



**UNIVERSIDAD SAN PEDRO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**Escuela Profesional de Enfermería**

**Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II.  
atendidos en el Consultorio de Medicina del Hospital II-2  
Sullana agosto a noviembre del 2017.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL  
DE LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**AUTORA:**

**Bach.Enf. Nole Huancayo, Víctor Humberto.**

**ASESORA:**

**Dra. Arrestegui Alcantara, Juana Elsy.**

**Sullana, Perú**

**2017**

**Palabras clave:**

Español

Tema:	Calidad de vida Diabetes Mellitus tipo II Paciente adulto
Especialidad	Enfermería

English

Theme	Quality of life Diabetes Mellitus type II Adult patient
Specialty	Nursing

## ***DEDICATORIA***

La presente tesis familiar la quedo dedicada gracias a su apoyo pude concluir.

A mis padres y hermanos por su apoyo en todo lo necesario para cumplir como persona y estudiante.

A mi padre por brindarme los recursos y estar a mi lado aconsejándome apoyándome siempre.

A mi madre por hacer de mí un hombre a través de sus consejos, enseñanzas.

A mis hermanos por estar siempre acompañándome.

A todo el resto de mi familia a otra manera de saber que han ayudado a terminar la tesis.

A todos en general por darme la oportunidad de realizarme profesionalmente.

## ***AGRADECIMIENTO***

Primero y como más importante, me gustaría agradecerle sinceramente a mi docente de Tesis, Arrestigui Alcantara Juana, su esfuerzo y dedicación.

Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y motivación han sido fundamentales para mi información como investigador.

Ella ha incluido en mí un sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podría tener una información completa como investigador.

A su manera, ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con ella por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado la tesis.

## ***DERECHO DE AUTOR***

Se reserva esta propiedad intel de los derechos **DECRETO** de la autora

**LEGISLATIVO** de 822 la República del P presente

in fo ser mere pro d no u cido e de ya se venta o publicaciones comercia usado total o parcialmente por Pedro para fines didácticos. Cu diferentes debe tener antes n correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de la Facultad de Ciencias de la S San Pedro ha **precaucion** e tomadolas **razonab**

**para verificar la información publicación.**

Atentamente.

*Bach. Enf. Victor Humberto Nole Huancayo*

## PRESENTACIÓN

En el desarrollo de las actividades académicas para la formación profesional de los estudiantes de la carrera Profesional de Enfermería, se encuentra la de realizar trabajos de investigación a nivel de pre grado con el propósito de obtener el título Profesional, en tal sentido, ponemos a disposición de todos los miembros de la comunidad universitaria y extrauniversitaria el presente informe de investigación titulado: **calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Atendidos en el consultorio de medicina del Hospital II-2 Sullana Agosto a Noviembre del 2017.** El presente informe de investigación cumple con los requisitos exigidos por el reglamento de grados y títulos de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad San Pedro.

En este informe, el primer capítulo corresponde a la introducción, en donde se muestra los antecedentes relacionados con las variables de estudio, así como también se describe el problema en la cual se expone el planteamiento delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedente del estudio, base teórica, definición y operacionalización de las variables; en el segundo capítulo exponemos material y métodos, donde se presenta el nivel , tipo y método, área de estudio, población, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, plan de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos, en el tercer capítulo se muestran los resultados tabulados estadísticamente y agrupados en tablas simples y de doble entrada, con el propósito de poder analizarlos posteriormente, así como también presentamos sus respectivas expresiones gráficas para poder visualizar las tendencias obtenidas es este estudio y la discusión de los resultados; en el cuarto capítulo se considera las conclusiones y recomendaciones y por último se presenta las referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

## INDICE

PALABRA CLAVE	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DERECHO DE AUTORIA	v
PRESENTACION	vi
INDICE	vii
TABLAS	viii
GRAFICOS	x
RESUMEN	
ABSTRAC	
I. INTRODUCCION	1-27
II. MATERIAL Y METODOS	28-31
III. RESULTADOS	32-51
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52-53
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	54-55
ANEXOS	56-63

## INDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA N° 01:	Edad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017.	32
TABLA N° 02:	Sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	33
TABLA N° 03	Estado civil de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	34
TABLA N° 04	Grado de instrucción de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	35
ABLA N° 05	Tiempo de diagnóstico de la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	36
TABLA N° 06	Tratamiento indicado en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. <sup>37</sup> Diciembre 2016- Abril 2017	37
TABLA N° 07	Complicaciones que se pueden presentar en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	38
TABLA N° 08	Calidad de vida según dimensión: satisfacción al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de <sup>40</sup> medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	40
TABLA N° 09	Calidad de vida según dimensión: Impacto de la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de 41 medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	41
TABLA N° 10	Calidad de vida según dimensión: Preocupación por los efectos de la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	42



TABLA N° 11	Calidad de vida según dimensión: estado de salud en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	43
TABLA N° 12	Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	44
TABLA N° 13	Relación Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según edad atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	44
TABLA N° 14	Relación Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según edad atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	46

## INDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
GRAFICO N° 01:	Edad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017.	32
GRAFICO N° 02:	Sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	33
GRAFICO N° 03	Estado civil de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	34
GRAFICO N° 04	Grado de instrucción de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	35
GRAFICO N° 05	Tiempo de diagnóstico de la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	36
GRAFICO N° 06	Tratamiento indicado en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. <sup>37</sup> Diciembre 2016- Abril 2017	
GRAFICO N° 07	Complicaciones que se pueden presentar en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	38
GRAFICO N° 08	Calidad de vida según dimensión: satisfacción al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de <sup>40</sup> medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	
GRAFICO N° 09	Calidad de vida según dimensión: Impacto de la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de 41 medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	
GRAFICO N° 10	Calidad de vida según dimensión: Preocupación por los efectos de la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en	42

consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016-  
Abril 2017

GRAFICO N° 11	Calidad de vida según dimensión: estado de salud en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	42
GRAFICO N° 12	Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	43
GRAFICO N° 13	Relación Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según edad atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	44
GRAFICO N° 14	Relación Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según edad atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017	46

## RESUMEN

La presente investigación se realizó, con el **Objetivo:** Determinar la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en el Consultorio de Medicina del Hospital II-2 Sullana Agosto a Noviembre del 2017. **Material y Métodos:** El método de investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra fue de 48 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. La técnica utilizada fue la Entrevista, y El instrumento de recolección de datos fue diseñado, validado y utilizado por Haya Pezo Karina y Paima Angulo Kety (2014) y adaptado por el autor del presente estudio. Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS versión 20. **Resultados:** Las características sociodemograficas según edad la mayoría tiene entre 30 a 40 años, de sexo femenino, estado civil sin pareja y con secundaria completa. El tiempo de diagnóstico de la enfermedad, el 52,1% más de 21 años, el 35,4% de 1 a 5 años y el 12,5% entre 16 a 20 años. El tratamiento indicado en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos está basado en ejercicio, medicamentos orales, dieta y mínimo porcentaje inyectables. Los pacientes conocen que las complicaciones que pueden son amputaciones, problema de los pies, retinopatía, neuropatía, nefropatía entre otros. La variable calidad de vida, el 79,2% refieren que es regular y el 20,8% refieren que su calidad de vida es alta. Al contrastar la hipótesis planteada en el proyecto de investigación, se esperaba encontrar una calidad de vida mala, esta difiere con los resultados del estudio porque arrojó como resultado una calidad de vida media.. **Conclusiones:** La variable calidad de vida, el 79,2% refieren que es regular y el 20,8% refieren que su calidad de vida es alta.

**Recomendaciones:** Incentivar al personal de enfermería a mantener una participación activa y constante en el cuidado integral, generando e implementando programas que ayuden a incrementar la calidad de vida mediante el desarrollo bio-psico-social

---

**Palabras clave:** Calidad de vida - Diabetes Mellitus tipo II

## ABSTRACT

The present investigation was carried out, with the Objective: To determine the quality of life in patients with Type II Diabetes Mellitus treated in the Medicine Clinic of Hospital II-2 Sullana August to November 2017. Material and Methods: The approach research method quantitative, descriptive, transversal and retrospective. The sample consisted of 48 patients with type 2 diabetes mellitus. The technique used was the Interview, and the data collection instrument was designed, validated and used by Haya Pezo Karina and Paima Angulo Kety (2014) and adapted by the author of this document. study. The data were processed with the statistical program SPSS version 20. Results: The sociodemographic characteristics according to age are mostly between 30 to 40 years old, female, marital status without partner and complete secondary. The time of diagnosis of the disease, 52.1% more than 21 years, 35.4% from 1 to 5 years and 12.5% between 16 and 20 years. The treatment indicated in patients with type 2 diabetes mellitus treated is based on exercise, oral medications, diet and a minimum percentage of injectables. Patients know that the complications that can be amputations, foot problems, retinopathy, neuropathy, nephropathy among others. The variable quality of life, 79.2% say it is fair and 20.8% say that their quality of life is high. When contrasting the hypothesis proposed in the research project, it was expected to find a bad quality of life, this differs with the results of the study because it resulted in a quality of average life. Conclusions: The quality of life variable, 79.2 % say it is fair and 20.8% say that their quality of life is high. Recommendations: Encourage the nursing staff to maintain an active and constant participation in comprehensive care, generating and implementing programs that help increase the quality of life through bio-psycho-social development

---

Keywords: Quality of life - Diabetes Mellitus type II

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

**Haya Pezo Karina, Paima Angulo Kety (2012)** “*Calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, que asisten al Programa Diabetes Mellitus. Hospital EsSalud- II Tarapoto .Junio –Agosto*”. La muestra e representada por 74 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó el cuestionario DQOL para determinar la calidad de vida, los datos obtenidos fueron sistematizados usando el paquete estadístico Microsoft Excel 2007 y SPSS Statistics 19. Logrando obtener los siguientes resultados: La calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que asisten al Programa Diabetes MellitusLUD” HoospitaldeRegular“EsSA a Alta. de los pacientes con diabetes Mellitus tipo II que acuden al programa es de 59 años, con grado de instrucción superior, se observa predominio del sexo femenino, estado marital con pareja. El tiempo de diagnóstico de la enfermedad oscila entre 1 -29 años y con una pertenencia al programa de 1 –16 años y la complicación que más preocupa a los pacientes con diabetes Mellitus tipo II que acuden al programa es amputación y problemas de los pies. La dimensión que más afecta a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que acuden al Programa Diabetes Mellitus, es preocupación por efectos futuros de la enfermedad, seguida por impacto de la enfermedad y la menos afectada es satisfacción con el tratamiento. La percepción general del estado de salud de los pacientes con diabetes Mellitus tipo II es regular. Se recomienda al Ministerio de Salud implementar el Programa de Diabetes Mellitus, para que exista un mejor control en pacientes con Diabetes que no cuentan con un seguro.

**Lisette Angie Portilla García (2011)**, *Calidad de Vida y el Autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento*. Se utilizó un

diseño descriptivo comparativo. El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional. La muestra estuvo conformada por 56 pacientes de ambos sexos, cuyas edades fluctuaron entre 43 y 87 años, con Diabetes Mellitus tipo 2 que asistían a consulta externa en el Hospital Central FAP. Los instrumentos utilizados fueron: El cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (DQOL –Diabetes Quality of Life), el cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5) y la Ficha de Salud para la Adherencia al tratamiento y los datos personales del paciente. Se concluye que según la adherencia al tratamiento se encuentra diferencias significativas tanto en la Calidad de Vida como en el Autoconcepto, a favor de los pacientes con adherencia al tratamiento. Lo mismo ocurre para las dimensiones del autoconcepto, exceptuando al autoconcepto emocional, el cual no presenta diferencias significativas de acuerdo a la adherencia o no al tratamiento. Por otro lado se encontró que en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) con adherencia al tratamiento existe una correlación significativa entre la Calidad de Vida y el Autoconcepto Familiar. En los pacientes con DM2 sin adherencia al tratamiento se encontraron correlaciones significativas entre la Calidad de Vida y el Autoconcepto Social, así como con el Autoconcepto Familiar. Por último, con respecto al sexo no se hallaron diferencias en ninguna de las variables, sin embargo con respecto a la edad se encontraron diferencias significativas en cuanto al Autoconcepto entre los adultos y adultos mayores, a favor de los primeros.

**Yataco (2008)** estudia los estadios de cambio y calidad de vida en pacientes alcohólicos atendidos en los consultorios externos de farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Los participantes fueron 110 pacientes alcohólicos (72 hombres y 38 mujeres) con edades entre 21 y 50 años, con un tiempo de consumo de 3 años como mínimo. Se utilizaron la Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island: URICA y la Escala de Evaluación de Calidad de vida de Olson y Barnes, ambos cuestionarios adaptados a Lima. Sus resultados muestran que en los pacientes alcohólicos predomina el estadio de contemplación y le sigue el estadio de acción con respecto a los estadios de cambio. La calidad de vida es mejor en mujeres que en hombres, deteriorándose

más con la edad, siendo su calidad de vida en términos globales moderada o regular. El autor concluye que cuando los pacientes están en los estadios de cambio terapéutico iniciales se afecta más la calidad de vida mejorando con el paso a otros estadios de cambio más avanzado.

**Lauro de los Ríos, Barrios y Luzeldy (2005)** estudiaron la *valoración de la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética de la ciudad de México*, y para ello trabajaron con tres grupos de pacientes: Sanos, con diabetes mellitus tipo 2 y con nefropatía diabética (100 participantes de cada grupo). Fueron evaluados con la escala de Calidad de Vida relacionada con la Salud (ESCAVIRS), en su versión validada y estandarizada al español. Los resultados revelaron un proceso gradual y progresivo en el deterioro de su calidad de vida con tendencias significativas a medida que la enfermedad avanza en relación con la cronicidad del padecimiento, deterioro que va desde 5% en los sujetos sanos, de 45% en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y hasta 85% en los enfermos con secuela de nefropatía diabética. Dentro de las áreas evaluadas sobresalen la de interacción con el equipo de salud, la disfunción sexual, los aspectos emocionales y físicos, entre otros, teniendo más riesgo en el deterioro, aquellos pacientes con más de cinco años de evolución de la diabetes mellitus tipo 2, el nivel educativo bajo y la edad mayor de 50 años. Con estos resultados los autores concluyen que el grado de deterioro de la calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética es progresivo y asociado a la evolución degenerativa de la enfermedad.

**Cárdenas, Pedraza y Lerma (2005)** en Monterrey, México investigaron la *calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Las autoras evaluaron a 137 adultos con edades entre los 25 y 80 años, de ambos sexos, de la ciudad de 26 Monterrey. A estos pacientes se les aplicó el cuestionario de Calidad de vida en diabetes –DQOL, además de medidas médicas como el peso, talla, presión arterial y muestras de sangre, datos que fueron complementados con una ficha sociodemográfica. Los resultados hallados por las autoras indican que la calidad de vida no está influenciada por la edad y el estado marital. Los hombres



obtuvieron mayor calidad de vida que las mujeres, pero las mujeres informaron estar más satisfechas con su tratamiento. El tiempo de enfermedad y la presencia de complicaciones no influyeron en la percepción de calidad de vida de estos pacientes.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION**

La diabetes mellitus es una enfermedad universal en el sentido de que afecta a todos los pueblos del mundo; y a todos los órganos y sistemas del cuerpo humano. Es una enfermedad causada por la poca producción de insulina (hormona producida por el páncreas para regular el azúcar sanguíneo), resistencia a la insulina o ambas, es por eso que las personas con diabetes presentan altos niveles de glucosa, debido a que su páncreas no produce suficiente insulina o sus músculos, grasa y células hepáticas no responden de manera normal a la insulina, o ambos. Es una enfermedad multiorgánica ya que puede lesionar casi todos los órganos y en especial los ojos, los riñones, el corazón y las extremidades, llegando en algunos casos a la pérdida de éstos órganos. Como ya se mencionó esta es una enfermedad que afecta a personas a nivel mundial, incrementándose cada vez más su incidencia, tal es así que actualmente existen aproximadamente 150 millones de personas afectadas con esta enfermedad en todo el mundo.( Seclen 2014).

Se estima que la diabetes mellitus afecta entre el 3 al 5 % de la población peruana, es decir a unos 200 mil peruanos. La importancia fundamental es determinar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, ya que esta enfermedad puede generar un fuerte impacto en la calidad de vida del paciente, deteriorando su capacidad de obrar por sí mismos y generando sentimientos de incompetencia. Frente a esta problemática se hace necesario estudiar si con la existencia del programa control de enfermería a pacientes diabéticos la calidad de vida mejora significativamente o todo lo contrario y de acuerdo a los resultados que se obtenga actuar en conjunto

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en el Consultorio de Medicina del Hospital II-2 Sullana Agosto a Noviembre del 2017?

## **1.4 MARCO REFERENCIAL**

### **Base teórica.**

Con el fin de tener un sustento científico para la presente investigación y para el análisis e interpretación de los hallazgos, a continuación se fundamenta en las bases conceptuales: calidad de vida, diabetes mellitus tipo II y paciente adulto

### **1.4.1. DIABETES:**

#### **Definición.**

La diabetes es una enfermedad producida por una alteración del metabolismo de los carbohidratos en la que aparece una cantidad excesiva de azúcar en la sangre y a veces (MINSA 2013) en la orina” (

El comité de expertos de la OMS, define a la diabetes mell de hiperglucemia crónica, pudiendo ser consecuencia de factores y ambientales

que a menudo actúan conjuntamente”. E además de los hidratos de carbono se alteran los lípidos, proteínas y equilibrio acido-base. (OMS 2010).

**Clasificación.** Se clasifica en 3 tipos:

- a) Diabetes Mellitus tipo 1
- b) Diabetes Mellitus tipo 2
- d) Diabetes secundaria.

#### **Diabetes mellitus tipo 1:**

Característicamente se da en la época temprana de la vida y se caracteriza por un déficit absoluto de insulina, dado por la destrucción de las células beta del páncreas por procesos autoinmunes ó idiopáticos. Cerca de 1 en 20 personas diabéticas tiene diabetes tipo 1, la cual se presenta más frecuentemente en jóvenes y niños. Este tipo de diabetes se conocía como diabetes mellitus insulino dependiente o diabetes juvenil, en ella, las células beta del páncreas no

producen insulina o apenas producen. En los primeros años de la enfermedad suelen quedar reservas pancreáticas que permiten una secreción mínima de insulina.

### **Diabetes mellitus tipo 2:**

Se caracteriza por un complejo mecanismo fisiopatológico, que se caracteriza por el déficit relativo de producción de insulina y por una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina). Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida, y es muy frecuente la asociación con la obesidad; anteriormente se le llamaba diabetes del adulto, diabetes relacionada con la obesidad, diabetes no insulino dependiente. Varios fármacos y otras causas pueden, sin embargo, causar este tipo de diabetes. Es muy frecuente la diabetes tipo 2 asociada a la toma prolongada de corticoides.

### **Diabetes secundaria.**

Síndromes diabéticos diversos se atribuyen a veces a una enfermedad, fármacos o cuadros específicos; incluyen:

- 1) trastornos del páncreas.
- 2) enfermedades endocrinas.
- 3) fármacos.
- 4) síndromes genéticos.
- 5) anormalidades de receptores de insulina.
- 6) malnutrición.

### **Signos y síntomas**

Los niveles altos de glucosa en la sangre pueden causar diversos problemas que están dado por necesidad frecuente de orinar (poliuria), sed excesiva (polidipsia), exceso de apetito (polifagia), fatiga, pérdida de peso y visión borrosa; sin embargo, debido a que la diabetes tipo 2 se desarrolla lentamente,

algunas personas con niveles altos de azúcar en la sangre son completamente asintomáticas. (Nora Bar 2014).

Los síntomas de la diabetes tipo 1 son: Aumento de la sed, aumento de la micción, pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito, fatiga, náuseas, vómitos, aumento de la sed, aumento de la micción, aumento del apetito, fatiga, visión borrosa, infecciones que sanan lentamente, impotencia en los hombres.

Es oportuno recordar que el paciente diabético es un paciente complejo que puede tener manifestaciones de su enfermedad a nivel de varios órganos aun sin sintomatología y hasta puede desconocer que padece la enfermedad.

### **Medios de Diagnóstico**

El diagnóstico suele ser directo. El método inicial más apropiado es medir la glucemia después de ayuno de toda la noche; varía menos de un día a otro y es más resistente a factores que alteran de modo inespecífico el metabolismo de la glucosa. El diagnóstico se corrobora si la glucemia es de 140mg/100ml.

(o más) en dos ocasiones separadas; siendo los valores normales de 70 –110 mmHg Por lo común, cifras de glucemia en ayunas menores de 115mg/100ml, no justifican la práctica de nuevos estudios; cifras entre 115 y 140 mg/100ml, aunque no es diagnóstica deben despertar sospecha.

Los individuos con ellas pueden mostrar hiperglucemia posprandial, razón por la cual algunos expertos recomiendan realizar nuevos estudios, como la prueba de tolerancia a la glucosa ingerida; esta prueba tiene la ventaja de detectar la diabetes en sus etapas incipientes, fase en que el tratamiento tiene su mayor eficacia. La desventaja es que este método puede ocasionar un diagnóstico excesivo. Entre los factores que a menudo perturban de modo inespecífico la tolerancia a la glucosa están:

- Restricción de carbohidratos.
- Reposo absoluto en cama.

- Estrés médico o quirúrgico.
- Fármacos.
- Fumar durante la administración de la prueba, o angustia por el pinchazo con la aguja.

Muchos pacientes con diabetes tipo II tienen la enfermedad antes de que se aprecien los síntomas, y por ello es importante detectar en forma primaria a personas de alto riesgo.

### **Tratamiento:**

En el tratamiento, el paciente y su familia deben ser parte activa del grupo de tratamiento por lo cual la educación y la motivación son elementos fundamentales para su integración y realización, idealmente el enfoque terapéutico debe ser realizado por un equipo que conste mínimamente de un médico entrenado, una enfermera educadora, un nutricionista dietista y un

(Javier Rosado 2014).

Psicólogo.

El tratamiento de la diabetes mellitus comprende cambios en el estilo de vida e interacciones farmacológicas con insulina o fármacos hipoglicemiantes ingeridos. En la diabetes tipo I la meta principal es reponer la secreción de insulina faltante; los cambios en el modo de vida se necesitan para facilitar la insulino terapia y optimizar la salud. En casi todos los sujetos con diabetes de tipo II el cimiento de la terapéutica lo constituyen los cambios en el modo de vida. La intervención farmacológica representa una estrategia secundaria para personas que no pueden realizar tales cambios. Las estrategias terapéuticas en las dos formas de diabetes son diferentes, pero los objetivos a corto y largo plazo en el tratamiento son los mismos.

Los objetivos principales del tratamiento son evitar los síntomas derivados de la hiperglucemia y prevenir las complicaciones metabólicas agudas y crónicas. En el tratamiento deben considerarse cinco puntos fundamentales:

**1. Dieta:** La alimentación, como actividad cotidiana, sustrato de la vida y enormemente influyente en el metabolismo humano es, sin duda, uno de los instrumentos más poderosos pero peor utilizados en el manejo de gran número de enfermedades entre las que, desde luego, se encuentra la diabetes.

Es el pilar básico en el tratamiento de la diabetes y persigue dos objetivos prioritarios:

- Normalización del peso del paciente, normocalórica si tiene normopeso o hipercalórica si es delgado.
- Consecución de la normogluceemia.

Para el cumplimiento de estos objetivos es prioritario controlar las calorías ingeridas, mantener un horario regular de las comidas y evitar los azúcares refinados. Las normas alimentarias del paciente diabético difieren muy poco de las que serían recomendables para el resto de la población. Es necesario elaborar un plan de alimentación, teniendo presente los siguientes puntos:

**a. Contenido calórico.-** deben evaluarse las necesidades energéticas del paciente en función de su edad, sexo, actividad física y estado nutricional. Los hidratos de carbono deben aportar el 50 –55% de las calorías, las proteínas el 15 –20% y las grasas el 30 –35% restante; esta proporción es la base de lo que se considera una dieta equilibrada.

Para el cálculo del contenido calórico de los elementos, se debe tener en cuenta que las proteínas y los hidratos de carbono proporcionan 4Kcal/g las grasas 9Kcal/g y el alcohol 7Kcal/g.

**b. Contenido de proteínas.-** además de la cantidad, es necesario considerar la calidad de las proteínas, lo que se hace teniendo en cuenta el valor biológico de las mismas, que establece la relación entre los aportes y las necesidades de aminoácidos esenciales (que el organismo no puede sintetizar). La ovo albúmina (proteína del huevo) es la que mayor valor biológico tiene; tras ella se sitúa la lacto albumina de la leche, las proteínas de la carne y el pescado y, por último, las de los cereales y otros alimentos de origen vegetal.

Un gramo de proteínas por kilogramo de peso corporal es suficiente para una adecuada nutrición, siempre que la mitad de estas proteínas sean de origen animal (proteínas de alto valor biológico).

**c. Contenido de hidratos de carbono.-** habitualmente no se deben superar los 275 –300g diarios, si bien en individuos jóvenes con importante trabajo muscular esta cifra puede ser aumentada. Hay dos tipos de carbohidratos: los complejos o de absorción lenta (legumbres, verduras, pastas, etc.) y los simples o de absorción rápida (azúcares, dulces, frutas, etc.). En los pacientes diabéticos es conveniente que la mayoría de los aportes se hagan en forma de hidratos de carbono complejos, evitando en la medida de lo posible los azúcares sencillos.

**d. Contenido de grasas.-** las grasas constituyen la fuente más importante de energía. Los alimentos más ricos en ellas son los aceites de cualquier tipo, los embutidos, la carne de cordero, cerdo, el pescado azul, la leche y sus derivados no descremados. No hay que olvidar que deben ingerirse preferentemente alimentos ricos en grasas mono o poliinsaturados, evitando los ricos en grasas saturadas y colesterol.

En la dieta se debe considerar además lo siguiente:

- Ser nutricionalmente (dieta equilibrada). completa
- Mantener o acercar el peso al ideal.
- Contribuir a normalizar los niveles
- Atenuar el riesgo cardiovascular (ni
- Contribuir a mejorar el curso o existen. de las
- Adaptarse a los gustos de los pacien

Para aprovecharse de los beneficios de una dieta correcta en la diabetes, es imprescindible tener unos conocimientos básicos de nutrición, ya que la dieta en la diabetes debe ser, ante todo, una dieta equilibrada que contenga todos los nutrientes imprescindibles para la vida.



**2. Ejercicio:** El ejercicio en el paciente diabético tiene muchos efectos beneficiosos: ayuda a normalizar el peso del paciente, mejora la forma física y disminuye los requerimientos de insulina o antidiabéticos orales, ya que aumenta la captación de glucosa por los músculos.

Se recomienda la práctica de ejercicio aeróbico de intensidad moderada y de forma regular (preferentemente todos los días a la misma hora). Un ejercicio de alta intensidad puede ser percibido por el organismo como un estrés, provocando la liberación de hormonas contra reguladoras que provocan una elevación temporal de la glucemia. Cuando se inicie un programa de ejercicio, hay que tener presente varios puntos:

- Usar los zapatos adecuados, incluso
- No hacer ejercicio a temperaturas ex
- Vigilarse los pies después de toda a
- Realizar la actividad física solo si

momento. Los pacientes con glucemia mayor de 250 mg/dl y cetonuria no deben iniciar ejercicio hasta que la cetonuria se negativice y la glucemia baje, debido a que el ejercicio aumenta la secreción de glucagón, lo que aumenta la liberación de glucosa hepática y, por lo tanto, tiende a elevar la glucemia. Los pacientes con tratamiento insulínico deben tomar un aporte extra de carbohidratos antes de iniciar el ejercicio para evitar una hipoglucemia inesperada. En ocasiones, la hipoglucemia aparece después del ejercicio, por lo que también se debe tomar un aporte de carbohidratos al final de la sesión o incluso reducir la dosis de insulina al realizar el ejercicio. Los efectos hipoglucemiantes de la actividad pueden durar hasta 48 horas después del ejercicio. Los diabéticos tipo 2 que no estén en tratamiento con insulina ni con hipoglucemiantes orales no necesitan estos aportes extras.

Beneficios del ejercicio físico: el ejercicio físico en el paciente diabético:

- Obliga al cuerpo a absorber más oxígeno a los tejidos.

- El oxígeno mejora la combustión de la energía.
- Mayor resistencia de los tejidos que
- Los músculos esqueléticos tardan más en fatigarse soportan mejor los esfuerzos prolongados.
- Optimiza la capacidad pulmonar.
- Fortalece el corazón:
  - Gana potencia.
  - Resiste mejor la fatiga.
  - Retarda la aparición de arteriosclerosis.
- Regulariza y combate el estreñimiento y la digestión.
- Ayuda a conciliar el sueño.
- Estimula el riego en el cerebro.
- En el ámbito psíquico:
  - Confianza en sí mismo.
  - Fuente de equilibrio.
  - Liberación de estrés y agresividad.
- Para las personas que tienen diabetes:
  - La glucemia durante y después del ejercicio.
  - La insulinemia basal y postprandial.
  - La necesidad de fármacos.

La actividad física mejora:

- La sensibilidad a la insulina.
- Los niveles de Hemoglobina Glicosilada.
- Las cifras de tensión arterial.
- La reducción de peso por la dieta
- La función cardiovascular.
- La elasticidad corporal.
- La sensación de bienestar.

La duración de los ejercicios deben ser entre 30 a 60 minutos mínimas tres veces por semana

Los deportes aconsejados deben ser aeróbicos: Bicicleta, fútbol, saltar a la cuerda, natación, tenis, atletismo, caminar.

Los deportes no aconsejados son los anaeróbicos de alta resistencia y todos aquellos que conllevan un riesgo para la persona con diabetes: culturismo, pesa, escalada, motorismo, pesca submarina, horario ejercicio físico, cuando las glucemias estén más elevadas (una hora después de: desayuno - almuerzo - cena)

- Evitar ejercicio durante la fase de máxima acción de la insulina,
- Cuando la insulina se está agotando

Riesgos del ejercicio físico

- Hipoglucemias.
- Hiperglucemias
- Manifestación de la enfermedad cardiovascular.
- Empeoramiento de las complicaciones de la diabetes.

### **Contraindicaciones**

- Glucemia > 300 mg/dl.
- y/o en presencia de cetonurias positivas.
- Hipoglucemias asintomáticas.

No sólo el ejercicio tiene beneficios desde el punto de vista de la diabetes, también previene enfermedades cardiovasculares, reduce los niveles de lípidos, disminuye la presión arterial y el exceso de peso, en ancianos previene atrofas y retracciones musculares y tiene efectos psicológicos aumentando la autoestima y contrarresta el estrés.

### **3. Medicamentos:** (Molina Y.2008)

**Fármacos:** Insulina.- La insulina es el fármaco hipoglucemiante más conocido. Según su vida media podemos distinguir cuatro tipos de insulina. La insulina se administra generalmente en forma de inyecciones subcutáneas.

Podemos distinguir dos tipos de insulinoterapia:

Insulinoterapia convencional (1 o 2 inyecciones). Suele utilizarse en algunos casos de pacientes diabéticos tipo 2, miel”.

Insulinoterapia intensiva (3 o más inyecciones diarias). Es la pauta habitual en el tratamiento de la diabetes tipo 1.

En algunos pacientes la insulina se administra por vía subcutánea de manera continua, mediante una bomba de insulina, aunque su uso no está todavía muy extendida. La insulina puede administrarse también por vía intravenosa o intramuscular en situaciones agudas. Los pacientes que requieren insulina para su control deben conocer diversos aspectos importantes para ésta:

La insulina debe guardarse en el frigorífico. El vial que se esté utilizando puede mantenerse a temperatura ambiente, siempre que las condiciones no sean extremas. Se aconseja desechar el frasco de insulina al mes de haberla empezado.

Preparación de la insulina. Cuando se han de administrar simultáneamente de acción rápida y prolongada, se pueden mezclar en la misma jeringuilla. Se debe cargar primero la insulina regular.

Zonas de punción. Se aconseja cuatro áreas básicas para la inyección: abdomen, cara extensora de los brazos, cara anterior de los muslos y nalgas.

La velocidad de absorción es diferente según la zona, siendo máximo en el abdomen y mínimo en los muslos. Se recomienda la rotación de las zonas para evitar posibles efectos adversos locales en el tejido adiposo.

Técnica de inyección. Existen varios métodos para la inyección de la insulina, siendo importante en todos ellos que ésta quede inyectada en el tejido

subcutáneo (y no en la dermis o en el músculo), dado que de lo contrario se puede afectar la velocidad de absorción de la misma. El número de aguja que se utiliza es N° 26.

A pesar del uso generalizado de la vía subcutánea para la administración diaria de insulina, lo incómodo del sistema y la variabilidad de la

farmacocinética al momento de la absorción; ha motivado la elaboración, desde hace varios años, de una serie de sistemas diversos de jeringas, agujas y dispositivos mecánicos (bomba de infusión), con el fin de conseguir una mayor aceptación por parte del paciente y una mejor dinámica de absorción. De igual manera continúan las investigaciones en busca de alternativas para la administración de insulina que pudiesen reemplazar las inyecciones subcutáneas.

### **Antidiabéticos Orales.**

Son fármacos reservados prácticamente a los diabéticos tipo 2. Pueden distinguirse fundamentalmente 4 tipos de antidiabéticos orales: Sulfonilureas. Estimulan las células beta del páncreas para que liberen insulina, por lo que pueden provocar hipoglucemia. Además aumentan la acción periférica de la insulina al incrementar el número de sus receptores y disminuyen la producción de glucosa por el hígado. Estos medicamentos por lo general se eliminan por vía renal por lo que los pacientes deben evitar la deshidratación.

Biguanidas. Disminuyen la producción de glucosa en el hígado, aumentan la acción periférica de la insulina y disminuyen parcialmente la absorción intestinal de glucosa. Al no actuar sobre las células beta del páncreas, no producen hipoglucemia (no son hipoglucemiantes, sino antihiperoglucemiantes). Son fármacos de elección en diabéticos obesos, ya que tiene efecto anorexígeno.

Meglidinas. Aumentan la producción de insulina en el páncreas. Simulan la respuesta normal de la glucemia ante la comida. El paciente debe tomarla desde 30 min antes de cada comida hasta el momento de ingerirla.

Tiazolidinadionas. Son sensibilizantes de insulina, siendo eficaces en las respuestas resistentes a la insulina. Mejoran la sensibilidad, el transporte y la utilización de la insulina en los tejidos diana, mejoran también los perfiles lipídicos y los valores de la presión arterial.

#### **4. Complicaciones**

Hipoglucemia. Es la complicación aguda más frecuente de la diabetes, aunque no se debe a la enfermedad en sí, sino al tratamiento. Clínicamente la hipoglucemia suele manifestarse cuando la glucemia es inferior a 50 –60 mg/dl, aunque es posible observar cifras inferiores en ausencia de síntomas y cifras superiores con manifestaciones clínicas. Se puede presentar a cualquier hora del día; son especialmente peligrosas las que aparecen durante el sueño nocturno porque pueden no despertar al paciente y, si son repetidas, producen alteraciones cognitivas con el tiempo. Las manifestaciones clínicas de la hipoglicemia son sudoración fría, temblores, taquicardia, palpitaciones, sensación de hambre y nerviosismo.

Cuando la hipoglucemia es moderada, empieza a disminuir el aporte de glucosa al cerebro, lo que conlleva una serie de síntomas centrales como la disminución de la capacidad de concentración, cefalea, mareo, confusión, lagunas mentales, entumecimiento de los labios y la lengua, verborrea, disartría, incoordinación, cambios emocionales, agresividad, conducta irracional, visión doble, somnolencia que pueden añadirse a los previos. En las hipoglucemias graves, el funcionamiento del sistema nervioso central, esta tan dañado que el paciente necesita la ayuda de otra persona para tratar la hipoglucemia. En estos casos pueden encontrarse desorientación, crisis convulsiva, pérdida de conciencia e incluso la muerte.

Cetoacidosis diabética o coma diabético. Esta complicación hiperglucémica es característica de los pacientes con diabetes tipo 1, aunque raramente también

puede aparecer en la diabetes tipo 2. Las causas más frecuentes del cuadro son la disminución o el olvido de la administración de la insulina y las enfermedades intercurrentes (las infecciones). Por lo general se da cuando la glicemia supera los 300 mg/dl. Los cuerpos cetónicos son responsables de síntomas digestivos como olor a manzana del aliento, anorexia, náuseas, vómitos y dolor abdominal. En la diabetes tipo 2 no suele existir cetoacidosis, ya que, aunque puede estar alterada la secreción de insulina, existe la suficiente como para evitarla.

Coma hiperosmolar. Esta otra complicación es propia de la diabetes tipo 2, aunque puede aparecer también en el tipo 1 cuando se inyectan poca insulina. Los signos de esta complicación son la deshidratación intensa, como sequedad de piel y mucosas, hipotensión, taquicardia y signos neurológicos variables (alteración del sensorio, convulsiones, hemiparesia).

Problemas de las extremidades inferiores. Entre el 50 y 75% de las amputaciones de extremidades inferiores se realizan en diabéticos, y se cree que más del 50% de estos se pueden prevenir con unas sencillas recomendaciones sobre el cuidado diario de los pies. Los pacientes diabéticos tienen que prestar un especial cuidado a sus pies, ya que tienen gran tendencia al desarrollo de alguna de las formas del llamado pie diabético (ulceras, infecciones, gangrena...) tras lesiones mínimas que frecuentemente pasan inadvertidas. Estas lesiones pueden ser de origen térmico (precaución con el uso de bolsas de agua caliente), químico (por ejemplo el uso de agentes cáusticos para los callos) o traumático (lesiones al cortarse las uñas, cuerpos extraños en el calzado, uso de zapatos y calcetines excesivamente apretados, etc).

El pie del paciente diabético, pueden presentar lesiones de aspecto muy variado, pudiendo ser de origen neuropático, séptico o isquémico o como combinación de esas causas en grado variable. Sin embargo es frecuente

encontrar lesiones que son o se comportan como puramente isquémico y otras como puramente neuropáticas. El pie diabético esta favorecido por otras diversas complicaciones que surgen en el paciente diabético:

- Neuropatía. La neuropatía sensorial provoca una disminución de la percepción del dolor y de la sensación de presión y la neuropatía autonómica altera la hidratación de la piel, favoreciendo la formación de grietas.
- Vasculopatía periférica. La aterosclerosis extensa y precoz contribuye a la mala cicatrización y al desarrollo de posible gangrena.
- Inmunoalteración. La hiperglucemia mantenida altera la función de los leucocitos, por lo que puede afectar al control de las infecciones.

Se consideran factores de alto riesgo para el desarrollo de estas complicaciones la diabetes de larga evolución, edad superior a 40 años, tabaquismo y deformaciones anatómicas de los pies.

**5. Control médico periódico:** Es fundamental conocer el grado de control de las alteraciones metabólicas de los pacientes, lo que puede hacerse mediante determinados parámetros bioquímicas, algunos solo accesibles en los hospitales, pero otros fácilmente disponibles en el propio domicilio de los pacientes. (OMS 2011).

La glicemia capilar es el método de elección para ajustar las dosis de insulina.

El autocontrol permite modificar la dieta, la dosis de los fármacos o el ejercicio en función de las glucemias obtenidas, detectar las hipo/hiperglucemias. El autocontrol está indicado sobre todo en pacientes en tratamiento con insulina, en diabetes inestables con tendencia a la cetosis o la hipoglucemia grave o inadvertida y en la diabetes gestacional. Habitualmente los pacientes deben determinar su glucemia antes y dos horas después de las principales comidas, y ocasionalmente en otros momentos del día. Todos los valores deben ser



anotados en una libreta de autocontrol junto a las dosis de insulina y las posibles incidencias.

Lo deseable es que las glucemias antes de las comidas no superen los 120 - 140 mg/dl, y después de las comidas los 140 -180 mg/dl, manteniendo en todo momento niveles por encima de 70 -80 mg/dl.

6. Rol de la enfermera en la educación al paciente diabético La diabetes es una enfermedad crónica que requiere tratamiento especial de por vida. Los pacientes tienen que aprender a equilibrar determinadas circunstancias, como la dieta, la actividad física, el estrés físico y emocional, además de situaciones especiales, para conseguir la normogluceemia.

Además deben crear hábitos de vida estrictos (horarios de comidas, composición de las mismas etc) para prevenir complicaciones a largo plazo.

Todo ello hace que la educación de estos pacientes sea fundamental para su control metabólico.

La información que se les da a los pacientes diabéticos se clasifica en dos bloques: Información de supervivencia: se le debe ofrecer a cualquier paciente con diabetes tipo 1 de diagnóstico reciente o tipo 2 en tratamiento insulínico.

Consiste en dar información sobre:

Fisiopatología simple: el paciente debe tener información referente a que es la diabetes y cuáles son los valores normales de glucemia. Además, debe saber los efectos que sobre la glucemia provocan los alimentos, el ejercicio y la insulina. Por último es preciso que conozca los diferentes puntos del tratamiento.

Modalidades del tratamiento. El paciente debe tener conocimientos básicos de dietética, también debe conocer el modo de administrarse la insulina y el autocontrol de la glucemia que debe llevar. Asimismo debe aprender a reconocer, tratar y prevenir las complicaciones agudas (hipo e hiperglucemia).

Información continua o avanzada: a los pacientes, se les informa aspectos más complejos de la enfermedad, como las medidas preventivas para evitar complicaciones a largo plazo (cuidado de los pies, de los ojos, de la piel y la boca) o las de tratamiento y control de los otros factores de riesgo cardiovascular (T.A, colesterol, tabaquismo).

A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de la diabetes. La gente que sufre de diabetes, a diferencia de aquellos con muchos otros problemas médicos, no puede simplemente tomarse unas pastillas o insulina por la mañana, y olvidarse de su condición el resto del día. Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés, u otros factores puede afectar el nivel de azúcar en la sangre.

Por lo tanto, cuanto mejor conozcan los pacientes los efectos de estos factores, mejor será el control que puedan ganar sobre su condición.

También es necesario que la gente sepa qué puede hacer para prevenir o reducir el riesgo de complicaciones de la diabetes. ¡Por ejemplo, se estima que con un cuidado correcto de los pies, se podría prescindir de un 75% de todas las amputaciones en personas con diabetes!

Aunque las clases de educación sobre diabetes proporcionan información general útil, cada paciente y familia debería recibir una educación a medida de sus necesidades concretas.

El cuidado preventivo de los pies incluye aseo adecuado, secado (especialmente entre los dedos) y lubricación. El lavado diario de los pies debe ser corto para evitar el reblandecimiento de la piel, los pies deben mantenerse

siempre limpios y secos. Se han de revisar diariamente ambos pies para detectar precozmente áreas de enrojecimiento, ampollas, fisuras, callosidades o úlceras.

Se aconseja el uso de calzado cerrado y bien ajustado (sin oprimir), evitar conductas de riesgo (andar descalzo, usar zapatos abiertos y almohadillas calientes, “rasurar callosidades...”) l unas tijeras de punta roma, no utilizar cortaúñas. Estos pacientes deben realizar visitas regulares al podólogo.

#### **1.4.2. CALIDAD DE VIDA**

Es la experiencia personal del paciente diabético sobre los efectos de su enfermedad y tratamiento en diversos ámbitos de su vida medidas a través del cuestionario Calidad de "Vida del paciente con diabetes (DQOL). (Meza S. 2014)

La evaluación de la calidad de vida en el paciente representa el impacto que una enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción del paciente en lo que representa su bienestar en función de las limitaciones físicas, psicológicas y sociales y la disminución de oportunidades a causa de su enfermedad. Para los pacientes con diabetes, tanto la enfermedad como el tratamiento tienen un impacto significativo en muchos aspectos de su vida, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional. Los pacientes diabéticos no sólo necesitan integrarse a un régimen de tratamiento y vivir con él, sino que también están expectantes ante la posibilidad de las complicaciones de la enfermedad. Este impacto se expresa como “calidad de vida”. (Árcega A.2015)

#### **Diabetes Y Calidad De Vida.**

Los pacientes con diabetes mellitus se ven muy afectados debido a la tensión de la planificación para el manejo de la enfermedad, las limitaciones, junto con las emociones negativas que surgen debido a la enfermedad. Por lo tanto, el tema de la salud relacionados con la calidad la vida es importante para los pacientes con diabetes debido a cómo la enfermedad puede interferir con los estilos de vida de los pacientes no sólo por el régimen de cuidado de salud que requiere,

constantecuidado de sí mismo, conductas, sino también debido a las complicaciones a largo plazo que pueden deteriorar la calidad de vida del paciente.

### **Dimensiones de la calidad de vida**

DQOL (Diabetes Quality of Life): es un instrumento para evaluar la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus 1 y Diabetes Mellitus 2 el cual evalúa 4 dimensiones: satisfacción con el tratamiento, impacto de la enfermedad, preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales, estado de salud. (Meza S. 2014)

- Satisfacción con el tratamiento: El concepto de satisfacción enfoca las percepciones del paciente en relación al tratamiento.
- Impacto de la enfermedad: es la impresión o efecto que produce la enfermedad en una persona.
- Preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales: Es la intranquilidad, temor, angustia, o inquietud de algo que ha ocurrido o que va a ocurrir.
- Estado de Salud: Es el logro del máximo nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad. (. Orozco J. 2012)

### **1.4.2 AUTOCUIDADO**

Dorotea Orem explica lo siguiente en sus teorías:

#### **Teoría del Autocuidado:**

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud

o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

### **Fundamentación teórica**

El modelo de enfermería de Dorothea Orem es utilizado como medio para organizar conocimiento, las habilidades y la motivación de las enfermeras, necesarios para brindar cuidados a los pacientes.

Orem proporciona un marco desde el que contemplar la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

Es cuestión de cada uno de los profesionales usar este modelo para el propósito con que se construyó: mejorar los cuidados de enfermería.

Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas:

- La teoría del autocuidado
- La teoría del déficit de autocuidado

- La teoría de los sistemas de enfermería

**La teoría del autocuidado** muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, provee las bases para la recolección de datos.

**La teoría del déficit de autocuidado** postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente.

**La teoría de los sistemas de enfermería** proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado.

### **Rol del paciente y familia en el cuidado**

Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionadas con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente, es entonces cuando se necesita la intervención de la familia. Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo, además es muy importante que la enfermera eduque tanto al paciente, como al a la familia para que este más adelante pueda cuidar al enfermo. El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de

los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

### 1.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES:

**Variable Independiente:**

Calidad de vida

**Variable Dependiente:**

Diabetes mellitus tipo 2.

#### Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual de la variable	Dimensiones	Indicador
<b>Variable Independiente:</b> Calidad de vida	La calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.	Satisfacción con el tratamiento.	Ítem: 1 -14 Muy insatisfecho: 0-24 A veces satisfecho: 25- 49 Muy satisfecho: 50-70
		Impacto de la enfermedad	Ítem:15 –34 Siempre impacta: 0-33 A veces impacta: 34 -67 Nunca impacta: 68-100
		Preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales	Ítem: 35 -45 Siempre preocupa: 0-18 A veces preocupa: 19- 37 Nunca preocupa: 38-55.
		Estado de salud.	Ítem: 46 Excelente: 4 Buena:3 Regular:2 Mala:1

## **1.6 HIPÒTESIS**

La calidad de vida en los pacientes diabéticos del hospital Apoyo II - Sullana que acuden al consultorio de medicina es mala.

## **1.7 OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II atendidos en el Consultorio de Medicina del Hospital II-2 Sullana Agosto a Noviembre del 2017.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar las características socio demográfico y clínico de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.
- Identificar la satisfacción con el tratamiento, impacto de la enfermedad y preocupación de los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales de los pacientes con diabetes mellitus tipo II.
- Identificar la percepción general del paciente diabético sobre su estado de salud.
- Identificar que dimensión de la calidad de vida (satisfacción con el tratamiento, impacto de la enfermedad, preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales, estado de salud) es más afectadas por esta enfermedad.
- Determinar la calidad de vida de los pacientes diabéticos según sexo y estado civil



## CAPÍTULO II

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### 2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación estuvo guiado bajo el enfoque cuantitativo, dentro del cual tiene un carácter descriptivo corte transversal.

Es cuantitativo porque las variables a estudiadas se midieron mediante una escala numérica las variables del estudio.

Es descriptivo porque se describieron las variables tal y como se presentaron en la realidad y luego fueron analizadas, en este caso se describieron las variables.

Fue de corte transversal porque me permitió obtener información en un tiempo y espacio determinado.

#### 2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:

##### **Población**

Estuvo conformada por 55 pacientes atendidos en el Consultorio de Diabetes del Hospital de Apoyo II Sullana

##### **Muestra**

Para determinar la muestra se utilizó la siguiente formula:

$$ZpqN = \frac{(N-1)E^2 + Z^2pq}{2}$$

**N:** es el tamaño de la población.

**$\alpha$ :** es el valor del error 5% = **0.05**

**Z= 1.96**

**p** = probabilidad de éxito= **0.5**.

**q**= probabilidad de fracaso= **0.5**

**n:** es el tamaño de la muestra.

### Reemplazando:

$$\frac{3,84 \times 25 \times 55}{54 \times 0,0025 + 3,84 \times 0,25}$$

$$52,8 \approx 1.095$$

$$=48,2$$

=La muestra estará compuesta por 48 pacientes atendidos en el Consultorio

de Diabetes del Hospital de Apoyo II Sullana

### Criterios de inclusión:

- Paciente que acuda al consultorio
- Que tenga el diagnóstico médico de
- Edad comprendida entre 30 a 70 años
- Que acepte participar en el estudio

### Criterios de exclusión:

- Que tenga menos de 30 años o mayor
- Que no acepten participar en el estudio

## 2.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario. Para evaluar la calidad de vida se utilizó como instrumento el cuestionario TEST de Calidad de Vida en Diabetes (DQOL) elaborado por el grupo de investigación del control y complicaciones de la diabetes. El mismo que fue utilizado por las Bachilleres en Enfermería Haya Pezo Karina y Paima Angulo

Kety. El instrumento está diseñado para valorar la calidad de vida tanto para personas con diabetes tipo 1 como de tipo 2. Consta de cuatro dimensiones:

- Satisfacción con el tratamiento (14 preguntas).
- Impacto de la enfermedad (20 preguntas).
- Preocupación por los efectos futuros de la enfermedad y aspectos sociales (11 preguntas).
- (1 pregunta) que valora la percepción general individual sobre el estado de salud.

La escala de respuestas de las preguntas es de tipo Likert de cinco puntos:

- Satisfacción con un rango que va de 5 (muy satisfecho) a 1 (muy insatisfecho).
- Impacto y preocupación con un rango de 5 (nunca impacta o nunca preocupa) a 1 (siempre impacta o siempre preocupa).
- Estado de salud en un rango de respuesta de donde 4 es (excelente) a 1 (mala).

El puntaje total obtenido fue transformado a un índice de 0 - 100, los puntajes más altos indican mejor calidad de vida. Para su interpretación, arbitrariamente los puntajes se agruparon en tres rangos:

- 0 a 33: Baja calidad de vida.
- 34 a 67: Regular calidad de vida.
- 68 a 100: Alta calidad de vida.

## **2.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

Para ejecutar el presente estudio se contó con la autorización del jefe de la unidad de capacitación del Hospital II-2 Sullana. El cuestionario fue aplicado en el mes de octubre del presente año en el horario de mañanas de lunes sábado.

## **2.5 PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO**

Para ejecutar el presente estudio se contó con el consentimiento informado de las personas participantes en el presente estudio, (Anexo B), expresándole que la

información que proporcione es de carácter anónimo y confidencial y solo será utilizado para fines de estudio, dándole la opción de retirarse en cualquier momento de la investigación según crean pertinente, respetando de esta manera el principio de autonomía.

## **2.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION**

Una vez obtenida la información se procedió a la medición de las variables se utilizará la estadística descriptiva con el promedio aritmético, los porcentajes y las frecuencias absolutas.

Finalmente los resultados fueron presentados en tablas de contingencia de una y doble entrada y gráficos estadísticos en base a los objetivos formuladas, y comprobar la hipótesis establecida. Se utilizó representaciones gráficas; para ello se empleó el programa SPSS versión 20

Para su análisis e interpretación se consideró el marco teórico del presente estudio.

## CAPÍTULO III

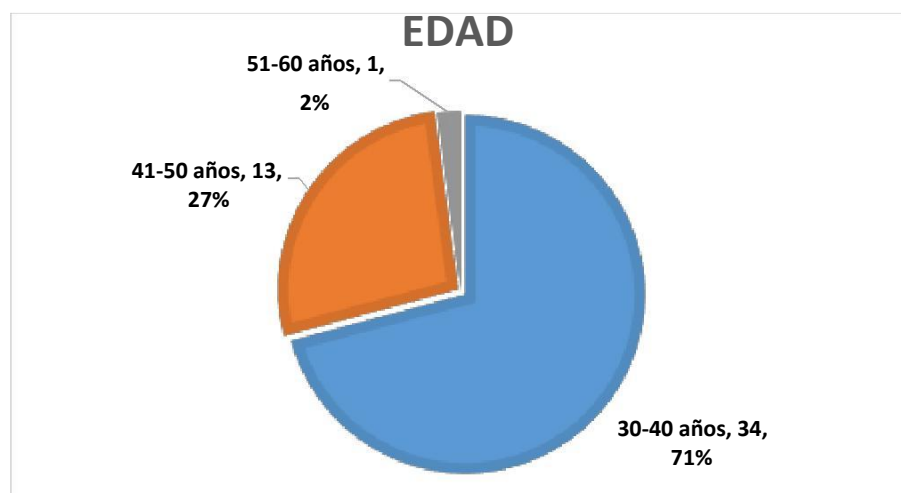
### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 3.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

**Tabla N° 1 Edad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017.**

edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje <sup>a</sup>			
				Sesgo	Típ. Error	Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
30-40 años	34	70,8	70,8	,2	6,6	58,3	83,3
41-50 años	13	27,1	97,9	-,3	6,5	14,6	39,6
51-60 años	1	2,1	100,0	,1	2,1	0,0	6,3
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>		<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

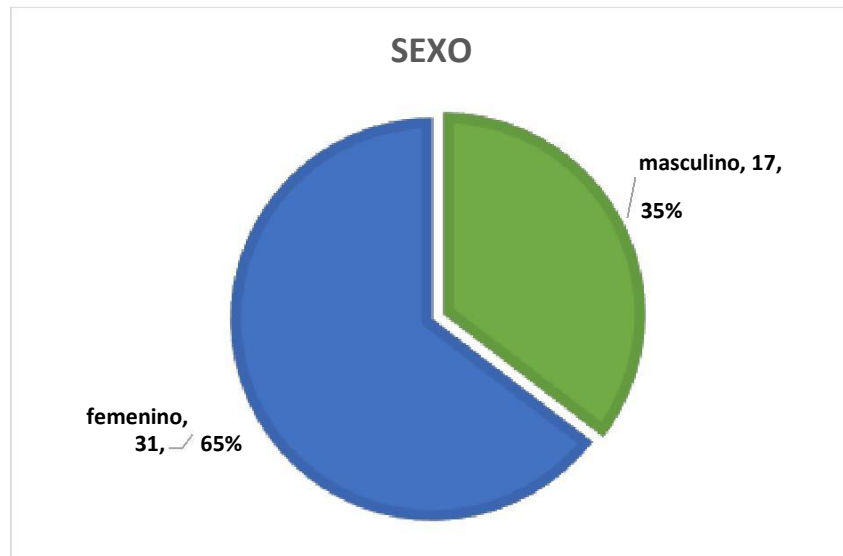


**Gráfico N° 1 Edad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

**Tabla N° 2 Sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Bootstrap para Porcentaje <sup>a</sup>		
					Típ. Error	Intervalo de confianza al 95% Inferior	Superior
masculino	17	35,4	35,4	,0	6,6	22,9	47,9
femenino	31	64,6	100,0	,0	6,6	52,1	77,1
Total	48	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

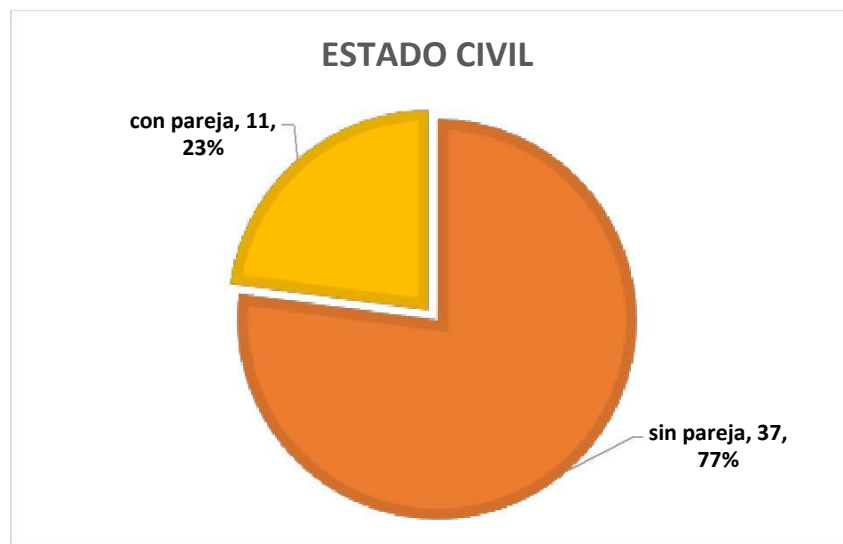


**Gráfico N° 2 Sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

**Tabla N° 3 Estado civil de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Bootstrap para Porcentaje <sup>a</sup> Intervalo de confianza al 95%		
					Típ. Error	Inferior	Superior
sin pareja	37	77,1	77,1	,1	6,2	64,6	87,5
con pareja	11	22,9	100,0	-,1	6,2	12,5	35,4
Total	48	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

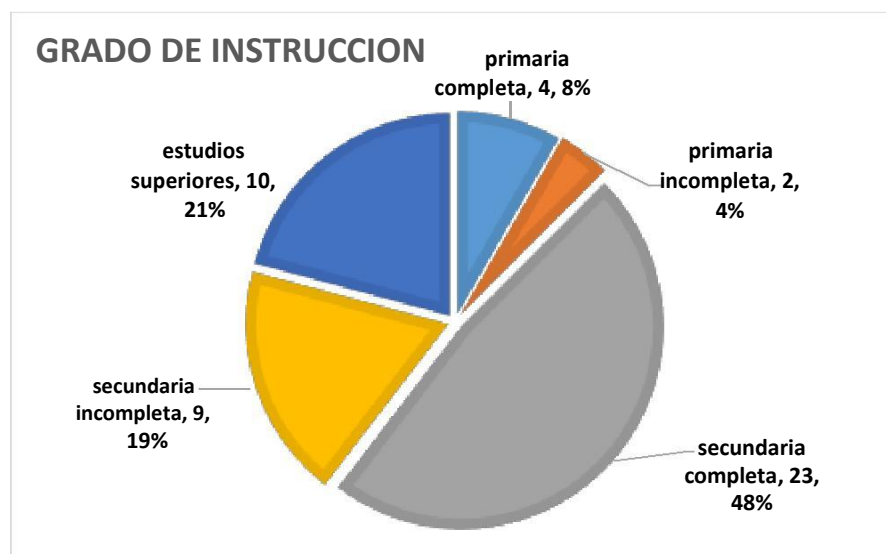


**Gráfico N° 3 Estado civil de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

**Tabla N°4 Grado de instrucción de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Típ. Error	Bootstrap para Porcentaje <sup>a</sup> Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
primaria completa	4	8,3	8,3	,2	4,3	2,1	16,7
primaria incompleta	2	4,2	12,5	,0	2,9	0,0	10,4
secundaria completa	23	47,9	60,4	-,2	7,3	33,3	62,5
secundaria incompleta	9	18,8	79,2	-,2	5,7	8,3	29,2
estudios superiores	10	20,8	100,0	,2	5,8	10,4	33,3
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>		<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



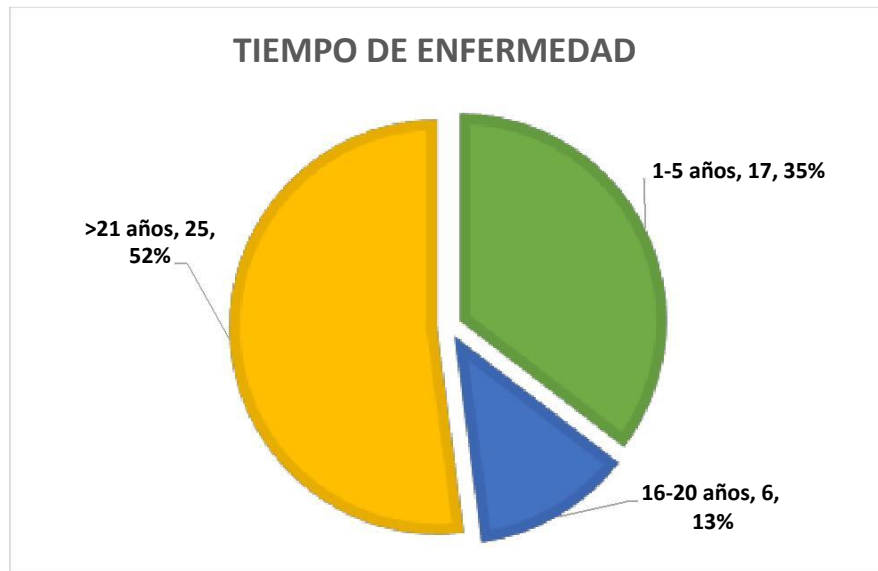
**Gráfico N° 4 Grado de instrucción de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- abril 2017**



**Tabla N° 5 Tiempo de diagnóstico de la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

tiempo de dx de la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Bootstrap para Porcentaje <sup>a</sup> Intervalo de confianza al 95%		
					Típ. Error	Inferior	Superior
1-5 años	17	35,4	35,4	,1	6,8	22,9	50,0
16-20 años	6	12,5	47,9	-,1	4,7	4,2	22,9
>21 años	25	52,1	100,0	,0	7,1	37,5	64,6
Total	48	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

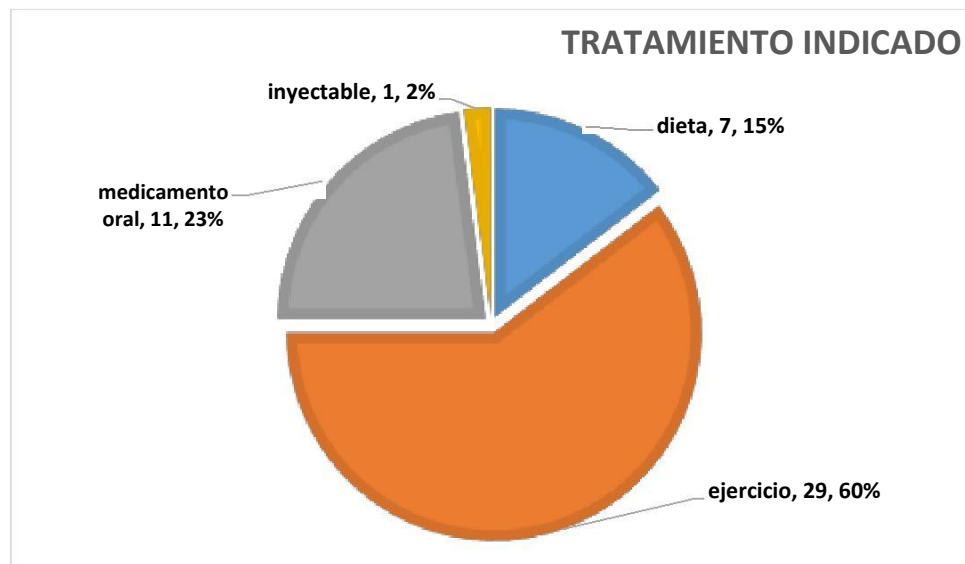


**Gráfico N° 5 Tiempo de diagnóstico de la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

**Tabla N° 6 Tratamiento indicado en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

tratamiento indicado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje <sup>a</sup> Intervalo de confianza al 95%			
				Sesgo	Típ. Error	Inferior	Superior
dieta	7	14,6	14,6	,0	5,1	6,3	25,0
ejercicio	29	60,4	75,0	,0	7,1	45,8	72,9
medicamento oral	11	22,9	97,9	,0	5,8	12,5	35,4
inyectable	1	2,1	100,0	,0	2,1	0,0	6,3
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>		<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

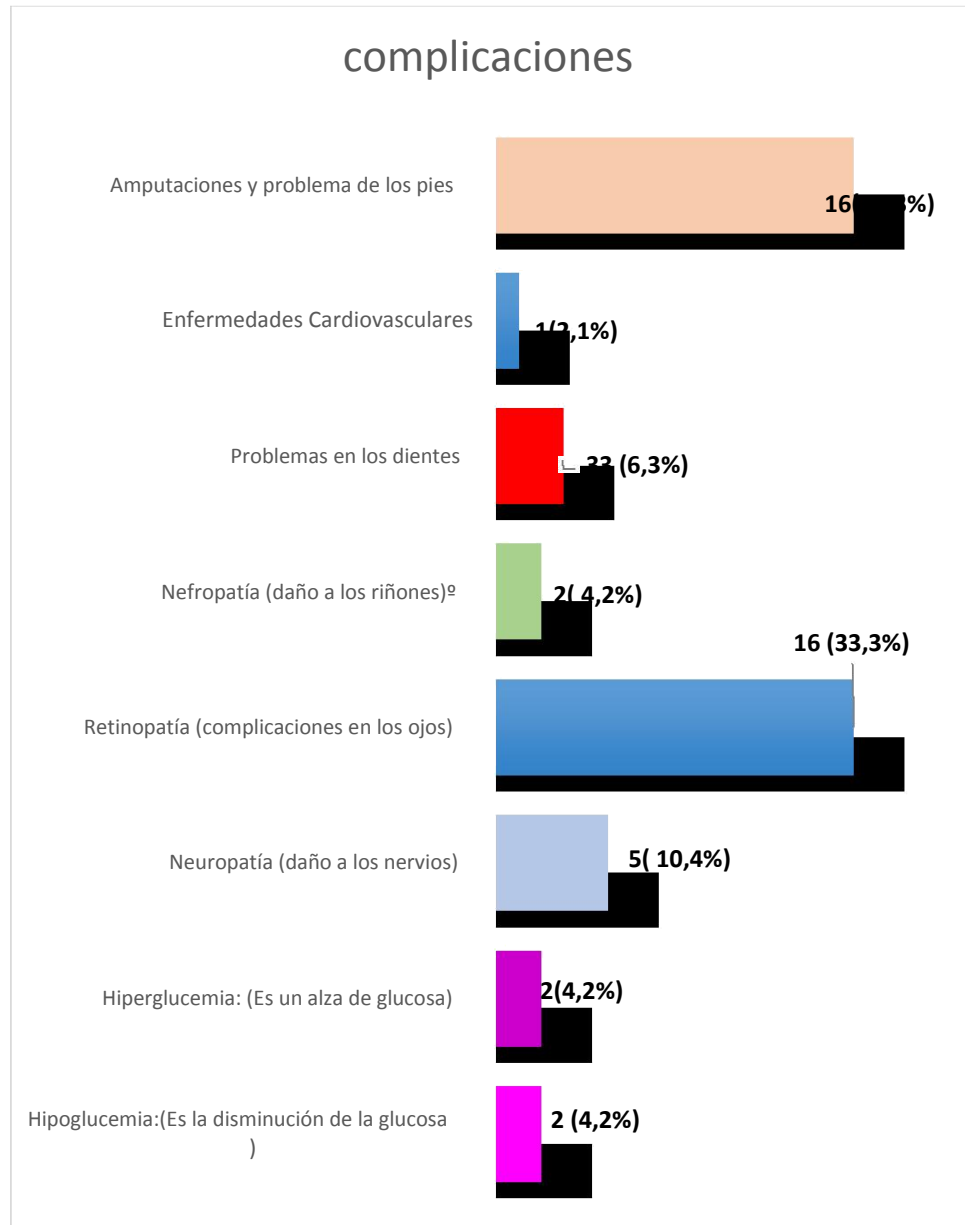


**Gráfico N° 6 Tratamiento indicado en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

**Tabla N°7 Complicaciones que se pueden presentar en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

Preocupación por las complicaciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Bootstrap para Porcentaje <sup>a</sup> Intervalo de confianza al 95%		
					Típ. Error	Inferior	Superior
Hipoglucemia:(Es la disminución de la glucosa )	2	4,2	4,2	-,1	2,8	0,0	10,4
Hiper glucemia: (Es un alza de glucosa)	2	4,2	8,3	,1	2,9	0,0	10,4
Neuropatía (daño a los nervios)	5	10,4	18,8	-,2	4,4	2,1	18,8
Retinopatía (complicaciones en los ojos)	16	33,3	52,1	,0	6,7	20,8	45,8
Nefropatía (daño a los riñones) <sup>o</sup>	2	4,2	56,3	,0	2,9	0,0	10,4
Problemas en los dientes	3	6,3	62,5	,0	3,5	0,0	14,6
Enfermedades Cardiovasculares	1	2,1	64,6	,0	2,0	0,0	6,3
Amputaciones y problema de los pies	16	33,3	97,9	,0	6,7	20,8	47,9
OTROS	1	2,1	100,0	,1	2,1	0,0	6,3
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>		<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

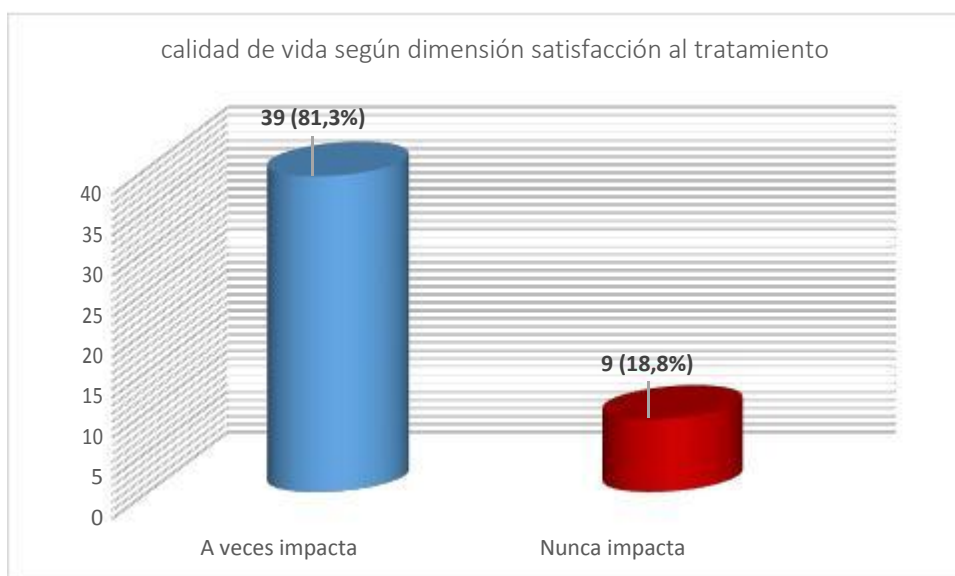


**Tabla N° 7 Complicaciones que se pueden presentar en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

**Tabla N°8 Calidad de vida según dimensión: satisfacción al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

satisfacción al tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje <sup>a</sup> Intervalo de confianza al 95%			
				Sesgo	Típ. Error	Inferior	Superior
A veces satisfecho	43	89,6	89,6	-,1	4,4	81,3	97,9
Muy satisfecho	5	10,4	100,0	,1	4,4	2,1	18,8
Total	48	100,0		-,4	6,3	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

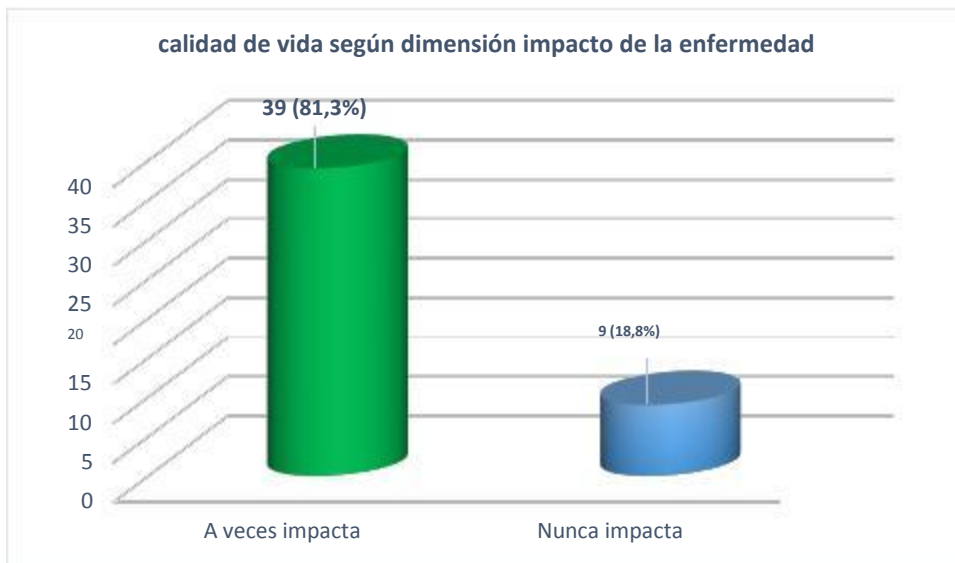


**Gráfico N° 8 Calidad de vida según dimensión: satisfacción al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

**Tabla N°9 Calidad de vida según dimensión: Impacto de la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

impacto a la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje <sup>a</sup> Intervalo de confianza al 95%			
				Sesgo	Típ. Error	Inferior	Superior
A veces impacta	39	81,3	81,3	,3	5,6	70,8	91,7
Nunca impacta	9	18,8	100,0	-,3	5,6	8,3	29,2
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>		<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

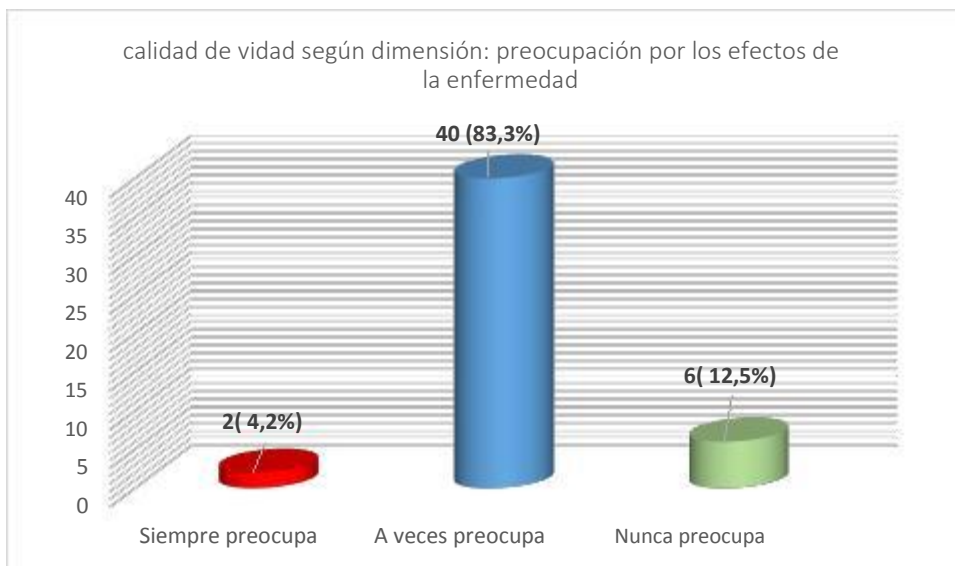


**Gráfico N° 9 Calidad de vida según dimensión: Impacto de la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

**Tabla N°10 Calidad de vida según dimensión: Preocupación por los efectos de la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

preocupación por los efectos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje <sup>a</sup> Intervalo de confianza al 95%			
				Sesgo	Típ. Error	Inferior	Superior
Siempre preocupa	2	4,2	4,2	-,1	2,9	0,0	10,4
A veces preocupa	40	83,3	87,5	,1	5,3	72,9	93,8
Nunca preocupa	6	12,5	100,0	,0	4,7	4,2	22,9
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>		<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



**Gráfico N°10 Calidad de vida según dimensión: Preocupación por los efectos de la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

**Tabla N°11 Calidad de vida según dimensión: estado de salud en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

estado de salud	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje <sup>a</sup>			
				Sesgo	Típ. Error	Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Mala	5	10,4	10,4	,1	4,6	2,1	20,8
Regular	43	89,6	100,0	-,1	4,6	79,2	97,9
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>		<b>-,4</b>	<b>6,3</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



**Gráfico N°11 Calidad de vida según dimensión: estado de salud en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**



**Tabla N°12 Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016-Abril 2017**

Calidad de Vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje <sup>a</sup>			
				Sesgo	Típ. Error	Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Regular	38	79,2	79,2	,0	5,9	66,7	89,6
Alta	10	20,8	100,0	,0	5,9	10,4	33,3
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>		<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



**Gráfico N°12 Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

**Tabla N°13 Relación Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según edad atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

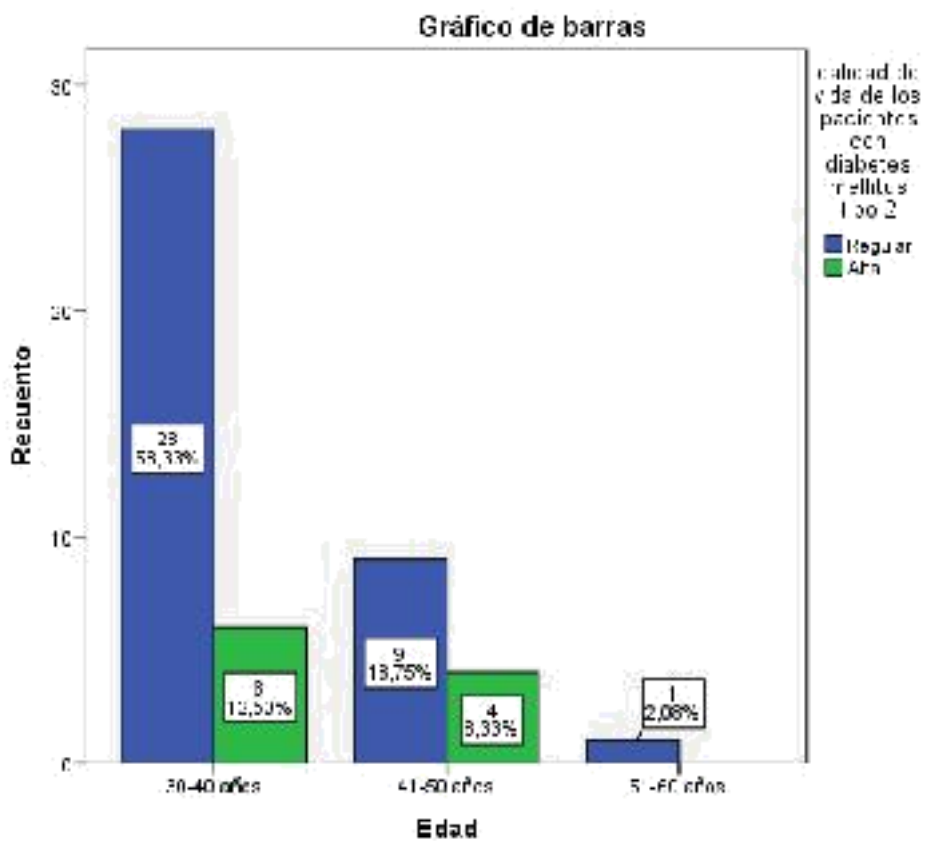
	Tabla de contingencia		Total
	calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2		
	Regular	Alta	
30-40 años	28 58,3%	6 12,5%	34 70,8%
Edad 41-50 años	9 18,8%	4 8,3%	13 27,1%
51-60 años	1 2,1%	0 0,0%	1 2,1%
<b>Total</b>	<b>38 79,2%</b>	<b>10 20,8%</b>	<b>48 100,0%</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,251 <sup>a</sup>	2	,535
Razón de verosimilitudes	1,391	2	,499
Asociación lineal por lineal	,369	1	,543
N de casos válidos	48		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,21.



**Gráfico N°13 Relación Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según edad atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

**Tabla N°14 Relación Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según edad atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

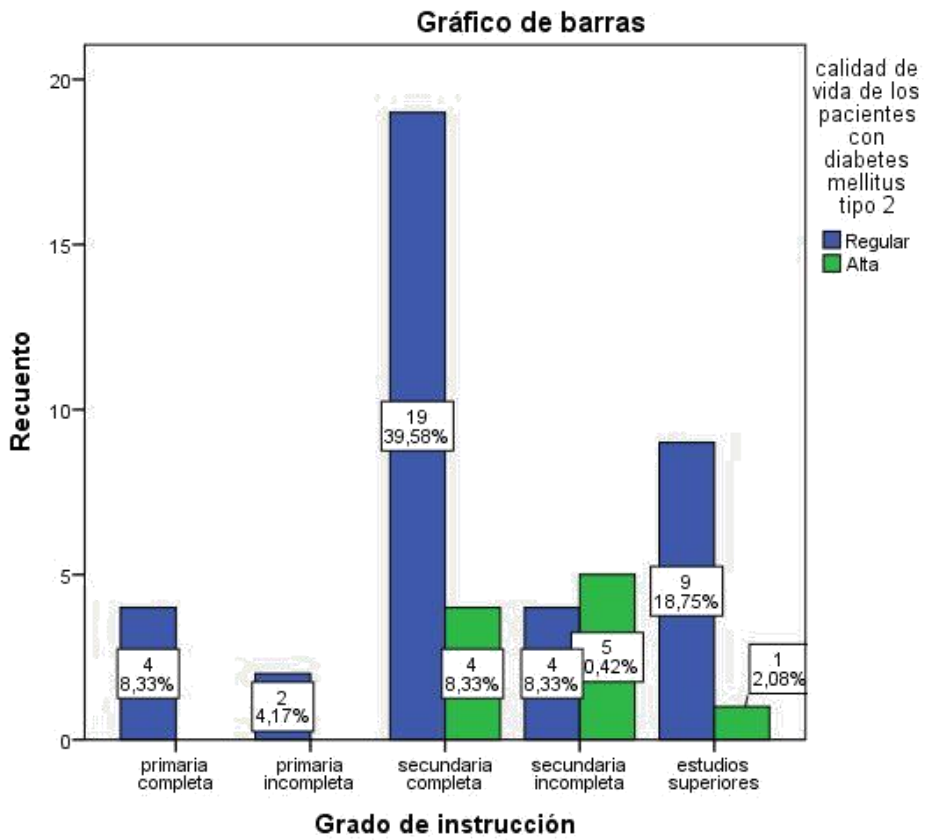
	calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2		Total	
	Regular	Alta		
Grado de instrucción	primaria completa	4 8,3%	0 0,0%	4 8,3%
	primaria incompleta	2 4,2%	0 0,0%	2 4,2%
	secundaria completa	19 39,6%	4 8,3%	23 47,9%
	secundaria incompleta	4 8,3%	5 10,4%	9 18,8%
	estudios superiores	9 18,8%	1 2,1%	10 20,8%
	<b>Total</b>	<b>38 79,2%</b>	<b>10 20,8%</b>	<b>48 100,0%</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,035 <sup>a</sup>	4	,060
Razón de verosimilitudes	9,006	4	,061
Asociación lineal por lineal	,923	1	,337
N de casos válidos	48		

a. 7 casillas (70,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,42.



**Gráfico N°14 Relación Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según edad atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017**

### 3.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las características sociodemográficas la presentamos en las tablas del N° 1 al 4. La edad, el 70,8% corresponde al grupo entre 30 a 40 años, el 27,1% de 41 a 50 años y el 2,1% entre 51 a 60 años. El sexo es masculino el 35,4% y femenino el 64,6%. Según estado civil el 77,1% sin pareja y el 22,9% con pareja. El grado de instrucción, tenemos el 47,9% con secundaria completa, el 20,8% con estudios superiores, el 18,8% tienen secundaria completa, el 8,3% primaria completa y el 4,2% primaria incompleta.

La tabla N°5 presenta el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, el 52,1% más de 21 años, el 35,4% de 1 a 5 años y el 12,5% entre 16 a 20 años.

La tabla N° 6, pone en evidencia el tratamiento indicado en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. El 60,2% ha recibido como tratamiento ejercicio, el 22,9% medicamentos orales, el 14,6% dieta y el 2,1% inyectables.

La tabla N°7 presenta las complicaciones que pueden presentar en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tenemos: Amputaciones y problema de los pies el 33,3%, Retinopatía (complicaciones en los ojos) el 33,3%, Neuropatía (daño a los nervios) el 10,8%, Problemas en los dientes el 6,3%, Nefropatía (daño a los riñones) el 4,2%, Hipoglucemia:(Es la disminución de la glucosa )el 4,2%, Hiperglucemia: (Es un alza de glucosa)el 4,2%, Enfermedades Cardiovasculares el 2,1% y otros el 2,1%.

Las tablas del N° 8 al N°11, muestra la variable calidad de vida, según las siguientes dimensiones: Satisfacción al tratamiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2, el 89,6% refieren a veces estoy satisfecho y el 10,4% refiere estar muy satisfecho al tratamiento. Impacto de la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el 81,3% a veces se impacta con la enfermedad y el 18,8% refieren que nunca se impacta por la enfermedad. Preocupación por los efectos de la enfermedad de los pacientes con DM tipo 2, el 83,3% refiere que se preocupa a

veces, el 12,5% nunca se preocupa y el 4,2% siempre se preocupa. Estado de salud en los pacientes con DM tipo2, el 89,6% su estado de salud es regular y el 10,4% considera que es malo su estado de salud.

La tabla N°12 muestra la Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio de medicina del hospital II.2 Sullana. El 79,2% refieren que tienen una calidad de vida regular y el 20,8% refieren que su calidad de vida es alta.

La tabla N°13, muestra la relación entre la edad y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, para la variable edad, encontramos que el 70,8% tienen entre 30 a 40 años, el 27,1% entre 41 a 50 años y el 2,1% entre 51 a 60 años y para la variable calidad de vida tenemos para el grupo que cataloga como alta, el 12,5% tienen entre 30 a 40 años y el 8,3% entre 41 a 50 años. Para el grupo de regular calidad de vida el 58,3% tienen entre 30 a 40 años, el 18,8% entre 41 a 50 años y el 2,1% entre 51 a 60 años.

La tabla N° 14, permite la relación entre calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y grado de instrucción: El grupo con primaria completa, el 8,3% considera que su calidad de vida es regular. Para primaria incompleta el 4,2% tiene calidad de vida regular. Para el grupo de secundaria completa el 39,6% consideran tener una calidad de vida regular y el 8,3% alta. Para quienes tienen secundaria completa el 8,3% la calidad de vida es regular y el 10,4% alta. Estudios superiores, el 18,8% refieren que es regular y el 2,1% alta.

Encontramos que los datos del trabajo de investigación difiere con Sigüenza Pacheco (2013), sobre la Calidad de vida encontró un 61.7% para el nivel de calidad de vida bueno y un 38.3% como nivel de calidad de vida bajo. Y con Rodríguez Alayo (2012), sobre el Grado de apoyo familiar y nivel de calidad de vida del adulto mayor hipertenso. Encontró que en el nivel de calidad de vida bueno un 81.5% y 18.5% como nivel de calidad de vida malo. Nuestro resultado arroja que la calidad de vida de la población en estudio es regular.

El concepto de calidad de vida en el paciente con diabetes mellitus involucra muchas variables, como pueden ser la satisfacción, felicidad, autoestima, además de la capacidad adquisitiva, el disfrutar de buena salud física-psíquica, una relación social y familiar

satisfactoria, entre otras muy diversas. La salud es la que mayor influencia tiene en la percepción de calidad de vida por parte de los pacientes y los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos. El hecho de que ellas presenten mayor deterioro en su calidad de vida tanto a nivel global como de las distintas dimensiones, lleva a pensar en la existencia de otros factores intrínsecos o extrínsecos que van a empeorar la percepción y la puntuación de su calidad de vida.

Por ello, la calidad de vida podríamos entenderla como una vida digna donde la persona se siente plenamente realizada, toda vez que sus objetivos y expectativas se van cumpliendo. Es allí, donde cada sujeto experimenta esta realidad personal de un modo subjetivo, dependiendo de su situación, su época y su cultura. Cuando no tiene cubierta sus necesidades y aspiraciones y, junto a ello, adquiere una evaluación preocupante de su vida, y no está más capacitado para ser feliz con su situación más y nunca se siente satisfecho: la felicidad facilita el crecimiento del hombre hacia su propia realización a pesar de las adversidades y problemas de salud que pudieran existir.



## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1 CONCLUSIONES**

Las características sociodemográficas según edad la mayoría tiene entre 30 a 40 años, de sexo femenino, estado civil sin pareja y con secundaria completa.

El tiempo de diagnóstico de la enfermedad, el 52,1% más de 21 años, el 35,4% de 1 a 5 años y el 12,5% entre 16 a 20 años.

El tratamiento indicado en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos está basado en ejercicio, medicamentos orales, dieta y mínimo porcentaje inyectables.

Los pacientes conocen que las complicaciones que pueden ser amputaciones, problema de los pies, retinopatía, neuropatía, nefropatía entre otros.

La variable calidad de vida, el 79,2% es regular y el 20,8% su calidad de vida es alta.

Al contrastar la hipótesis planteada en el proyecto de investigación, se esperaba encontrar una calidad de vida mala, esta difiere con los resultados del estudio porque arroja como resultado una calidad de vida media.

## **4.2 RECOMENDACIONES**

Incentivar al personal de enfermería a mantener una participación activa y constante en el cuidado integral, generando e implementando programas que ayuden a incrementar la calidad de vida mediante el desarrollo bio-psico-social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Cárdenas V, Pedraza C, Lerma R (2005).** Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Ciencia UANL. (México).

**Cabrera R, Motta I, Rodríguez C, Velazquez D (2009).** Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del policlínico Chíncha “EsSALUD”.

**Cuellar, L. (1996):** Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. En Del Cañizo, F. y Hawkins, F.: Diabetes Mellitus. Teoría y práctica (161-180). Barcelona: BoehringerMannheim, S.A.

**Cunha, M. (2008)** Calidad de vida y diabetes: Variables psico-sociales. Revista Millenium, (34) 269-299.

**Espinoza A. (2009).** Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diabéticos tipo 2 hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Regional de Huacho

**Grimaldo M. y Aguirre M. (2010).** Calidad de vida en estudiantes de una universidad particular de Lima. Revista de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Federico Villarreal.

**Haya Pezo Karina, Paima Angulo Kety (2012)** “Calidad de vida en con Diabetes Mellitus tipo II, que asisten al Programa Diabetes Mellitus. Hospital EsSalud- II Tarapoto .Junio –Agosto”. Perú.

**Lauro de los Ríos J., Barrios P. y Luzeldy T. (2005).** Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética. Revista Médica del Hospital General de México.

**Molina Y.(2008)** Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

OMS.com, Diabetes [sede Web].OMS.com; 2011[acceso 23 de junio del 2012].Disponible en: [http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es/](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/).

**Portilla García Lisette Angie (2011),** Calidad de Vida y el Autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento. Perú.

**Robles R, Cortázar J, Sánchez J, Páez F, Nicolini N (2013).** Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema*.

**Rosado Martín Javier, (2014)** Diabetes 24-08-17.  
<http://www.webconsultas.com/diabetes/tratamiento-de-la-diabetes-382>

**Sigüenza Pacheco, María; Sinche Cedillo (2013)** con la Tesis titulad  
Vida en el Adulto Mayor en las Parroquias Rurales de la Ciudad de Cuenca. [En línea]  
Disponible en [[http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/20221/1/](http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/20221/1/TESIS%20(23).pdf)  
TESIS%20(23).pdf. Accesado en Octubre de 2015.

**Yataco, A. (2008).** Estadios de cambio y calidad de vida en pacientes alcohólicos atendidos en los consultorios externos de farmacodependencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Tesis para optar el título de especialista en Salud Mental y Psiquiatría. UNMSM.

# ANEXOS

## ANEXO A

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESUCELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II ATENDIDOS EN  
EL CONSULTORIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL II-2 SULLANA AGOSTO A  
NOVIEMBRE DEL 2017

### **I. PRESENTACIÓN:**

Buenos días, mi nombre es Víctor Humberto Nole Huancayo, soy estudiante de Enfermería de la Universidad San Pedro SAD Sullana, estoy ejecutando un estudio, con el objetivo de obtener información para el trabajo de investigación titulado: calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo ii. Atendidos en el consultorio de medicina del hospital ii-2 sullana agosto a noviembre del 2017...Por lo que se le solicita responder con sinceridad a fin de obtener datos veraces. Cabe recalcar que el cuestionario es anónimo y **CONFIDENCIAL**. Agradezco anticipadamente su colaboración.

### **II. INSTRUCCIONES:**

Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con un aspa (X), la respuesta que usted crea correcta según su opinión.

#### **DATOS GENERALES:**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: (F) (M)

Estado civil: Con pareja \_\_\_\_\_ Sin pareja \_\_\_\_\_

Grado de instrucción:

Primaria completa: \_\_\_\_\_

Primaria incompleta: \_\_\_\_\_

Secundaria completa: \_\_\_\_\_

Secundaria incompleta: \_\_\_\_\_

Estudios superiores: \_\_\_\_\_

## II.- DATOS CLÍNICO

Años de diagnóstico de la enfermedad: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el tratamiento que tiene indicado para su diabetes?

Dieta	si	no
Ejercicio		
Medicamento Oral		
Inyectable (insulina)		

¿Qué complicaciones le preocupa tener debido a la Diabetes Mellitus tipo II?

Hipoglucemia:(Es la disminución de la glucosa )	
Hiper glucemia: (Es un alza de glucosa)	
Neuropatía (daño a los nervios)	
Retinopatía (complicaciones en los ojos)	
Nefropatía (daño a los riñones) <sup>o</sup>	
Problemas en los dientes	
Enfermedades Cardiovasculares	
Amputaciones y problema de los pies	
OTROS(menciónelo)	

## CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO

MARQUE CON UNA (X) LA ALTERNATIVA QUE CREA CONVENIENTE.

SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO	MUY SATISFE CHO	MAS O MENOS SATISFECH O	NINGU NO	MAS O MENOS INSATISFE CHO	MUY INSATISFE CHO
1. ¿En relación a la cantidad de tiempo que toma para controlar su diabetes cómo se siente?					
2. ¿En relación con la cantidad de tiempo que pasa para hacerse el chequeo de control de la diabetes como se siente?					
3. ¿En relación a su tratamiento actual como se siente?					
4. ¿Cómo se siente con la flexibilidad que tiene en su dieta?					
5. ¿Cómo se siente con la carga que su diabetes impone en su familia?					
6. ¿Se siente satisfecho con su conocimiento acerca de su diabetes?					
7. ¿En relación con su sueño como se siente?					
8. ¿En relación a sus relaciones sociales y amistades?					
9. ¿Cómo se siente con su vida sexual?					
10. ¿En relación a su trabajo y actividades del hogar como se siente?					
11. ¿Cómo se siente en cuanto a la apariencia de su cuerpo?					
12. ¿En relación al tiempo que pasa haciendo ejercicio como se siente?					



13. ¿En relación a su tiempo libre como se siente?					
14. ¿En relación con su vida en general como se siente?					
<b>IMPACTO DE LA ENFERMEDAD</b>					
15. ¿Ud. Siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes?					
16. ¿Ud. Se siente apenada (o) por tener que tratar su diabetes en público?					
17. ¿Su nivel de azúcar es baja?					
18. ¿Ud. se siente físicamente enfermo?					
19. ¿Interfiere su diabetes con su vida familiar?					
20. ¿Pasa mala noche (duerme mal)?					
21. ¿Su diabetes limita sus relaciones sociales y Amistades?					
22. ¿Se siente bien consigo mismo?					
23. ¿Se siente restringido por su dieta?					
24. ¿Interfiere su diabetes con su vida sexual?					
25. ¿Siente que su diabetes le impide usar una máquina (por ejemplo, computadora)?					
26. ¿Interfiere su diabetes con su ejercicio?					
27. ¿Falta al trabajo o deberes del hogar debido a su diabetes?					
28. ¿Con qué frecuencia se encuentra explicando lo que significa tener diabetes?					

29. ¿Ud. Siente que su diabetes interrumpe sus actividades de tiempo libre?					
30. ¿Cuenta a otros acerca de su diabetes?					
31. ¿Lo (a) molestan porque tiene diabetes?					
32. ¿Ud. siente que por su diabetes va al baño más que otros?					
33. ¿Conque frecuencia se encuentra comiendo algo que no debería en lugar de decirle a alguien que tiene diabetes?					
34. ¿Con qué frecuencia le esconde a los demás el hecho de que está teniendo una reacción a la insulina?					
<b>PREOCUPACIÓN POR LOS EFECTOS FUTUROS DE LA ENFERMEDAD Y ASPECTOS SOCIALES</b>					
35. ¿Se preocupa si llegará a contraer matrimonio o a convivir con una pareja?					
36. ¿Se preocupa si llegaría a tener hijos?					
37. ¿Se preocupa si no obtendrá el empleo que desea?					
38. ¿Se preocupa si se le negará el seguro?					
39. ¿Se preocupa si podrá terminar su educación?					
40. ¿Se preocupa si faltará al trabajo?					
41. ¿Se preocupa si podrá irse de vacaciones o hacer un viaje?					
42. ¿Se preocupa si morirá a causa de su diabetes?					
43. ¿Se preocupa diferente debido a su diabetes?					

44. ¿Se preocupa porque tendrá complicaciones de su Diabetes?					
45. ¿Se preocupa si alguien no saldrá con usted porque tiene Diabetes?					
<b>ESTADO DE SALUD</b>	Excelente	Buena	Regular	Mala	

Gracias por su colaboración.

## **ANEXO B**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada "

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL II-2 SULLANA AGOSTO A NOVIEMBRE DEL 2017**

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos; y confiando plenamente en que la información que se vierta en el cuestionario será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que el investigador utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome de la misma confidencialidad.

---

Participante

### **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

Estimada SEÑOR / SEÑORA:

La investigadora del estudio, al que usted ha manifestado su aceptación de participar, luego de darle su consentimiento informado, se compromete a guardar la misma confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán a su persona en lo absoluto.

Atte:

Víctor Humberto Nole  
Huancayo Autor del estudio