actividades de autocuidado realizadas por los participantes evaluados a través de (SDSCA), revelaron que en los ítems de dieta "Alimentación saludable semanal" (58.3%),"Dieta saludable semanal" (67.5%) y "Consumo de frutas y/o verduras" (50.6%) la mayoría de los pacientes presentaba un comportamiento de autocuidado adecuado. Los ítems de ejercicio "Actividad física mínima" (20.4%), "Sesión específica de actividad física" (14.3%) y control de la glucemia, "Análisis de glucosa en sangre semanal" (18.2%) y "Análisis de glucosa acorde a las recomendaciones" (15%), mostraron que los pacientes presentaban un comportamiento de autocuidado inadecuado. Respecto al instrumento (DAS – 3sp), en nuestro estudio el puntaje medio más alto 3.2 en la

valoración del control estricto y el puntaje medio más bajo 2.5 en la necesidad de entrenamiento especial.

CONCLUSIONES: Nivel de conocimientos de la diabetes fue inadecuado, solo el 2.6% respondió adecuadamente el cuestionario. Las actitudes hacia la diabetes, los pacientes le dan mayor importancia a la "valoración del control estricto" y menor importancia a la "necesidad de entrenamiento especial "Las prácticas de autocuidado, Los ítems de dieta revelaron que la mayoría de los pacientes presentaba un comportamiento adecuado. Los ítems de ejercicio y control de la glucemia mostraron que las conductas de autocuidado son inadecuadas. Con respecto a la dimensión de, mostraron que la mayoría de los pacientes presentaba un comportamiento de autocuidado inadecuado.

PALABRAS CLAVE: conocimientos; actitudes; autocuidado, diabetes mellitus.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the level of knowledge, attitudes and practices about diabetes mellitus in patients of Coronel Portillo Hospitals, 2017.

METHODS: This is a descriptive, quantitative, cross-sectional study in which patients who attended the Hospitals were evaluated. The stratified sampling technique provided was used, the sample size was 572; 69 of the Amazonico hospital of Yarinacocha, 149 of the Regional Hospital of Pucallpa and 356 of the Hospital EsSalud-II of Pucallpa. The data collection technique was a questionnaire, to assess the level of knowledge the Diabetes Knowledge Questionnaire 24 instrument was used (DKQ24), to evaluate the self-care practices in diabetes the instrument was used Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA) to evaluate attitudes in diabetes, the Diabetes Attitude Scale-3 instrument (DAS-3sp) of patients with type 2 diabetes mellitus will be used.

RESULTS: The average age of the patients was 46.7 years. 50.9% of respondents are female, 44.9% of respondents are cohabitants, the educational level 37.7% have university studies, Disease time was 4.9 ± 4.86 years, 70.8% use oral antidiabetics, 83.7 % reported having a regular treatment, with respect to comorbidities (22.5%) reported arterial hypertension. The average global score obtained DQK-24 was 11 ± 3.1 of 24, only 15 patients (2.6%) responded adequately the knowledge questionnaire. The self-care activities carried out by the participants evaluated through (SDSCA), revealed that in the diet items "Weekly Healthy Eating" (58.3%), "Weekly Healthy Diet" (67.5%) and "Fruit Consumption and / or vegetables "(50.6%) the majority of the patients presented an adequate self-care behavior. The items of exercise "Minimal physical activity" (20.4%), "Specific session of physical activity" (14.3%) and control of blood glucose, "Weekly blood glucose analysis" (18.2%) and "Glucose analysis according to the recommendations "(15%), showed that the patients presented an inadequate self-care behavior. Regarding the instrument (DAS - 3sp), in our study the highest average score 3.2 in the assessment of strict control and the lowest average score 2.5 in the need for special training.

CONCLUSIONS: Level of knowledge of diabetes was inadequate, only 2.6% responded adequately to the questionnaire. Attitudes toward diabetes, patients give greater importance to the "assessment of strict control" and less importance to the "need for special training" Self-care practices, Diet items revealed that most patients had a behavior suitable. The items of exercise and blood glucose control showed that self-care behaviors are inadequate. With regard to the dimension of, they showed that the majority of patients presented inappropriate self-care behavior.

Keywords: knowledge; attitudes; self-care, diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

Según la organización mundial de la salud, las enfermedades no transmisibles, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, matan a 38 millones de personas cada año.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el Perú en el año 2014 fueron reportados 86 610 casos de diabetes mellitus (3,2%) de la población de 15 y más años de edad. Según sexo, el 3,6% de la población femenina padece de diabetes y el 2,9% de la masculina. Por región natural, el mayor porcentaje de personas con diabetes se ubica en Lima Metropolitana con 4,5% y el menor porcentaje en la Sierra con 2,0%.

Las personas con diabetes corren el riesgo de desarrollar una serie de problemas de salud que pueden provocar discapacidad o la muerte, por ello es importante que tengan los conocimientos de la enfermedad, realice prácticas de autocuidado y una actitud positiva de ese modo se prevengan las complicaciones de la enfermedad.

La importancia del conocimiento en el paciente diabético es lo que motivo el desarrollo de este estudio. El presente estudio consta de cuatro capítulos: CAPITULO I: se considera el planteamiento, formulación, objetivos y justificación del problema. CAPITULO II: se considera antecedentes, base teóricas, hipótesis, variables de estudio. CAPITULO III: Se considera ámbito, tipo, nivel, método, diseño de investigación, población, muestra, muestreo, técnicas e instrumentos, procedimiento de recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de datos. CAPITULO IV: presentación de resultados y análisis de datos.

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Según la organización mundial de la salud, las enfermedades no transmisibles, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, matan a 38 millones de personas cada año.[1]

La enfermedad de la Diabetes Mellitus se puede encontrar en todos los países. Sin programas de prevención y gestión eficaces, la carga continuara aumentando en todo el mundo.[2]

La Federación Internacional de Diabetes en el año 2014, estimo que más de 387 millones de personas viven con diabetes mellitus y que 4.9 millones de personas mueren por causa de la misma. A nivel mundial, se estima que para el año 2035 el número de personas diabéticas se incrementara a 592 millones.[3]

La prevalencia de la diabetes mellitus en América Central y del Sur es de más de 24 millones de personas adultas con Diabetes. Puerto rico tiene la mayor prevalencia de diabetes en el adulto (13%), seguido de Nicaragua (12,4 %), Republica dominicana (11,3%) y Guatemala (10,9%). Brasil tiene el mayor número de personas con diabetes 11.9 millones, seguido de Colombia 2.1 millones, Argentina 1,6 millones y Chile 1.3 millones, cifras valoradas según la Federación Internacional de Diabetes.[4]

El número de personas con diabetes mellitus está creciendo rápidamente en nuestro país y la causa principal de su veloz incremento es el importante cambio en el estilo de vida de la población peruana, caracterizada por una ingesta excesiva de alimentos de alto contenido calórico como la “comida chatarra” y las bebidas azucaradas, así como una reducción de la actividad física que conllevan a altas tasas de sobrepeso y obesidad.[5]

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el Perú en el año 2014 fueron reportados 86 610 casos de diabetes mellitus (3,2%) de la población de 15 y más años de

edad. Según sexo, el 3,6% de la población femenina padece de diabetes y el 2,9% de la masculina. Por región natural, el mayor porcentaje de personas con diabetes se ubica en Lima Metropolitana con 4,5% y el menor porcentaje en la Sierra con 2,0%.[6]

Las personas con diabetes corren el riesgo de desarrollar una serie de problemas de salud que pueden provocar discapacidad o la muerte. Los niveles constantemente altos de glucosa en sangre pueden conducir a enfermedades graves que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios.[4]

Entre las complicaciones de la Diabetes Mellitus destacan las lesiones por pie diabético, que representan un problema mayor de salud pública. Según la Federación Internacional de Diabetes en el año 2012, la prevalencia del pie diabético está situada entre el 8% y 13% de los pacientes con diabetes mellitus. Esta entidad clínica afecta mayormente a la población diabética entre 45 y 65 años. La incidencia de amputaciones en pacientes diabéticos se sitúa entre 2,5-6/1000 pacientes/año.[7]

Estudios sobre la calidad de la atención a la salud muestran que los pies de las personas con diabetes no son examinados en la mayoría de las consultas en ambulatorio, situación que puede explicar parcialmente la falta de detección precoz de los problemas de los pies, neuropatías, micosis y problemas de isquemia. Se estima que el 85% de todas las amputaciones podrían ser prevenidas si los pacientes cuidaran de sus pies, haciendo la evaluación diaria y adoptando medidas de prevención para, así, disminuir la magnitud y la incidencia del problema.[8,9]

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema principal:

1. ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017?

Problemas secundarios:

1. ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017?

2. ¿Cuál es el nivel de actitudes sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017?
3. ¿Cuáles son las prácticas sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017?

1.3 OBJETIVO: GENERAL Y ESPECÍFICOS

a) Objetivo General

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017

b) Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017
2. Determinar nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017
3. Evaluar las prácticas sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017
4. Evaluar las actitudes sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017

1.4 JUSTIFICACIÓN

Según la OMS, en el mundo hay más de 387 millones de personas con diabetes.[10] Además se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencias directas de la diabetes, más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios.[11] Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030.[12]

Actualmente la prevalencia de diabetes en las Américas varía entre 10 y 15 %, en el Perú esta se estima en 5,5 %. La cual se encuentra en aumento, debido al incremento de factores como la obesidad, el sobrepeso, el sedentarismo y los hábitos inadecuados de alimentación. En el Perú, la Diabetes Mellitus, es una enfermedad que afecta a casi 2 millones de personas y es

la décimo quinta causa de mortalidad en el Perú, de enero a julio del 2014 se han registrado en los establecimientos de salud Minsa 86 610 casos de diabetes mellitus.[13]

La educación sanitaria en el cuidado de los pies de los diabéticos, así como la cuantificación del riesgo son aspectos que se deben incorporar en los planes de cuidados y autocuidado; la detección de los posibles factores de riesgo es un paso previo imprescindible para evitar las complicaciones del pie diabético.

En un estudio realizado en Trujillo, en el Hospital Albrecht, por Sanchez-Uriol se encontró que el 95% de los pacientes que asisten al programa de pie diabético tienen un alto conocimiento del cuidado de los pies, mientras que un 5% tiene un nivel medio de conocimientos, sin embargo la aplicación de las medidas de autocuidado de los pacientes adultos que asisten al Programa de pie diabético muestra que solo el 3% de los pacientes tiene un nivel alto de medidas de autocuidado, mientras que el 97% posee un nivel medio de medidas de autocuidado, lo que indica que el paciente con pie diabético tiene muchas veces las capacidades para el autocuidado, pero en ocasiones no son desarrolladas por varias razones como: el olvido, factores de tiempo, falta de apoyo familiar, inaccesibilidad del lugar en otras ocasiones pueden ser realizadas hasta ciertos grados de manera parcialmente debido que el paciente no solamente padece la enfermedad sino a la vez tiene complicaciones con la diabetes, discapacidad y esto afecta las estructuras del organismo.[14]

Con respecto a estudios realizados en la región de Ucayali, se han descrito reportes sobre depresión y adherencia al tratamiento en pie diabético [15], así como reporte epidemiológico sobre pacientes con pie diabético durante el 2013. [16] En los hospitales Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha, encontrando que el 83,3 % y 93,8% de pacientes con más de 5 años de enfermedad eran varones correspondientes al Hospital Amazonico de Yarinacocha y mujeres provenientes del Hospital Regional de Pucallpa, respectivamente. Asimismo el 31,49% de las mujeres presentaron un estadio de Wagner III en contraste con los varones quienes el 33% de ellos tuvieron una mayor prevalencia de Wagner I. Sin embargo a pesar de los estudios previos realizados sobre pie diabético no existen reportes sobre niveles de conocimientos, las actitudes y prácticas realizadas por estos pacientes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Investigaciones extranjeras

En el trabajo presentado por Kueh YC, Morris T, Borkoles E, Shee H.2015. Realizado en Australia. Titulado **"Modelling of diabetes knowledge, attitudes, self-management, and quality of life: a cross-sectional study with an Australian sample"** cuyo objetivo fue examinar un modelo que describe la relación entre el conocimiento de la diabetes, las actitudes, el autocuidado y la calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2. El estudio fue de tipo transversal realizado en 291 pacientes, se aplicaron 4 instrumentos: el primero orientado a evaluar conocimientos de Diabetes (Diabetes Knowledge Scale), actitudes (Diabetes Integration Scale -19), autocuidado (Summary of Diabetes Self-care Activities Scale), y calidad de vida (Diabetes Quality of Life Scale).

La conclusión a la que se llegó fue la siguiente:

1. El modelo final reveló que, el conocimiento de la diabetes fue un predictor significativo de las actitudes y el autocuidado en términos de análisis de glucosa en sangre.
2. Las actitudes fueron un predictor significativo para el autocuidado en términos de dieta.
3. El autocuidado en relación a análisis de glucosa en sangre era un predictor significativo del impacto de la calidad de vida, y el autocuidado en relación a la dieta fue un predictor significativo de la satisfacción y el impacto de la calidad de vida.[17]

El trabajo presentado por López-Quiroz Marbella, Narváez-Aburto Oxana de los Ángeles. Realizado en Nicaragua. Titulado "Conocimientos y actitudes de diabetes mellitus en usuarios de dispensarizados del centro de salud y policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el período de octubre del año 2015", cuyo objetivo fue de conocer el nivel de

conocimiento y actitudes sobre diabetes mellitus en pacientes dispensarizados del centro de salud Francisco Morazán en el período de octubre del 2015. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, aplicados a Pacientes mayores de 30 años, hombres y mujeres con diagnóstico de Diabetes Mellitus atendidos en dispensarizados del centro de salud y policlínico Francisco Morazán, con un universo de 1,245 pacientes que padecen de diabetes tipo II y que son atendidos en dispensarizados, se hizo un muestreo no probabilístico, por conveniencia donde la encuesta se realizaría de lunes a viernes en el área de dispensarizados durante el período de octubre del año 2015 y se encuestaron a 120 pacientes.

La conclusión a la que se llegó fueron las siguientes:

1. Los pacientes encuestados más afectados según la situación sociodemográfica se encontraron entre las edades de 51-60 años predominantemente el sexo femenino y en su mayor porcentaje la raza mestiza; Con respecto a la escolaridad la mayoría de la población logro estudiar hasta primaria, y ya que la mayoría de los encuestados fue femenino la ocupación predominante fue ama de casa; con respecto a los conocimientos básicos, sobre el control glicémico y de la prevención y complicaciones acerca de Diabetes Mellitus la mitad de la población logró aprobar con buenos conocimientos y todos tuvieron una actitud favorable.[18]

El trabajo presentado por Reyes- Rivera Luis Giovanny, Rentería-Ruíz Oscar Danilo. Realizado en Nicaragua. Titulado "Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados en las unidades de salud del municipio de San Pedro del Norte, Chinandega, durante marzo del 2013", cuyo objetivo fue describir las características generales, los conocimientos, actitudes y prácticas del tratamiento de pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados en las unidades de salud del municipio de San Pedro del Norte. Se realizó un estudio transversal, aplicado a los programas educativos en la población, a través de una encuesta conocimientos, actitudes y Practicas (CAP).

La conclusión a la que se llegó fue la siguiente:

1. La mayoría de pacientes eran adultos entre 45-64 años de edad, hombres, con baja escolaridad, estado civil casado/acompañados, ocupaciones ama de casa y jornalero, de bajo ingreso, diabetes tipo 2 y con 5 años o más de estar en el componente de dispensarizados. La principal enfermedad asociada fue la hipertensión arterial y las principales complicaciones estuvieron relacionadas con: hiperglicemia, hipoglicemia, úlceras por pie diabético y retinopatía. El nivel de conocimiento sobre la diabetes mellitus fue considerado deficiente en 45%, bueno 23% y muy bueno 32%. Dos terceras partes de los pacientes diabéticos tuvieron un mayor número de actitudes positivas y solamente una tercera parte realizaban un mayor número de prácticas de auto-cuidado positivas.[19]

Policarpo N. y col. 2014 realizaron un estudio titulado "Conocimiento, actitudes y prácticas para la prevención del pie diabético" cuyo objetivo fue identificar los conocimientos, actitudes y prácticas orientadas a la prevención del pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. El estudio fue de tipo transversal realizado en dos Unidades de Salud de la Familia, en la ciudad de Picos-PI, Brasil, con 85 pacientes diabéticos de ambos sexos, se aplicó como instrumento una encuesta semiestructurada de conocimientos, actitudes y prácticas.

La conclusión a la que se llegó fue que:

1. El sexo femenino predomino sobre el masculino, con un 62,4%.
2. Se observó que el 49,4% no sabía cómo hacer la higiene de los pies, el 56,5% desconocía el corte correcto de las uñas, en cuanto a las actitudes, el 80% estaban dispuestos a participar en el autocuidado.
3. En términos de la práctica, los resultados mostraron que actividades como el lavado, secado, hidratación y masaje no fueron ejecutados juntos.
4. Es necesario desarrollar estrategias educativas para crear conciencia, tanto en diabéticos como profesionales de la salud, en la prevención efectiva del pie diabético.[20]

Investigaciones Nacionales

El trabajo presentado por Ayala Garrido, Carmen Luz.2015. Realizó un estudio titulado "Actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante y pacientes con diabetes mellitus

tipo 2 en Lima Metropolitana- Perú", cuyo objetivo fue, Comparar las actitudes hacia la diabetes entre el personal de salud tratante y los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana- Perú. El estudio fue observacional, descriptivo, transversal, prospectivo en el cual se evaluó al personal de salud que acudió al curso de educadores de diabetes y a pacientes que acudieron a las sesiones educativas que realiza la asociación de diabetes del Perú (ADIPER). Se empleó el muestreo no probabilístico, a conveniencia, el tamaño de la muestra fue de 178 personales de salud y 178 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento es la escala DAS 3sp.

La conclusión a la que se llegó fue:

1.- Las actitudes hacia la diabetes entre el personal de la salud y los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son diferentes; el personal de salud le da mayor importancia a la necesidad de entrenamiento especial, la percepción de la gravedad y la valoración del control estricto, en tanto que el paciente con diabetes mellitus tipo 2 le da mayor importancia a la valoración del impacto psicosocial y la autonomía del paciente.[21]

Herica A. 2014 realizó un estudio sobre "Nivel de conocimiento en la prevención del pie diabético en personas con diabetes mellitus tipo 2 de un Hospital de Lima - Perú 2014" cuyo objetivo fue, determinar el nivel de conocimientos en la prevención del pie diabético en personas con Diabetes Mellitus tipo 2. El estudio fue de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal, realizado en 44 personas con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de mayo, se empleó como técnica la entrevista estructurada y como instrumento un cuestionario.

La conclusión a la que se llegó fue:

1. El nivel de conocimientos de adultos con diabetes mellitus tipo 2 que predomino fue el nivel bajo con 41%, mientras que solo un 25% presento un nivel de conocimiento alto.
2. El nivel de conocimiento en la prevención del pie diabético en personas con Diabetes Mellitus tipo 2, según dimensión higiene y cuidado, predomina el nivel de conocimiento bajo.

3. En cuanto al cuidado de los pies para prevenir el pie diabético un gran número de encuestados desconocen la técnica correcta y el material adecuado para el corte de uñas, así también desconocen la temperatura del agua para su higiene y finalmente desconocen la frecuencia de revisión de los pies.[14]

Alayo I. Horna J. 2013 realizaron un estudio sobre "Nivel de Conocimiento y Práctica de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2. Hospital I Essalud. Florencia De Mora" cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y su relación con la práctica de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. El estudio fue de tipo descriptivo - correlacional, realizado en 84 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se aplicaron 2 instrumentos: El primer cuestionario orientado hacia el nivel de conocimiento y el segundo hacia la práctica de autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2.

La conclusión a la que se llegó fue que:

1. El nivel de conocimientos de adultos con diabetes mellitus tipo 2 fue bueno con un 88,1 %, regular en un 11,9% y no se encontró paciente con nivel de conocimiento deficiente.
2. En cuanto a la práctica de autocuidado un 87,5 % fue bueno, y en un 14,3 % fue regular, no encontrándose paciente con práctica de autocuidado malo.[22]

El trabajo presentado por Melgarejo Chacón Nidia. 2012. Realizó un estudio titulado "Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con diagnóstico de esta enfermedad en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz Policía Nacional del Perú (PNP) , cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus 2 en pacientes con Diabetes tipo 2, se realizó un estudio observacional, analítico, de casos. Se entrevistaron a 333 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que se atienden en el Servicio de Endocrinología y que acuden para control y tratamiento ambulatorio en el Hospital Nacional Policía Nacional del Perú (PNP) Luis N. Sáenz.

La conclusión a la se llegó fue la siguiente -.

1. El 59% de los pacientes fueron del sexo masculino, y el 41% fueron del sexo femenino. El 50% de pacientes tenían grado de instrucción secundaria. La media de la edad en los

pacientes del sexo masculino fue de 61.8+/-8.9 años, y para el sexo femenino fue de 53.8+/-7.7 años.

2. El nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes con Diabetes tipo 2 fue intermedio. El nivel de información que tienen los pacientes con Diagnostico de Diabetes Tipo 2, respecto a las causas de su enfermedad, y en torno a las medidas preventivo promocionales fue intermedio. El nivel de información de los pacientes con Diabetes Tipo 2 acerca de las complicaciones Agudas y Crónicas a las que conlleva su enfermedad fue inadecuado.[23]

Investigaciones Locales

No se encontraron estudios a nivel local

2.2 BASES TEÓRICAS

Diabetes Mellitus

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina o no puede usar la insulina eficazmente. La insulina es una hormona producida en el páncreas que permite que la glucosa de los alimentos entre en las células del cuerpo, donde se convierte en la energía necesaria para que funcionen los músculos y los tejidos.

Una persona con diabetes no absorbe adecuadamente la glucosa, y la glucosa sigue circulando por la sangre (una afección conocida como hiperglucemia), lo cual daña con el tiempo los tejidos del cuerpo. Este daño puede conducir a una discapacidad y a complicaciones de salud que pueden llegar a ser mortales.[4]

Clasificación Diabetes Mellitus

Según el Comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), los diferentes tipos de DM se clasifican en 4 grupos:

- La diabetes tipo 1, existe destrucción de β-celular, por lo general conduce a la deficiencia absoluta de insulina.

- La diabetes tipo 2, debido a un defecto de secreción de insulina progresiva en el fondo de resistencia a la insulina.
- La diabetes mellitus gestacional (DMG), diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo que no es claramente diabetes manifiesta.
- Los tipos específicos de diabetes debido a otras causas, por ejemplo, síndromes diabetes monogénicas; como la diabetes neonatal y aparición de los jóvenes [MODY]), enfermedades del páncreas exocrino, como la fibrosis quística, y por fármacos o químico-diabetes inducida, como en el tratamiento del VIH / SIDA o después de trasplante de órganos.

Diagnóstico de la Diabetes Mellitus Tipo 2

Según la Asociación Americana de Diabetes, la diabetes puede ser diagnosticada con base en criterios de:

- Hemoglobina Glicosilada (A1C) ≥6.5%. La prueba debe realizarse en un laboratorio utilizando un método que es National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) certificado y estandarizado para el ensayo The *Diabetes* Control and Complications Trial (DCCT)
- Glucosa plasmática en ayunas (FPG) ≥126 mg / dL (7.0 mmol / L). El ayuno se define como la no ingesta calórica durante al menos 8 horas.
- Glucosa en plasma 2-h (PG) ≥200 mg / dL (11.1 mmol / L) durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa. La prueba debe realizarse según lo descrito por la organización mundial de la salud, utilizando una carga de glucosa que contiene el equivalente a 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.
- En un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémico, una glucosa plasmática al azar ≥200mg / dl (11.1 mmol / L).[17]

Complicaciones de la diabetes

Microangiopatia

Se debe al daño progresivo de los vasos sanguíneos pequeños: retina y el riñón, evolucionan poco a poco y en fases avanzadas dan lugar a la ceguera y la insuficiencia renal, da lugar a lesiones de nervios que ocasionan impotencia y pie diabético, que a veces obliga a amputar.

- **Retinopatía diabética:** Es una causa importante de ceguera y discapacidad visual. Está causada por el daño de los vasos sanguíneos de la capa posterior del ojo, la retina, lo que ocasiona una pérdida progresiva de la vista, que a veces llega a ser ceguera.
- **Nefropatía diabética:** Está causada por las lesiones de los vasos sanguíneos pequeños de los riñones. Ello puede causar insuficiencia renal y al final la muerte. En los países desarrollados, esta es una causa importante de diálisis y trasplantes renales.
- **Neuropatía diabética:** La diabetes puede lesionar los nervios por distintos mecanismos, como el daño directo por la hiperglucemia y la mengua del flujo sanguíneo que llega a los nervios como resultado del daño de los pequeños vasos. La lesión de los nervios puede manifestarse por pérdida sensorial, lesiones de los miembros e impotencia sexual. Es la complicación más común de la diabetes.

La afección del pie diabético, causada por alteraciones de los vasos sanguíneos y los nervios, a menudo se complica con úlceras que obligan a amputar. Es una de las complicaciones más costosas de la diabetes, especialmente en los grupos humanos que no usan calzado apropiado. Es consecuencia de trastornos vasculares y nerviosos. El examen y los cuidados frecuentes de los pies pueden ayudar a evitar la amputación. Los programas de cuidado integral de los pies pueden reducir las amputaciones en un 45% a un 85%.

Macroangiopatia

Las complicaciones macrovasculares son las enfermedades cardiovasculares, como los ataques cardiacos, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores.

•Enfermedad cardiovascular: La hiperglucemia daña los vasos sanguíneos mediante el proceso conocido como ateroesclerosis o endurecimiento y obstrucción de las arterias. Este estrechamiento de las arterias puede reducir el flujo de sangre al músculo cardiaco y provocar un infarto del miocardio, en el encéfalo un accidente cerebrovascular o de los miembros generar dolor y curación tórpida de las heridas infectadas.[24]

Pie diabético

Alteración clínica de base etiopatogenica neuropatica inducida por la hiperglicemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, se produce la lesión y/o ulceración del pie.[25]

Etiología

Según la definición de pie diabético de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) la causa de la aparición del pie diabético es una alteración clínica de base etiopatogenica neuropatica inducida por la hiperglucemia mantenida en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático, se produce la lesión y/o ulceración en el pie.[4,26]

Fisiopatología

La entidad clínica de pie diabético, hace referencia al síndrome resultante de factores sistémicos o predisponentes (angiopatía, neuropatía e infección) sobre los que actúan factores externos o ambientales o desencadenantes (estilos de vida, higiene, calzado inadecuando), ambos no solo propician la aparición de callosidades y ulceras, sino que contribuyen a su desarrollo y perpetuación.

a) Factores predisponentes:

Neuropatía Sensorial

Son alteraciones que afectan a las fibras sensitivas y motoras como al sistema autónomo. La neuropatía sensitiva se altera inicialmente la sensibilidad profunda y posteriormente la sensibilidad superficial táctil, térmica y dolorosa.

Neuropatía motora

Se produce atrofia de la musculatura intrínseca del pie, provocando acortamientos tendinosos y alteración de la distribución de las fuerzas que soporta el pie, iniciando y consolidando

diferentes tipos de deformidades. Las más prevalentes son dedos en martillo y en garra, que favorecen la protrusión de la cabeza de los metatarsianos, el desplazamiento anterior de la almohadilla grasa plantar ya atrofiada. Suponen un riesgo para el desarrollo de ulceras del pie.

Neuropatía autónoma

Se caracteriza por disminución de la sudoración local, lo que genera una piel seca, donde con facilidad se producen fisuras que pueden ser el inicio de ulceras e infecciones.

Diagnóstico del pie diabético

Para un diagnóstico acertado es necesario realizar una exploración minuciosa que debe incluir anamnesis, examen clínico, exploración neurológica, exploración osteoarticular y exploración vascular.

La exploración del pie diabético debe ir encaminada a detectar e intentar corregir aquellos factores que hacen que un pie en riesgo que aún no presenta lesiones, pase a ser un pie diabético.

Clasificación diagnostica

Según la severidad (gravedad, profundidad, grado de infección y gangrena), las ulceras diabéticas se clasifican en 6 estadios (Wagner) [25]:

GRADO	LESION	CARACTERISTICA
0	Ninguna, pie en riesgo	Callos gruesos, cabezas metatarsianas prominentes, dedos en garra, deformidades óseas.
1	Ulceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel.
2	Ulceras profundas	Penetra en la piel, grasa, ligamentos pero sin afectar hueso, infectada.
3	Ulceras profundas más absceso	Extensa, profunda, secreción y mal olor.
4	Gangrena limitada	Necrosis de parte del pie
5	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos

La guía NICE recomienda la clasificación del riesgo en cuatro categorías en función de los factores de riesgo.[27]

Clasificación del riesgo de pie diabético. Frecuencia de inspección recomendada.

RIESGO	CARACTERISTICAS	FRECUENCIA DE INSPECCION
Bajo riesgo	No hay factores de riesgo, sensibilidad conservada, sin signos de enfermedad vascular periférica.	Anualmente
Riesgo aumentado	Existe pérdida de sensibilidad o signos de enfermedad vascular periférica y sin callos o deformidad.	Cada 3 a 6 meses
Alto riesgo	Ulcera previa o amputación, o más de un factor de riesgo por ejemplo, perdida de sensibilidad, signos de enfermedad periférica con callos o deformidad.	Cada 1 a 3 meses
Pie ulcerado	Ulcera activa, propagación de infección, isquemia critica, gangrena, neuropatía periférica dolorosa, pie de Charcot	Tratamiento individualizado posible derivación.

Tratamiento no farmacológico

Modificación del estilo de vida

La educación es esencial para controlar la enfermedad y disminuir las complicaciones. Los programas que modifican estilo de vida, donde se involucra el equipo de salud, el paciente y su red de apoyo, mejoran el control de peso, ayudan a dejar el hábito tabáquico y a aceptar la enfermedad (Nivel de evidencia 1b). Después de una intervención educativa se ha reportado una disminución de la presión arterial de 5 mm Hg y de la HbA1c de 0.81 %, lo que reduce los requerimientos de fármacos. (Nivel de evidencia 1+/1++)

El entrenamiento grupal para el autocuidado es más eficaz que la educación individual para mejorar el control glucémico, el conocimiento sobre la diabetes, las habilidades para el autocuidado, la disminución de la presión arterial, del peso corporal y del uso de medicamentos, a mediano y largo plazos. (Nivel de evidencia1+)

Recomendaciones

A las personas con diabetes se les debe ofrecer educación continua, ordenada y sistematizada con objetivos claros al momento del diagnóstico y durante su evolución. La participación activa del paciente logra mejores resultados en el control glucémico (Grado de recomendación A).

Se recomienda utilizar técnicas activas y participativas, entrevistas cognitivo-conductuales y de modificación de conducta adaptadas a cada grupo. (Grado de recomendación D)

Tratamiento médico nutricional

Las modificaciones en la alimentación, el ejercicio y las terapias conductuales favorecen la disminución del peso y el control glucémico; su combinación aumenta la eficacia. Las dietas con alto contenido en fibra y una proporción de hidratos de carbono entre 55 y 60 %, con alimentos de bajo índice glucémico, son eficaces en el control de la glucemia. (Nivel de evidencia 1+)

Recomendaciones

La asesoría nutricional debe ser individualizada, se recomienda la reducción de la ingesta de grasa (< 30 % de energía diaria), restringir los hidratos de carbono entre 55 y 60 % de la

energía diaria y consumir de 20 a 30 g de fibra. En pacientes con un IMC ≥ 25 kg/m2 la dieta debe ser hipocalórica (Grado de recomendación A).

Es necesario distribuir la ingesta de hidratos de carbono a lo largo del día con el objetivo de facilitar el control glucémico y ajustarla al tratamiento farmacológico. (Grado de recomendación D)

Actividad física

Los programas de ejercicio físico de intensidad aeróbica y anaeróbica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, motivados y sin complicaciones avanzadas, son eficaces para el mejor control glucémico (reducción de la HbA1c de 0.6 %). (Nivel de evidencia 1+)

Las ventajas fisiológicas inmediatas de la actividad física son mejoría de la acción sistémica de la insulina de 2 a 72 horas, mejoría de la presión sistólica más que la diastólica y aumento de la captación de glucosa por el músculo. Además, a mayor intensidad de la actividad física, se utilizan más los carbohidratos. La actividad física de resistencia disminuye la glucosa en las primeras 24 horas (Grado de recomendación C)

A largo plazo, la actividad física mantiene la acción de la insulina, el control de la glucosa, la oxidación de las grasas, y disminuye el colesterol LDL. Si se acompaña de pérdida de peso, es más efectiva para mejorar la dislipidemia; adicionalmente, mejora la depresión y el ejercicio de resistencia incrementa la masa musculo esquelética. (Grado de recomendación B)

Recomendaciones

Todos los pacientes deben cambiar a corto plazo el hábito sedentario, mediante caminatas diarias (Grado de recomendación D).

A mediano plazo, la frecuencia mínima deberá ser de 150 minutos a la semana de actividad física aeróbica de moderada intensidad. (Grado de recomendación A)

Tratamiento farmacológico

En pacientes con diabetes mellitus tipo 2, obesos o no, el tratamiento con metformina reduce de 1 a 2 % la HbA1c. Cuando hay obesidad, el uso de la biguanidas se asocia con pérdida de peso (de 1 a 5 kg), sin aumentar el riesgo de hipoglucemia. El riesgo de hipoglucemia en

pacientes adultos mayores es más frecuente con el uso de sulfonilureas. (Nivel de evidencia 1+)

Ante hiperglucemia posprandial, están indicadas las glinidas o inhibidores de la alfaglucosidasa, o la insulina de corta o rápida duración. (Nivel de evidencia 1+)

La acarbosa reduce la hemoglobina glicosilada entre 0.5 y 1 %; sus efectos gastrointestinales adversos son motivo de abandono del tratamiento. (Nivel de evidencia 1)

El uso de tiazolidinedionas presenta un aumento significativo de riesgo para insuficiencia cardiaca (RR = 2.9), fractura en mujeres, anemia e infarto del miocardio. Se ha reportado asociación entre cáncer vesical y tratamiento prolongado y en altas dosis. (Nivel de evidencia 1+)

La repaglinida es casi tan eficaz como la metformina o la sulfonilureas, para disminuir en 1.5 % los niveles de HbA1c. La nateglinida es menos eficaz en esta reducción que la repaglinida cuando se utiliza como monoterapia o en terapia combinada. El riesgo de aumento de peso es similar al de las sulfonilureas, pero la hipoglucemia puede ser menos frecuente con nateglinida que con algunas sulfonilureas. (Nivel de evidencia 1)

Los esquemas de hipoglucemiantes dobles o triples tienen un efecto mayor y reducen la HbA1c más que la monoterapia (reducción absoluta de 1 %). (Nivel de evidencia 1+)

En pacientes no controlados con sulfonilureas, agregar metformina es más efectivo para el control glucémico que continuar con dosis máximas de sulfonilureas.(Nivel de evidencia 1+)

Recomendaciones

Si después de tres meses de tratamiento con medidas no farmacológicas no se consiguen las metas de control glucémico (HbA1c), se debe iniciar tratamiento farmacológico. (Grado de recomendación D)

La meta del tratamiento debe individualizarse; las personas en los extremos de la vida suelen ser más vulnerables a los efectos de la hipoglucemia. (Grado de recomendación B)

Antes del inicio de la terapia con hipoglucemiantes orales, se debe evaluar la función renal y la comorbilidad asociada. (Grado de recomendación B)

Las sulfonilureas deben añadirse a metformina cuando el control glucémico no sea adecuado. (Grado de recomendación A)

Cuando el tratamiento inicial fue con sulfonilureas por intolerancia a metformina y en caso de no cumplir metas de control glucémico a pesar de utilizar doble terapia oral, se debe utilizar insulina como segundo o tercer fármaco. (Grado de recomendación A)

Insulina

La terapia intensiva que incluye insulina reduce las complicaciones micro y macrovasculares, comparada con la terapia convencional. (Nivel de evidencia 1b).19. En el United Kingdom Prospective Diabetes Study, el tratamiento intensivo que incluyó insulina redujo 12 % las complicaciones microvasculares, 24 a 33 % la nefropatía diabética, 17 a 21 % la retinopatía y 16 % la enfermedad cardiovascular. (Nivel de evidencia 1+)

Recomendaciones

Debe iniciarse el tratamiento con insulina cuando no se llega a la meta de control glucémico, a pesar del cambio en el estilo de vida y del uso de hipoglucemiantes orales. Es indispensable cerciorarse de la adherencia al cambio del estilo de vida al iniciar la terapia con insulina. (Grado de recomendación D)

Debe explicarse al paciente, desde el momento del diagnóstico, que la insulina es una opción para el control de la diabetes y que puede ser necesaria conforme evoluciona la enfermedad. (Grado de recomendación D)

Deberá administrarse insulina basal con análogo de insulina de acción prolongada, más que insulina NPH, por el menor riesgo de hipoglucemia (Nivel de recomendación A), así como agregar insulina de acción corta prandial cuando el paciente ha logrado la meta de glucemia en ayuno pero no la de HbA1c. (Grado de recomendación A)

Cuando la insulina está indicada para el control de la hiperglucemia posprandial, es preferible utilizar análogos de insulina de acción rápida más que insulina humana regular, debido a que tienen un inicio más rápido y su vida media se asocia con menor riesgo de hipoglucemias. (Grado de recomendación A)

La insulina premezcla (combinación fija de análogos de acción corta y prolongada) puede ser considerada para pacientes que no siguen un régimen de medicamentos; sin embargo, estas preparaciones carecen de flexibilidad en sus componentes y pueden aumentar el riesgo de

hipoglucemia en comparación con la insulina basal o con un régimen intensivo. (Grado de recomendación D)

Se recomienda individualizar el uso de mezclas fijas de insulina por la falta de flexibilidad para dosificarlas y la dificultad para lograr el control glucémico.[28] (Grado de recomendación D)

Encuesta CAP (conocimientos, actitudes y prácticas)

Es una encuesta formal, utilizando entrevistas personales cara a cara, en la que se realizan preguntas estandarizadas pre-probadas sobre conocimiento de, actitudes hacia, y prácticas de algún método o acción, como por ejemplo el manejo de diabetes mellitus.

El análisis de las respuestas proporciona mucha información útil y da un estimado de las posibles tendencias futuras en estas prácticas en la población. El término a veces se ha utilizado para describir otras variedades de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (por ejemplo, promoción de la salud en general o, en particular, fumar cigarrillos).

Estas encuestas están destinadas a medir conocimientos, actitudes y prácticas. En estos estudios se entiende por conocimiento la captación cognitiva y la comprensión de un hecho o de un hallazgo clínico o de la investigación comúnmente aceptado. Al hablar de prácticas se hace referencia al comportamiento o características de comportamiento del individuo.

Por otra parte, el término actitud se refiere a uno de los conceptos centrales de la psicología social. La actitud social es “una disposición a responder favorablemente o desfavorablemente a un objeto, persona, institución o acontecimiento”. Las actitudes hacen referencia, por definición, a algo específico e identificable.

El principal uso de las encuestas CAP, es para el diseño de intervenciones educativas que logren que los sujetos adopten comportamientos de autocuidado, por lo que la difusión de sus resultados debería compartirse entre todos aquellos organismos (Gubernamentales, no gubernamentales, académicos, etc.) involucrados en el mejoramiento de salud de la población.[19]

Definición de Términos Básicos

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus (DM) es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia secundaria a un defecto absoluto o relativo en la secreción de insulina, que se acompaña, en mayor o menor medida, de alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas, lo que conlleva una afectación microvascular y macrovascular que afecta a diferentes órganos como ojos, riñón, nervios, corazón y vasos.[29]

Conocimiento

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección.[30]

Actitud de los pacientes

Se entiende por actitud el estado mental o neurológico que tienen las personas en torno a un objeto o situación que predispone a responder preferentemente a una manera determinada.[31]

Prácticas de los pacientes

Se entiende como practica las costumbres de las personas que se establecen como hábitos.[31]

2.3 HIPÓTESIS

Hipótesis general

H_i: El nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los Hospitales de EsSalud II de Pucallpa, Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2017, es adecuado

H_0: El nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de EsSalud II de Pucallpa, Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2017, no es adecuado

Hipótesis específicas

1. H_i: El nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017, es adecuado.

   H_0: El nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017, es inadecuado.

2. H_i Las actitudes sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017, son adecuadas.

   H_0: Las actitudes sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017, son inadecuadas.

3. H_i: Las prácticas sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017, son adecuadas.

   H_0: las prácticas sobre diabetes mellitus tipo 2 de los pacientes de los Hospitales de Coronel Portillo, 2017, son inadecuadas.

2.4 VARIABLES DE ESTUDIO

Variables de Investigación

Variable 1: Nivel de conocimientos

Variable 2: Actitudes hacia la diabetes

Variable 3: Prácticas de autocuidado

Variable Interviniente

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Tiempo de enfermedad
- Tipo de tratamiento
- Regularidad de tratamiento
- Comorbilidad

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1 ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en los Hospitales EsSalud-II de Pucallpa, Hospital Amazónico de Yarinacocha y el Hospital Regional de Pucallpa, que pertenecen a los distritos de Calleria y Yarinacocha, provincia de Coronel Portillo, departamento de Ucayali.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva: describe cualidades o atributos de la población de estudio.

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Perceptual: se identifican las características del evento. No se interpreta.

3.4 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método que se empleó para este estudio es descriptivo, cuantitativo, transversal.

DESCRIPTIVO: describe y estima parámetros en la población de estudio, a partir de una muestra.

CUANTITATIVO: Porque usa la recolección de datos con base de la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Plantea un tipo de estudio delimitado y concreto.

TRANSVERSAL: las variables son medidas en una sola ocasión tal como se presenta en un momento dado y en una realidad determinada.

3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental, transversal, descriptivo.

3.6 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

A) Población

Estuvo conformada por 4,243 pacientes con diabetes mellitus tipo 2; 2628 del Hospital Essalud-II de Pucallpa, 512 del Hospital amazónico de Yarinacocha, 1100 pacientes del Hospital Regional, que acudieron para control y tratamiento, Hospital Regional de Pucallpa.

B) Muestra

La muestra seleccionada fue de 572 pacientes diabéticos, para determinar esta cantidad se utilizó la técnica Muestreo estratificado proporcionado, se dividió en tres estratos:

Estrato	Hospital	Población	Muestra
Estrato 1	Hospital Amazonico de Yarinacocha	512 (12%)	69
Estrato 2	Hospital Regional de Pucallpa	1100 (26%)	149
Estrato 3	Hospital Essalud ii de Pucallpa	2628 (62%)	354

Se seleccionaron 69 del hospital Amazonico de Yarinacocha, 149 del Hospital Regional de Pucallpa y 354 del Hospital EsSalud-II de Pucallpa.

C) Muestreo

Tipo de muestreo probabilístico estratificado proporcionado, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que asistieron al Hospital Essalud- II Pucallpa, Hospital Amazónico de Yarinacocha y el Hospital Regional de Pucallpa que se encuentran en consultorio externo, emergencia y hospitalización.

- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que aceptan participar del estudio y firmaron el termino de consentimiento informado, que asisten al Hospital Essalud- II Pucallpa, Hospital Amazónico de Yarinacocha y el Hospital Regional de Pucallpa.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con Incapacidad Intelectual de comprensión y comunicación que asistan al Hospital Essalud - II Pucallpa, Hospital Amazónico de Yarinacocha y el Hospital Regional de Pucallpa.
- Pacientes no acepten participar del estudio y que no firmen el término de consentimiento informado, que asistan al Hospital Essalud - II Pucallpa, Hospital Amazónico de Yarinacocha y el Hospital Regional de Pucallpa.
- Pacientes que llenen la encuesta mal o duplicado que imposibilite su análisis.
- Pacientes que se encuentran en la unidad de Cuidado intensivos.
- Pacientes que vengan referidos de otros centros de salud que no pertenezcan a Ucayali.

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica

Conociendo la realidad y el contexto en el que se encontró a la población de estudio, se consideró conveniente emplear la técnica de entrevista estructurada a cada miembro de la muestra.

Los participantes tomaran aproximadamente 30 minutos para completar el cuestionario y devolverlos al investigador.

Instrumento

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario el cual está constituido por tres secciones, distribuidas de la siguiente manera:

La primera sección corresponde a los datos sociodemográficos en las que se incluyó las variables de género, edad, lugar de procedencia, estado civil, ingreso básico mensual y grado de instrucción.

La segunda sección corresponde a los datos sobre salud de los pacientes en las que se incluye tiempo de enfermedad, tipo de tratamiento, regularidad de tratamiento, comorbilidades, lesiones previas e historial de amputaciones.

Finalmente la última sección corresponde a evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado.

El cuestionario que evaluó el nivel de conocimientos de diabetes "Diabetes Knowlegde Questionnaire 24" (DQK – 24), cuya versión corta cuenta con 24 elementos alcanzó un coeficiente de fiabilidad de 0.78, indicando una consistencia interna adecuada y una buena sensibilidad para la intervención. Este instrumento tanto su versión larga como corta, busca desarrollar instrumentos en español para medir los resultados de la educación para el autocontrol de la diabetes.[32]

La versión validada al español por Garcia A y colaboradores[32] el cuestionario el cual mide los conocimientos sobre diabetes, cuenta con enunciados y sus respuestas de sí, no y no sé. Se les otorgo un punto a las respuestas correctas y cero puntos a las incorrectas. Se les brindó un punto aquellas respuestas marcadas con "no" en los ítems 1, 3, 4, 7, 9, 10, 12, 13, 17, 21, 22, 23 y 24.

Dentro de las tres secciones del cuestionario se definen los conocimientos básicos sobre la enfermedad (ítems 1, 2,3, 4, 6, 7, 10, 11, 24, 18), control de la glucemia (8, 5, 13, 21, 22, 9, 12), y la prevención de las complicaciones (14, 15, 16, 17, 19, 20, 23) [32,33]. Para su evaluación y análisis la puntuación de cada sección así como la puntuación global se calcula sumando los 24 reactivos, estas puntuaciones luego se convertirán en porcentajes siendo los puntajes más altos en promedio quienes indiquen un mayor nivel de conocimiento sobre la diabetes.[32]

Para medir las actitudes y motivaciones relacionadas con los pacientes diabéticos se empleó la encuesta autoadministrada "Diabetes Attitude Scale (DAS – 3sp)", la tercera versión fue

elabrada por Anderson y colaboradores[34] con el fin de mejorar de evaluar las actitudes y motivaciones relaciones con la diabetes mellitus se empleó una versión adaptada al español por Hernández JM y colaborador[35], cuyo cuestionario consta de 33 preguntas.

El DAS-3 se encuentra compuesto por cinco subescalas las cuales definen la necesidad de entrenamiento (ítems 1, 6, 10, 17, 20), percepción de la gravedad de diabetes mellitus (ítems 2, 7, 11, 15, 21, 25, 31), la valoración del control estricto (ítems 3, 8, 12, 16, 23, 26, 28), la valoración del impacto psicosocial de la diabetes mellitus (ítems 4, 13, 18, 22, 29, 33) y la autonomía del paciente (ítems 5, 9, 14, 19, 24, 27, 30, 32).[35]

Para la calificación de la escala autoadministrada se presentaban una puntuación máxima de 5 y una mínima de 1 en una escala tipo Likert según lo correspondiente. Se realiza una sumatoria en cada una de las sub escalas dividiéndose por el número de preguntas contestadas. Las puntuaciones corresponden "totalmente de acuerdo" (5 puntos), "de acuerdo" (4 puntos), "indiferente" (3 puntos), "en desacuerdo" (2 puntos) o "totalmente en desacuerdo" (1 punto). Sin embargo los valores de las puntuaciones se encuentran inversos para los ítems 2, 3, 7, 11, 13, 15, 16, 23,26 y 28. Las encuestas que no han sido contestadas en el 50% de las preguntas de una sub escala considerándose como nulas.[35]

Para las prácticas de autocuidado en diabetes se empleó el Summary of Diabetes Self Care Activities Measure (SDSCA) cuya versión original consta de 12 ítems.[36] Sin embargo, durante su adaptación cultural y clinimétrica se validó el contenido en español determinando un coeficiente de Cronbach de 0,62 resultante con 7 ítems. Además de que la correlación global entre las mediciones de los 7 elementos que conforman la versión definitiva fue de 0,764.[37]

El cuestionario evalúa tres factores principales: la dieta (ítems 1, 2, 3), el ejercicio (ítems 4 y 5) y el control de la glucemia (ítems 6 y 7), cuya escala de respuesta va del 0 al 7, en función del número de días que la persona ha llevado a cabo una determinada conducta en la última semana. Para obtener los resultados cuanta menor puntuación se obtiene una menor adherencia presenta la persona con DM a las conductas de autocuidado favorables. El cuestionario no presenta punto de corte, por lo que cada ítem se valorará de forma individual.[3]

3.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez que el protocolo de investigación sea aceptado por el comité de ética. Se procedió a realizar las gestiones administrativas correspondientes con las autoridades del Hospital Regional de Pucallpa, Hospital Amazónico de Yarinacocha, Hospital EsSalud- II de Pucallpa, para contar con la autorización respectiva.

A las personas con Diabetes Mellitus participantes del estudio se les solicitó su consentimiento informado (ver anexo). Una vez obtenido los permisos, durante el día de la recolección de datos cada encuestador procedió a explicar detalladamente a los participantes sobre el propósito de la investigación que se les realizó recalcándose que dicha investigación es anónima y voluntaria. Una vez obtenido su asentimiento, se procedió a entregar la encuesta.

El tiempo medio de respuesta al cuestionario fue aproximadamente de 30 minutos.

3.9 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Culminada la recolección a los participantes, se procedió a registrar los datos en una hoja de cálculo del programa Office Excel, en dónde no se tuvo en cuenta aquellas encuestas que estuvieron duplicadas, que se hayan marcado más de dos opciones y/o no hayan culminado toda la encuesta.

Finalmente, los datos fueron analizados por el paquete estadístico STATA versión 11, en dónde los resultados se muestran en frecuencia y porcentaje. Para las variables cuantitativas se usaron medianas y rango intercuartílico al no presentar una distribución normal (Shapiro-Wilk <0,05). Para la estadística inferencial en variables cualitativas se usó Chi-cuadrado y razón; la U de Mann Whitney se empleó para las variables cuantitativas. Considerándose como significativo a los valores de p <0,05.

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Las principales características de los pacientes estudiados se presentan en la tabla 01.

El promedio de edad de los pacientes fue de 46.7 años. El 50.9 % de los encuestados son del sexo femenino y el 49.1 % del sexo masculino. El 44.9% de los entrevistados son convivientes, 30.4% casados, el 16.3% son solteros y el 8.4% viudos.

Con respecto al grado de instrucción el 37.7% tiene estudios universitarios, 30.9% estudios secundarios, 22.9% estudios técnico, 6.6%estudios primario y solo el 1.9% es analfabeta.

Tiempo de enfermedad fue de 4.9 ± 4.86 años. En relación al tipo de tratamiento que reciben los pacientes el 70.8% usan antidiabéticos orales, el 19.4% usa insulina y el 9.8% recibe antidiabéticos orales e insulina.

Los pacientes refieren tener un tratamiento regular en un 83.7% e irregular el 16.3%.

Con respecto a las comorbilidades el (57.4%) de los pacientes reporto que no presenta ninguna comorbilidad asociadas, sin embargo de los que presentaron comorbilidades el (22.5%) reporto Hipertensión arterial, (9.8%) obesidad, (4.9%) asma bronquial, (3.5%) cardiopatía y (1.9%) enfermedad pulmonar obstructiva.

Tabla 1. Características generales de la población estudiada.

	n	%
Edad	46.7 ± 14.15*	
Sexo		
Femenino	291	50.9
Masculino	281	49.1
Estado civil		
Soltero	93	16.3
Conviviente	257	44.9
Casado	174	30.4
Viudo	48	8.4
Grado de instrucción		
Analfabeta	11	1.9
Estudios primarios	38	6.6
Estudios secundarios	177	30.9
Estudios técnicos	131	22.9
Estudios universitarios	215	37.7
Sede hospitalaria		
Ministerio de salud	214	37.4
Seguro social	358	62.6
Tiempo de enfermedad	4.9 ± 4.86	
Tipo de tratamiento		
Antidiabéticos orales	405	70.8
Insulinoterapia	111	19.4
Antidiabéticos + Insulina	56	9.8
Condición del tratamiento		
Tratamiento regular	478	83.7
Tratamiento irregular	93	16.3
Comorbilidades		
Ausente	328	57.4
Asma	28	4.9
Hipertensión arterial	128	22.5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11	1.9
Cardiopatía	20	3.5
Obesidad	56	9.8

La tabla 2 muestra el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus y sus características.

Se evaluó el promedio de las tres secciones, del nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus y se dicotomizó las variables según el puntaje que presentaron considerándose un conocimiento adecuado aquellos que tenían igual o más del 70% de las respuestas correctas. Dentro de ellos sólo 96 (16.8%) tuvieron un conocimiento adecuado sobre su enfermedad, 49 (8.6%) mostraron un adecuado conocimiento sobre su control de glicemia y 250(43.7%) sobre las prevenciones de las complicaciones sobre la diabetes, respectivamente.

La puntuación global media obtenida DQK-24 fue 11± 3.1 de 24, solo 15 pacientes (2.6%) respondieron adecuadamente el cuestionario de conocimientos.

Tabla 2. Características del nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus.

Secciones	Media	n	%
Conocimiento sobre la enfermedad	4.6 ± 1.8	96	16.8
Conocimientos sobre el control de glicemia	2.6 ± 1.3	49	8.6
Conocimiento sobre prevenciones de las complicaciones	3.8 ± 1.5	250	43.7
Puntaje global	11 ± 3.1	15	2.6

La tabla 3 muestra las actitudes y motivaciones relacionadas con los pacientes diabéticos evaluados a través del (DAS – 3sp) se pueden observar que; en la dimensión necesidad de entrenamiento la media es de 2.5; en la dimensión percepción de la gravedad la media es de 3.0; en la dimensión valoración del control estricto la media es de 3.2; en la dimensión valoración del impacto psicosocial la media es de 2.7; en la dimensión autonomía el paciente la media es de 2.6.

Por lo que podemos visualizar que la dimensión que alcanza el puntaje medio más alto es la valoración del control estricto y el puntaje más bajo es en la necesidad de entrenamiento.

Tabla 3. Características de las actitudes y motivaciones relacionadas con los pacientes diabéticos.

Diabetes Attitude Scale	Media	Desviación estándar
Necesidad de entrenamiento	2.5	0.9
Percepción de la gravedad de diabetes	3.0	0.3
Valoración del control estricto	3.2	0.5
Valoración del impacto psicosocial de la diabetes mellitus	2.7	0.7
Autonomía del paciente	2.6	0.8

La Tabla 4 muestra las actividades de autocuidado realizadas por los participantes evaluados a través de (SDSCA), se debe tener en cuenta que se trata de una escala Likert de 7 puntos.

Al analizar los datos del gráfico 1, los puntajes promedio por encima de 4 indican conductas de autocuidado adecuadas y menores a este inadecuadas.

Los ítems de dieta "Alimentación saludable semanal" (58.3%),"Dieta saludable semanal" (67.5%) y "Consumo de frutas y/o verduras" (50.6%), revelaron que la mayoría de los pacientes presentaba un comportamiento de autocuidado adecuado.

Los ítems de ejercicio "Actividad física mínima" (20.4%) y "Sesión específica de actividad física" (14.3%) mostraron conductas de autocuidado inadecuados.

Con respecto a la dimensión de control de la glucemia, "Análisis de glucosa en sangre semanal" (18.2%) y "Análisis de glucosa acorde a las recomendaciones" (15%), mostraron que la mayoría de los pacientes presentaba un comportamiento de autocuidado inadecuado.

Tabla 4. Características de las medidas de autocuidado de la diabetes en la población estudiada

Summary of Diabetes Self Care Activities Measure	Media	Desviación estándar
Alimentación saludable semanal	3.9	1.5
Dieta saludable semanal	4.3	1.6
Consumo de frutas y/o verduras	3.6	1.6
Actividad física mínima	1.9	1.8
Sesión específica de actividad física	1.6	1.9
Análisis de glucosa en sangre semanal	2.2	1.5
Análisis de glucosa acorde a las recomendaciones	2.1	1.5

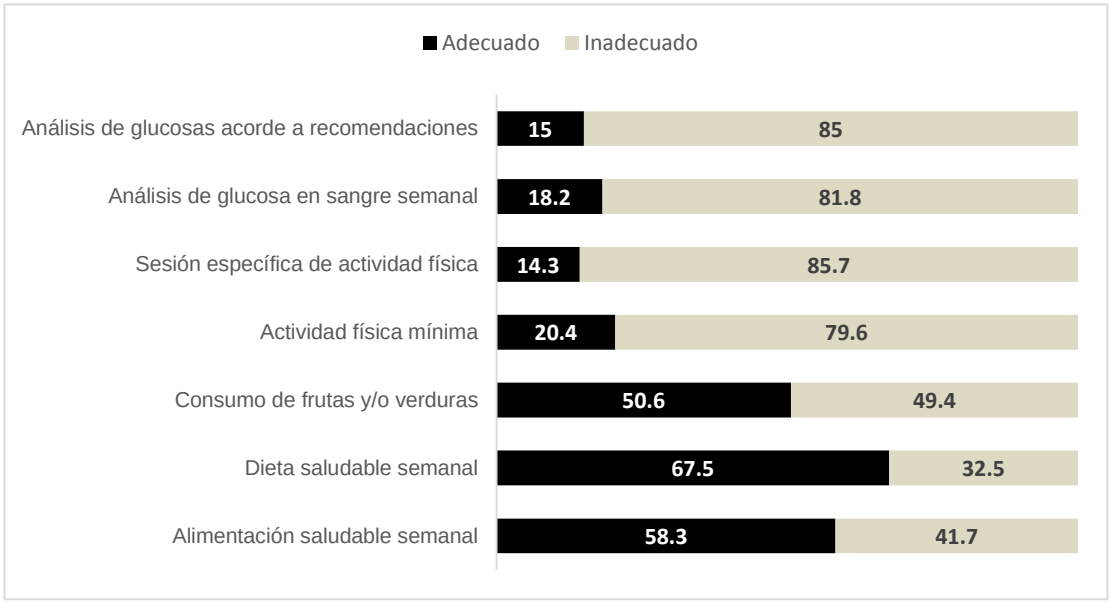


Gráfico 1. Frecuencia de un adecuado autocuidado de la diabetes en la población estudiada.

4.2 DISCUSIÓN

Después de haber concluido la tabulación de los datos presentados en cuadros y gráficos estadísticos, se presenta a continuación la discusión de los resultados.

- De acuerdo a la literatura internacional consultada la mayoría de pacientes son adultos mayores con edades comprendidas entre 45-64 años y del sexo femenino[19,18,24] en este estudio la edad fue consistente con un ligero predominio del sexo femenino en relación al sexo masculino (50,9% vs 49,1%), con respecto al estado civil se encuentra que la mayoría de la población es conviviente seguido por los que se encuentran casados y solteros.[19]
- Con respecto a la escolaridad estudios refieren un predominio de educación primaria[18, 19], difiere de lo encontrado en nuestro estudio en la que la mayoría de la población concluyo estudios universitarios 37.7% mientras que solo 6.6% estudios primarios.
- Respecto al tipo de tratamiento la literatura refiere el uso de los antidiabéticos orales 61,8% e insulina 7,3% y un 30,9% recibe antidiabéticos orales e insulina.[19] En este estudio la tasa podría ser similar ya que el 70.8% usa antidiabéticos orales y solo el 19.4% insulina.
- En un estudio refiere que el 64% de los pacientes dijo que cumplía el tratamiento farmacológico; podría ser similar al nuestro donde el 83.7% de los pacientes encuestados refirieron seguir un tratamiento regular.
- Podemos apreciar que el 42.6% refiere presenta alguna comorbilidad, siendo la comorbilidad más reportada la hipertensión arterial con un 22.5%, se asemeja a lo encontrado en la literatura .[19,23]
- Con respecto al instrumento utilizado (DKQ 24), se encontró en forma general en los pacientes un total de (2.6%) respondieron adecuadamente (promedio 11 ± 3.1), lo que difiere de lo encontrado por Bustos Saldaña R, y cols. En México.

2011. [38] Donde un total de (54.53%) respondieron adecuadamente (promedio de 13.09±3.44).

- Los resultados encontrados confirman nuestra hipótesis nula, lo que apunta a que el nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en los hospitales de coronel portillo, es bajo.
- En nuestro estudio en cuanto a los conocimientos básicos de la enfermedad los pacientes presentaron deficiencias importantes solo el 16.8% respondió adecuadamente que es menor en comparación con otro estudio (43.24%) realizado en México. [38]
- En cuanto a los conocimientos relacionados al control glucémico se obtuvieron resultados muy pobres solo el 8.6% obtuvo un adecuado conocimiento mientras que en otro estudio (54.51%) obtuvo conocimiento adecuado. [38]
- En cuanto a prevención de complicaciones en nuestro estudio un 43.7% respondió adecuadamente mientras que en otro estudio (70.68%) realizado en México [38]
- Respecto al instrumento (DAS – 3sp), que evalúa 5 dimensiones, en nuestro estudio el puntaje medio más alto 3.2 es la valoración del control estricto y el puntaje medio más bajo 2.5 es en la necesidad de entrenamiento especial, lo cual difiere con lo encontrado por Ayala G.En Lima.2015. El puntaje más alto 4,5 es en la necesidad de entrenamiento especial y el medio más bajo 3,6 en la dimensión autonomía del paciente.[21]
- Respecto al Cuestionario de actividades de autocuidado para la diabetes (SDSCA), En nuestro estudio la práctica de una dieta saludable fue del el 67.5%, que es mayor en comparación con otros estudios (35.4%[39], 41%[40], 45.9[41]) realizados en el sur de India. Además la mitad (50.6%) de los participantes de nuestro estudio incluyen frutas y verduras en su dieta durante la semana que es mayor en comparación con otro estudio (26.2%[41]) realizado en la india.

En cuanto a la dimensión de actividad física de las actividades de autocuidado de los participantes fue practicado deficientemente, ya que solo el (20.4%) practicaron una actividad física de al menos 30 minutos todos los días de la semana y el (14.3%) realizó una sesión de ejercicio aparte del ejercicio diario. Se encontraron hallazgos similares en los estudios realizado en la India y Brasil .[41, 42]. La dimensión Actividad física mostró que los pacientes no reconocen este recurso terapéutico como una actividad incorporada en sus acciones de autocuidado. Por lo tanto, los resultados muestran que los pacientes con diabetes mellitus no incorporan el ejercicio en sus actividades de autocuidado.[42]

- Los ejercicios regulares son recomendado para personas con diabetes, ya que tienen muchos efectos beneficiosos como un mejor control glucémico, Las ventajas fisiológicas inmediatas de la actividad física son mejoría de la acción sistémica de la insulina de 2 a 72 horas, mejoría de la presión sistólica más que la diastólica y aumento de la captación de glucosa por el músculo.[28] Se debe poner más énfasis en el componente de actividad física de la educación para el autocuidado de la diabetes.
- En nuestro estudio la dimensión de pruebas de glucosa en sangre mostro que los pacientes no se controlan adecuadamente, durante la semana solo (18.2%) realiza control de glicemia y solo el (15%) lo realiza acorde a las recomendaciones. Lo que difiere de un estudio realizado por Veras Vivian y col. En Brasil. Que muestra que los pacientes verifican su glucosa en el hogar (53.4%)y según lo prescrito en un (44.0%).[42]

CONCLUSIONES

- Las principales características de los pacientes diabéticos fueron: adulto de 45-64 años, femenino, nivel de instrucción universitario, estado civil conviviente/casado, respecto al tipo de tratamiento predomina los antidiabéticos orales, la principal enfermedades asociada fue la hipertensión arterial.

- Nivel de conocimientos de la diabetes fue inadecuado, solo el 2.6% respondió adecuadamente el cuestionario.

- Las actitudes hacia la diabetes, los pacientes le dan mayor importancia a la "valoración del control estricto" y menor importancia a la "necesidad de entrenamiento especial"

- Las prácticas de autocuidado, Los ítems de dieta revelaron que la mayoría de los pacientes presentaba un comportamiento adecuado. Los ítems de ejercicio mostraron que las conductas de autocuidado son inadecuadas. Con respecto a la dimensión de control de la glucemia, mostraron que la mayoría de los pacientes presentaba un comportamiento de autocuidado inadecuado.

RECOMENDACIONES

A la universidad Nacional de Ucayali:

- Incentivar a los estudiantes en la investigación científica en el sector de atención primaria de las principales patologías crónicas que afectan a la población, para lograr incidir en esta problemática de una mejor manera.

- Fomentar en los estudiantes de la carrera de Medicina, prácticas de Atención Primaria, mediante charlas que expliquen de manera dinámica, clara y concisa las patologías crónicas a los pacientes, para que así sirva de prevención y educación.

A los hospitales de la provincia de Coronel Portillo:

- A los organismos gubernamentales y no gubernamentales para una capacitación continua del personal de salud sobre educación diabetológica.

- Es importante que los programas educativos establezcan indicadores de resultado no sólo basados en el nivel de conocimiento, sino como vemos, puedan evaluar además el tipo de actitud y las dimensiones de ésta, cuya orientación puede afectar la adherencia y ulteriormente el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shanthi M. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014 [Internet]. 1era Ed. Suiza: Organización mundial de la salud; 2014 [actualizado 15 de Ene 2014; citado el 21 de Oct 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1
2. World Health Organization. Prevention of diabetes mellitus. Report of a WHO Study Group. Geneva: World Health Organization; 1994. No. 844.
3. Federación internacional de la Diabetes. Atlas poster de la diabetes de la FID [Internet]. 6ta Ed. Brusselas: Federación internacional de la diabetes. 2013 [actualizado 2014; citado el 21 de Oct 2016]. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf
4. Federación internacional de la Diabetes. Atlas de la diabetes de la FID [Internet]. 6ta Ed. Brusselas: Federación internacional de la diabetes. 2013 [citado el 21 de Oct 2016]. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/www_25610_Diabetes_Atlas_6th_Ed_SP_int_ok_0914.pdf
5. Segundo S. Diabetes Mellitus en el Perú: hacia dónde vamos. Rev Med Hered. 2015; 26:3-4.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Enfermedades no Transmisibles y Transmisibles 2014 [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Abril 2015 [citado el 21 de octubre 2016]. Disponible en:http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf
7. Del Castillo- Tirado R. Fernández-López J. Del Castillo- Tirado J. Guía de Practica Clínica del pie Diabético. iMedPub Journals [Internet]. 2014 [citado el 21 de octubre 2016]; Vol.10 (2:1): 1-17. Disponible en:

http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-en-el-pie-diabtico.pdf

8. Andrade N y col. Pacientes con diabetes mellitus: atención y prevención del pie diabético en atención primaria a la salud. Rev enferm UERJ 2010; 18(4):616-621.
9. Lerma GI. Atención integral del paciente diabético 2003. México: McGraw Hill. p. 5562 y 257-267.
10. Global status report on non-communicable diseases 2014. Geneva, World Health Organization, 2012.Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/
11. World Health Organization. Global Health Estimates: Deaths by Cause, Age, Sex and Country, 2000-2012. Geneva, WHO, 2014 [Citado el 21 de octubre 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/
12. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 2006, 3(11):e442. [Citado el 21 de octubre 2016]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/
13. MINSA: Ministerio de salud del Perú [Internet]. Perú: Minsa; 2014 [citado el 25 de octubre 2016]. Día mundial de la Diabetes, Datos Importantes. Disponible en:http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/diabetes/index.asp?pg=4
14. Castro Almeida H. Nivel de conocimiento en la prevención del pie diabético en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 de un Hospital de Lima -Perú 2014 [Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería] 2015. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Citado el 21 de octubre 2016]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4165/1/Castro_ah.pdf
15. Còrdova Arévalo, Jhoanna Verónica. Influencia de la depresión en la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos mayores de 40 años en el hospital II EsSalud Pucallpa en el año 2014. [Tesis para optar el Título profesional de Médico Cirujano] 2016. Universidad Nacional de Ucayali. [Citado el 21 de octubre del 2016].
16. Rios Linares, José Ricarti. Epidemiologia, Clínica y terapéutica del Pie diabético en pacientes del Hospital Regional de Pucallpa y Hospital Amazonico de Yarinacocha en

el año 2013 Ucayali-Perú. [Tesis para optar el Título profesional de Médico Cirujano] 2016. Universidad Nacional de Ucayali. [Citado el 21 de octubre del 2016].

17. Kueh YC, Morris T, Borkoles E, Shee H. Modelling of diabetes knowledge, attitudes, self-management, and quality of life: a cross-sectional study with an Australian sample. Health and Quality of Life Outcomes. PMC [Internet]. 2015. [citado el 24 de Oct 2015]; vol. 13:129. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4543474/?tool=pubmed

18. López-Quiroz Marbella, Narváez-Aburto Oxana de los Ángeles. Conocimientos y actitudes de diabetes mellitus en usuarios de dispensarizados del centro de salud y policlínico Francisco Morazán del departamento de Managua en el período de octubre del año 2015. 2015 [Tesis para optar el Título de Doctor en Medicina y Cirugía] Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua. [Citado el 21 de octubre 2016]. Disponible en: http://repositorio.unan.edu.ni/1602/1/90416.pdf

19. Reyes-Rivera Luis Giovanny, Rentería-Ruíz Oscar Danilo. Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados en las unidades de salud del municipio de San Pedro del Norte, Chinandega, durante marzo del 2013. [Tesis para optar el Título de Doctor en Medicina y Cirugía] 2015. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua. [Citado el 21 de octubre 2016]. Disponible en: http://repositorio.unan.edu.ni/1602/1/90416.pdf

20. Policarpo N. y col. Conocimiento, actitudes y prácticas en la prevención del pie diabético. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2014. [citado el 24 de Oct 2016]; vol.35 no.3. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000300036

21. Ayala Garrido, Carmen Luz. Actitudes hacia la diabetes del personal de salud tratante y pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Lima Metropolitana- Perú.2015. [Tesis para optar el el Título Profesional de Médico Cirujano].2015. Universidad Ricardo Palma. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/390/1/Ayala_cl.pdf

22. Repositorio.upao.gob.pe [Internet]. Perú. [Citado el 24 de Dic 2016]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/231

23. Melgarejo Chacón Nidia. Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con diagnóstico de esta enfermedad en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz Policía Nacional del Perú (PNP),2012. [Tesis para optar el título de especialista en medicina familiar y comunitaria] 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en:http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2750/1/Melgarejo_Chacon_Nidia_2013.pdf

24. OMS: Organización mundial de la salud [Internet]. Diabetes Action Live Online. [Citado el 09 de Dic 2016] Disponible en: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html

25. Blanes JI, y col. Tratado de Pie Diabético. Madrid: Jarpyo Editores. p.33. . [Citado el 09 de Dic 2016] disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/capitulo_2.pdf

26. Alonso M, y col. Guía de Protocolos de Pie Diabético. 1ra Edición. España: Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos; mayo 2011. [Citado el 09 de Nov 2015] Disponible en: http://www.icopcv.org/wp-content/uploads/2013/09/PROTOCOLOS_PIE_DIABETICO1.pdf

27. diabetes.org.uk. Inglaterra: Scottish Diabetes Foot Action Group. 2012. [Citado el 09 de Dic 2016] Disponible en: https://www.diabetes.org.uk/Documents/Professionals/Education%20and%20skills/Footcare-pathway.0212.pdf

28. Gil-Velázquez L. Sil-Acost M.J. Domínguez-Sánchez E. Torres-Arreola L. Medina-Chávez. Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet].2013. [Citado el 09 de Dic 2016];51(1):104-19. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im131o.pdf

29. M. Angeles Antón Miguel y col. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Mellitus Tipo 1. España: Servicio central de publicaciones del gobierno de Vasco. 2012; [Citado el

09 de Dic 2016] Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_513_Diabetes_1_Osteba_compl.pdf

30. Definicion.de [Internet]. WordPress. 2015 [Citado el 12 de Dic 2016]. Disponible en: http://definicion.de/conocimiento/#ixzz3t6WAISfH
31. Morales Vallecillo, Jacqueline. Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos, Programa dispensarizados en los 6 centro de salud del SILAIS Estelí-Nicaragua, Mayo a Junio del 2007. [Tesis para optar al título de Master en Salud Pública]. 2007. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Disponible en: http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t381/doc-contenido.pdf
32. Garcia AA, Villagomez ET, Brown SA, Kouzekanani K, Hanis CL. The starr county diabetes education study. Development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. Diabetes Care 2001; 24(1): 16-21
33. Bustos-Saldaña R, Barajas-Martínez A, López-Hernández G, Sánchez-Novoa E, Palomera-Palacios R, Islas-García J. Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. Arch Med Familiar 2007; 9(3): 147-159.
34. Anderson RM, Donnelly MB, Gressard CP, Dedrick RF. The development of a diabetes attitude scale for health care professionals. Diabetes Care 1989;12:120-7.
35. Hernández-Aguera JM, Basora-Gallisá J, Ansa-Echevarría X, Píñol-Moreso JL, Millán-Guasch M, Figuerola-Pino D. La versión española de la Diabetes Attitude Scale (DAS-3sp): un instrumento de medición de actitudes y motivaciones de diabetes. Endocrinol Nutr 2002; 49(9): 293 – 8.
36. Schmitt A, Gahr A, Hermanns N, Kulzer B, Huber J, Haak T. The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control. Health Qual Life Outcomes. 2013; 11: 138
37. Caro-Bautista J, Morilla-Herrera JC, Villa-Estrada F, Cuevas-Fernández-Gallego M, Lupiáñez-Pérez I, Morales-Asencio JM. Adaptación cultural al español y validación

psicométrica del Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA) en personas con diabetes mellitus tipo 2. Atención Primaria 2016; 48(7): 458 – 67.

38. Bustos Saldaña, , Bustos Mora, , Bustos Mora, , Cabrera Abud, , Flores Cortés, J. FALTA DE CONOCIMIENTOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA SER HOSPITALIZADO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2. Archivos en Medicina Familiar [Internet]. 2011;13(2):64-73. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50721216004

39. Garg et al. Assessment of self-care activities: A study among type 2 diabetic patients in a rural area of West Bengal. International Journal of Medical Science and Public Health; 2017;6(7):1173-1178. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Bobby_Paul2/publication/316497474_Assessment_of_selfcare_activities_A_study_among_type_2_diabetic_patients_in_a_rural_area_of_West_Bengal/links/5a28c047aca2727dd8870b4e/Assessment-of-self-care-activities-A-study-among-type-2-diabetic-patients-in-a-rural-area-of-West-Bengal.pdf

40. Sasi ST, Kodali M, Burra KC, Muppala BS, Gutta P, Bethanbhatla MK. Self-care activities, diabetic distress and other factors which affected the glycaemic control in a tertiary care teaching hospital in South India. J Clin Diagn Res. 2013;7(5):857-60.

41. Rajasekharan D, Kulkarni V, Unnikrishnan B, Kumar N, Holla R, Thapar R. Self-care activities among patients with diabetes attending a tertiary care hospital in Mangalore Karnataka, India. Ann Med Health Sci Res. 2015;5(1):59-64. Disponible en: https://www.ajol.info/index.php/amhsr/article/view/112514/102266

42. Veras Vivian y col. Autocuidado entre pacientes inscritos en un programa de autocontrol de glucemia. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 21 de agosto]; 35 (4): 42-48. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400042&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.47820.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROYECTO DE TESIS TITULADO: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE DIABETES MELLITUS A PACIENTES DE LOS HOSPITALES EN CORONEL PORTILLO, 2017"

Estimado(a) Sr(a) Usuario:

Buenos días, mi nombre es Claudia Cristina Silva Bardales, estudiante de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali.

En esta oportunidad me es grato dirigirme a Ud. Para hacerle llegar el presente cuestionario que tiene como finalidad obtener información sobre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes Mellitus.

Es de carácter ANÓNIMO y los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación. Agradezco anticipadamente su colaboración.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente __30__ minutos.

Su participación es estrictamente voluntaria. La información que proporcione será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas y por lo tanto, serán anónimas.

_____

Firma o Huella Digital

del Participante

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS PARA EL PROYECTO DE TESIS TITULADO: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE DIABETES MELLITUS A PACIENTES DE LOS HOSPITALES EN CORONEL PORTILLO, 2017"

Datos generales del paciente

1.- Sexo: F M

2.- Edad: _____

3.- Estado civil: a) Soltero b) Conviviente c) casado d) Viudo

4.- Grado de instrucción : a) Ninguna b) Primaria c) Secundaria d) Tecnico e)Universitario

Ocupación actual:_____

5.- Tiempo de enfermedad_____

6.- Tipo de tratamiento: ADO Insulina ADO+Insulina

7.- Regularidad del tratamiento : Regular Irregular

8.- Comorbilidades :Ausente Asma Hipertensión Arterial EPOC Cardiopatías Obesidad

A continuación, le presentamos algunas frases y opiniones sobre la diabetes. Marque la casilla correspondiente de cada afirmación. Es importante que responda a todas las afirmaciones.

CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN DIABETES

Ítem #	**Preguntas**	**Si**	**No**	**No se**
1	El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es causa de diabetes			
2	La causa común de la diabetes es la falta de insulina efectiva en el cuerpo			
3	La diabetes es causada porque los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina			
4	Los riñones producen la insulina			
5	En la diabetes que no se está tratando, la calidad de azúcar en la sangre usualmente sube			

6	Si yo soy diabético, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabetes			
7	Se puede curar la diabetes			
8	Un nivel de azúcar de 210 en prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto			
9	La mejor manera de checar mi diabetes es haciendo pruebas de orina			
10	El ejercicio regular aumentara la necesidad de insulina u otro medicamento para la diabetes			
11	Hay dos tipos principales de diabetes: Tipo 1 (dependiente de insulina) y tipo 2 (no dependiente de insulina)			
12	Una reacción de insulina es causada por mucha comida			
13	La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio para controlar mi diabetes			
14	La diabetes frecuentemente causa mala circulación			
15	Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en diabéticos			
16	Los diabéticos deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies			
17	Una persona con diabetes debería limpiar una cortadura primero con yodo y alcohol			
18	La manera en que preparo mi comida es igual de importante que las comidas que como			
19	La diabetes puede dañar mis riñones			
20	La diabetes puede causar que no sienta mis manos, dedos y pies			
21	El temblar y sudar son señales de azúcar alta en la sangre			
22	El orinar seguido y la sed son señales de azúcar baja en la sangre			
23	Los calcetines y las medias elásticas apretadas no son malos para los diabéticos			
24	Una dieta diabética consiste principalmente de comidas especiales			

RESUMEN DE SU AUTOCUIDADO DE LA DIABETES

Las cuestiones de abajo preguntan sobre sus actividades para el autocuidado de su diabetes durante los últimos 7 días. Si usted estuvo enfermo /a en los último s 7 días, por favor piense en otros 7 días en los que no estuviese enfermo. Rodee con un círculo el número que corresponde con su respuesta.

Dieta

1.- Durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuántos días ha seguido una alimentación saludable?

0 1 2 3 4 5 6 7

2.- ¿Durante el último mes, cuantos DÍAS A LA SEMANA ha seguido una dieta saludable?

0 1 2 3 4 5 6 7

3.- Durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos días ha comido cinco o más porciones/raciones de frutas y vegetales?

0 1 2 3 4 5 6 7

Ejercicio

4.- DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuantos días ha realizado usted por lo menos 30 minutos de actividad física? (Minutos totales de actividad que incluye caminar)

0 1 2 3 4 5 6 7

5.- DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos días ha realizado una sesión de ejercicios (tales como natación, caminata, o ciclismo) aparte de lo que hace usted en su casa o como parte de su trabajo?

0 1 2 3 4 5 6 7

Análisis de Sangre

6. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuántos días se ha realizado análisis de azúcar en sangre?

0 1 2 3 4 5 6 7

7. DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuántos días se ha realizado los análisis de azúcar en sangre en el número de veces que le han sido recomendado por los profesionales sanitarios?

0 1 2 3 4 5 6 7

ACTITUDES DE LA DIABETES

Generalmente, (yo) creo que:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. ... los profesionales de la salud que atienden a las personas con diabetes deberían estar entrenadas (preparadas) para comunicarse					
2. ... la gente que no necesita insulina para tratar su diabetes tienen una enfermedad menos grave (bastante suave)					
3. ... ***no tiene mucho sentido pretender un buen control del nivel de azúcar en sangre porque de todas formas aparecerán complicaciones de la diabetes***					
4. ... ***la diabetes afecta a casi todos los aspectos de la vida de un diabético***					
5. ... ***las decisiones importantes del cuidado diario de la diabetes deberían tomarse por la persona que la padece***					
6. ***... los profesionales de la salud debieran ser enseñados (entrenados) sobre como el cuidado diario de la diabetes afecta a las vidas de los pacientes***					
7. ***...la gente mayor con diabetes tipo 2* no suele tener complicaciones***					
8. ... mantener el nivel de azúcar próximo al nivel normal puede prevenir las complicaciones de la diabetes					
9. ... los profesionales de la salud deberían ayudar a sus pacientes a tomar decisiones razonadas sobre sus planes de salud					
10. ...es importante(generalmente) que las enfermeras y dietistas que enseñan a los diabéticos aprendan técnicas de educación (comunicación) terapéutica					
11. ***...las personas cuya diabetes es tratada sólo con dieta no deben preocuparse por padecer muchas complicaciones a largo plazo*** **próximo** ***(cercano) a la normalidad***					
12. ***...prácticamente casi todos los*** **diabéticos** ***debieran de hacer lo que fuera*** **para** ***mantener su nivel de azúcar***					
13. ...las repercusiones emocionales de la diabetes son bastante leves (no tienen importancia...)					
14. ...las ***personas con diabetes deberían*** **tener la** ***última decisión(palabra) sobre*** **sus** ***objetivos de glucosa en sangre***					
15. ...no es ***necesario el auto-análisis para*** **las personas** ***que tienen diabetes del tipo 2****					
16. ...los problemas derivados de reacciones debidas a niveles bajos de azúcar ***en sangre (hipoglucemia) hacen*** **que un** ***control estricto sea demasiado*** **arriesgado** ***para la mayoría de los*** **pacientes**					
17. ...los profesionales de la salud deberían aprender a fijar objetivos en colaboración con sus pacientes, no solo					

decirles lo que deben de hacer						
18. ...la diabetes es "dura" porque nunca puedes despreocuparte de ella						
19. ...la persona diabética es el elemento más importante del equipo de cuidado de esta enfermedad						

Generalmente, (yo) creo que:

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
20. ...para hacer un buen trabajo los educadores en diabetes deberían aprender bastante sobre lo que significa ser un profesor. Para ser eficaces, los educadores en diabetes han de tener un elevado grado de conocimientos sobre el proceso de la enseñanza y el aprendizaje.					
21. ...la diabetes tipo 2* es una enfermedad muy seria (grave)					
22. ...el hecho de tener diabetes cambia la perspectiva de vida de la persona					
23. ...las personas con diabetes tipo 2* probablemente no obtendrán mucho beneficio de un estricto control de sus niveles de azúcar en sangre					
24. ...las personas diabéticas deberían estar bien informadas sobre su enfermedad para poder ocuparse por sí mismas, de su propio control					
25. ...la diabetes tipo 2* es tan grave como la diabetes tipo 1					
26. ...un control excesivo (estricto) de la diabetes es demasiado trabajo					
27. ...lo que el paciente hace tiene más impacto sobre el resultado del cuidado de la diabetes que cualquier cosa que haga un profesional de la salud					
28. ...un control estricto de azúcar en sangre sólo tiene sentido para los que tienen diabetes del tipo 1					
29. ...para los diabéticos es frustrante ocuparse de su enfermedad					
30. ...las personas con diabetes tienen el derecho a decidir la rigurosidad con que han de esforzarse para controlar su nivel de azúcar en sangre					
31. ...las personas que toman pastillas para su diabetes deben de preocuparse por su nivel de azúcar en sangre tanto como aquellas que utilizan insulina					
32. ...las personas con diabetes tienen el derecho a no cuidarse de su enfermedad					
33. ...el apoyo de la familia y de los amigos es importante en el tratamiento de la diabetes mellitus					