



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERIA

TESIS

**“CAUSAS RELACIONADAS A LA ADHERENCIA EN PACIENTE CON
DIAGNOSTICO DIABETES MELLITUS 2 HOSPITAL REAZOLA DE CAÑETE
2019”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud pública, salud ambiental y satisfacción con los servicios de salud

Presentado por:

Lidia Jenny Dueñas Mecedo

Veronica Reyna Almenara Tevez

Tesis desarrollada para optar el Título de Licenciada en Enfermería

Docente asesor:

Mg. Julio Zelada Benavides

Código orcid N° 0000-0001-6705-6162

Chincha, Ica, 2019

DEDICATORIA

Dedicada a nuestras familias y nuestros hijos los cuales nos han apoyado en este largo proceso para poder obtener el gran ansiado título de licenciadas, así poder ejercer y sobre todo realizar nuestra labor con profesionales que somos.

RESUMEN

El problema de la investigación fue, qué relación existe entre los CAUSAS RELACIONADAS a la adherencia y los Cumplimientos terapéuticos EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO diabetes Mellitus 2, en el Hospital Rezola de Cañete. El objetivo de la investigación realizada fue determinar la relación que existe entre los CAUSAS RELACIONADAS a la adherencia y los Cumplimientos terapéuticos EN PACIENTE CON DIAGNOSTICO Diabetes Mellitus 2, en el HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE, 2019. El tipo de investigación fue descriptivo, el diseño utilizado fue correlacional de corte transversal.

La técnica fue una encuesta y como instrumento el cuestionario, sobre la relación que existe entre los CAUSAS RELACIONADAS a la adherencia y los Cumplimientos terapéuticos en los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, mediante la escala de Likert. Se realizó el proceso y análisis estadístico de SPSS versión 22. Finalmente se obtuvo tablas y gráficos variadas, considerando las variables, las dimensiones y su relación con los datos generales, según edad, sexo, grado de instrucción, procedencia. La muestra estuvo conformada por 198 personas que padecen de Diabetes Mellitus tipo II.

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
RESUMEN	iii
ÍNDICE.....	4
I. INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
II. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
a. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	¡Error! Marcador no definido.
b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	¡Error! Marcador no definido.
c. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
d. HIPÓTESIS	¡Error! Marcador no definido.
e. VARIABLES	¡Error! Marcador no definido.
III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
IV. MARCO TEÓRICO.....	¡Error! Marcador no definido.
V. MÉTODOS O PROCEDIMIENTOS	¡Error! Marcador no definido.
VI. RESULTADOS	¡Error! Marcador no definido.
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	¡Error! Marcador no definido.
A. Conclusiones.....	¡Error! Marcador no definido.
B. Recomendaciones	¡Error! Marcador no definido.
BIBLIOGRAFÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCION

Las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes se revisarán aquí. Los principios generales del tratamiento con insulina en la diabetes mellitus se revisan en otra parte.

Los estudios retrospectivos basados en la población con un seguimiento de uno a tres años no han mostrado un mayor riesgo de hospitalización por insuficiencia cardíaca en usuarios de saxagliptina o sitagliptina en comparación con otros agentes (sulfonilureas, pioglitazona, insulina). Estos estudios observacionales pueden complementar, pero no pueden reemplazar, los hallazgos más persuasivos de los ensayos clínicos controlados, ya que el diseño y análisis del estudio observacional no pueden abordar completamente los factores de confusión potenciales, como el nivel de control glucémico y otros factores no medidos que influyeron en la elección de la terapia. No se ha establecido un mecanismo causal para la asociación de los inhibidores de la DPP-4 con la insuficiencia cardíaca.

Los inhibidores de la DPP-4 no parecen tener ningún efecto sobre la mortalidad general. En una revisión sistemática y un metanálisis de 189 ensayos, no hubo diferencias en la mortalidad por cualquier causa entre cualquier fármaco de incretina versus control. Los resultados del metanálisis fueron fuertemente ponderados por seis grandes ensayos aleatorios en los que ocurrió el 92 por ciento de todas las muertes. En un análisis de subgrupos de los ensayos de resultados cardiovasculares DPP-4, no hubo diferencias en la mortalidad por todas las causas entre un inhibidor de la DPP-4 y un placebo.

Casi todos los pacientes diabéticos experimentan oscilaciones en los niveles de glucosa en la sangre, que son más grandes y menos predecibles que en los no diabéticos. Cuando estos cambios se vuelven intolerables y causan una interrupción en la vida diaria de la persona y / o una hospitalización prolongada, la persona está etiquetada como con diabetes "lábil" o "quebradiza". Aunque la diabetes quebradiza es poco común (menos del 1 por ciento de los pacientes diabéticos que toman insulina), puede causar una carga considerable en los recursos hospitalarios, sociales y familiares debido a las admisiones múltiples en el hospital.

Las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes frágil se revisarán aquí. Los principios generales del tratamiento con insulina en la diabetes mellitus se revisan en otra parte.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La diabetes mellitus (DM) es un problema de salud común que tiene graves consecuencias médicas y económicas. La prevalencia mundial de diabetes entre los adultos (de 20 a 79 años) se estimó en 6.4% en 2010 y aumentará a 7.7% para 2030. La adherencia a la medicación tiene importantes consecuencias terapéuticas y económicas. Se cree que la adherencia a la medicación está influenciada por factores que van más allá de los factores demográficos y clínicos tradicionales. Por ejemplo, el Modelo Autorregulado extendido, que incluye las creencias de enfermedad y tratamiento, tuvo éxito en explicar las variaciones en la adherencia a la medicación en pacientes con ciertas enfermedades crónicas. También se ha informado que el conocimiento relacionado con la diabetes influye tanto en la adherencia a la medicación como en el control glucémico. Esto sugiere que existe un modelo complejo de factores demográficos, clínicos, de conocimiento y de comportamiento que afectan la adherencia a la medicación.¹⁻²

Se llevaron a cabo varios estudios en Perú y en Latinoamérica sobre la adherencia a la medicación en general y entre los pacientes diabéticos en particular. Desafortunadamente, ninguno de estos estudios investigó la influencia de factores como el conocimiento relacionado con la enfermedad o los aspectos conductuales de la adherencia a la medicación. Donde se realizaron la mayoría de los estudios sobre la influencia de los aspectos de comportamiento y conocimiento en la adherencia a la medicación. Las creencias sobre los medicamentos y la extensión del conocimiento relacionado con la enfermedad son diferentes entre las diferentes culturas. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar la adherencia a la medicación contra la

diabetes y su posible asociación con las creencias y el conocimiento relacionado con la diabetes entre los pacientes con DM tipo II que asisten a una clínica de atención primaria en Perú. Dichas cifras traducen un grado de preocupación frente a esta enfermedad, su correcto diagnóstico y su oportuno tratamiento. Diversos estudios han demostrado que el primer contacto y la información brindada al paciente sobre su enfermedad y los medicamentos empleados en su tratamiento incrementan la adherencia. Esta satisfacción, respecto a la información, se encuentra íntimamente relacionada con la adherencia al tratamiento que se emplea ^{3,4}.

Estudios previos han individualizado el análisis de la problemática, categorizándolas por enfermedades y pacientes con su tratamiento respectivo, el presente trabajo busca determinar la relación entre el conocimiento de medicamentos y su repercusión en la adherencia terapéutica. Nuestro estudio, se caracteriza por evaluar la problemática mencionada en pacientes con tratamiento para la diabetes tipo 2.

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

DELIMITACION ESPACIAL

Hospital San Juan de Lurigancho.

DELIMITACION SOCIAL

A su vez nuestro estudio tendrá como estudio a pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2.

DELIMITACION TEMPORAL

De enero a julio del 2018.

DELIMITACION CONCEPTUAL

Objetivo: estudiar el conocimiento y relación con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

1.3 PROBLEMAS DE LA INVESTIGACION

1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es el conocimiento y relación con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo de enero a julio del 2018?

1.3.2 Problemas Secundarios

- ¿Cuál es las características de la atención periódica y la adherencia en pacientes diabéticos en el Hospital Reazola de Cañete 2019?
- ¿Cuáles son las causas de la falta de información acerca de su tratamiento en pacientes diabéticos del Hospital Reazola de Cañete 2019?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 Objetivo General

Determinar el conocimiento y relación con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Reazola de Cañete 2019

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar la relación entre la periodicidad del control médico en la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos en el Hospital Reazola de Cañete 2019.
- Correlacionar las causas de la falta de información acerca de su tratamiento en pacientes diabéticos del Hospital Reazola de Cañete 2019.

1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION

1.5.1 Hipótesis General

Existiría el conocimiento y relación con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Reazola de Cañete 2019

1.5.2 Hipótesis Secundarias

- Si existe la relación entre la periodicidad del control médico en la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos en el Hospital Reazola de Cañete 2019.
- Si existen las causas de la falta de información acerca de su tratamiento en pacientes diabéticos del Hospital Reazola de Cañete 2019.

1.5.3 Variables

VARIABLES:

Variable: Grado de Conocimiento sobre el tratamiento

Definición conceptual Conjunto de información que permite ampliar o precisar los que se poseen sobre la medicación utilizada en su tratamiento.

Definición operacional Conjunto de conocimiento poseen el paciente sobre la medicación utilizada en su tratamiento.

Dimensiones Cuestionario sobre conocimiento del tratamiento

Variable: Adherencia al tratamiento

Definición conceptual Se refiere al grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación.

Definición operacional Conjunto de conducta que determinan a la adherencia al tratamiento.

Dimensiones

Cuestionario de adherencia de Morisky

“CONOCIMIENTO Y RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2018”

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
DEPENDIENTE	Se refiere al grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional de salud	Se determina mediante el cuestionario de Morisky de 8 ítems, dentro de los cuales se considerará: Tiempo, los inconvenientes, frecuencia de la medicación y el olvido de toma de medicamentos	Cualitativa	Cuestionario de adherencia de Morisky	Nominal Dicotómica	Cuestionario de adherencia de Morisky
Adherencia al tratamiento.						
INDEPENDIENTE	Conjunto de información que permite ampliar o precisar los que se poseen sobre la medicación utilizada en su tratamiento	Se determinará de acuerdo al conocimiento sobre la terapéutica que se aplica en su enfermedad, se utilizará un test de conocimiento del tratamiento para Diabetes Mellitus tipo 2	Cualitativa	Cuestionario sobre conocimiento del tratamiento	Nominal Politémica	Cuestionario sobre conocimiento del tratamiento
Grado de conocimiento sobre el tratamiento						

1.6 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

1.6.1 Tipo y Nivel de Investigación

Nuestro estudio contará que el tipo de estudio es descriptivo como retrospectivo.

1.6.2 Método y Diseño de la Investigación

El cual el nivel de vida en los pacientes del Hospital Reazola de Cañete 2019

1.6.3 Población y Muestra de la Investigación

Estará siendo conformada por la participación de 160 personas que fueron atendidas en el Hospital Reazola de Cañete 2019

Para nuestra muestra, tendremos la fórmula de poblaciones finitas.

$$\boxed{n = \frac{Z^2 \cdot pe. \cdot qe}{E^2}}$$

Si $\frac{n}{N} > 0.10$

$$\boxed{n = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}}$$

Entonces, la muestra para nuestro trabajo académico contará con la participación de 132 pacientes que sean atendidas en el Hospital Reazola de Cañete 2019

1.6.4 Técnica e instrumentos de Recolección de Datos

Nuestro presente trabajo académico, se contará con el instrumento el cual fue realizado mediante el investigador.

1.6.5 Justificación, Importancia y Limitaciones de la Investigación

a) Justificación e importancia

Como se sabe, la prevalencia de pacientes con diabetes mellitus, en España para el año 2012, se realizó un estudio donde se determinó que solo el 56% de los pacientes con DM2 lograron el control metabólico

Limitaciones

- Dentro de los problemas más relevantes, son el escaso seguimiento a los pacientes a los cuales ya se les aplica una encuesta y ver su progresión luego de la aplicación de estrategias, ya que muchos de ellos no acuden a su siguiente cita al servicio en el tiempo programado.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Tendremos al autor Mark. V. Williams et al con el trabajo titulado “Relación entre la alfabetización en salud funcional y el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad crónica”⁵

Objetivo Examinar entre los pacientes con hipertensión o diabetes la relación entre su nivel de alfabetización en salud funcional y su conocimiento de su enfermedad crónica y su tratamiento.

Métodos Realizamos una encuesta transversal de pacientes con hipertensión y diabetes que acudieron a las clínicas de medicina general en 2 hospitales públicos urbanos. La alfabetización se midió mediante la Prueba de Alfabetización en Salud Funcional en Adultos. El conocimiento de su enfermedad se evaluó en pacientes con diabetes o hipertensión utilizando 21 preguntas de hipertensión y 10 de diabetes basadas en elementos clave en los materiales educativos utilizados en nuestras clínicas.

Resultados Se incluyeron 402 pacientes con hipertensión y 114 pacientes con diabetes. Las puntuaciones medias de conocimiento (\pm DE) para los pacientes con hipertensión con alfabetización inadecuada ($n = 189$), marginal ($n = 49$) o adecuada ($n = 155$) fueron 13.2 ± 3.1 , 15.3 ± 2.2 y 16.5 ± 2.3 , respectivamente (rango, 4-20; $p < .001$). Un total del 92% de los pacientes con hipertensión y niveles adecuados de alfabetización sabían que una lectura de presión arterial de

160/100 mm Hg era alta en comparación con el 55% de los que tenían el nivel de lectura más bajo ($p < 0,001$). Las puntuaciones medias de conocimiento (\pm DE) para los pacientes con diabetes con alfabetización inadecuada ($n = 50$), marginal ($n = 13$) o adecuada ($n = 51$) fueron de $5,8 \pm 2,1$, $6,8 \pm 1,9$ y $8,1 \pm 1,6$, respectivamente (rango, 1-10; $P < .001$). Un total del 94% de los pacientes con diabetes y con una adecuada alfabetización en salud funcional conocían los síntomas de la hipoglucemia en comparación con el 50% de los que tenían una alfabetización inadecuada ($p < 0,001$).

Tendremos al autor Tan AS. Yong et al con el trabajo titulado "Educación del paciente en el manejo de la diabetes mellitus"⁶

OBJETIVO: Un programa de educación para pacientes en el tratamiento de la diabetes mellitus (DM) se puso a prueba en un policlínico gubernamental. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad del programa de educación para mejorar el conocimiento de la DM y las habilidades en el autocuidado para lograr un control a largo plazo de la DM. **MÉTODO:** El estudio se llevó a cabo en un grupo de intervención de 183 pacientes diabéticos que completaron el programa educativo y un grupo de control de 95 pacientes diabéticos que asistieron a la clínica durante el período del estudio. Los pacientes fueron evaluados por su conocimiento de la diabetes y su práctica para el buen control de la enfermedad (práctica dietética, cumplimiento, control domiciliario) a través de un cuestionario. El control a largo plazo se evaluó por sus niveles de hemoglobina glicosilada. El programa de educación comprendió asesoramiento individual utilizando una guía de educación para la diabetes, Charlas, videos y exhibiciones de comida. **RESULTADOS:** El grupo de intervención mostró una mejora significativa y mayor en el conocimiento de la enfermedad y el autocuidado y en la práctica dietética (consumir más arroz sin pulir / alimentos ricos en fibra, reducir el consumo de calorías y reducir los alimentos grasos / grasos) en comparación con El grupo de control. El cumplimiento con la medicación y los niveles medios de HbA1c también mejoraron en el grupo de intervención. **CONCLUSIÓN:** En este estudio, se observó que la intervención

educativa mejoró el conocimiento de los pacientes diabéticos sobre la enfermedad y el autocuidado y el control a largo plazo de la enfermedad. La educación del paciente es, por lo tanto, un componente importante en el tratamiento de la diabetes mellitus. El grupo de intervención mostró una mejora significativa y mayor en el conocimiento de la enfermedad y el autocuidado y en la práctica dietética (consumir más arroz sin pulir / alimentos ricos en fibra, reducir la ingesta de calorías y reducir los alimentos grasos / grasos) en comparación con el control. grupo. El cumplimiento con la medicación y los niveles medios de HbA1c también mejoraron en el grupo de intervención.

Tendremos a la autora Fatima Al Mashaki et al con el trabajo titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos en los Emiratos Árabes Unidos”⁷

La educación para el autocontrol de la diabetes es una piedra angular de la atención de la diabetes. Sin embargo, muchos diabéticos en los Emiratos Árabes Unidos (EAU) carecen de conocimientos suficientes sobre su enfermedad debido al analfabetismo. Por lo tanto, antes de considerar cualquier posible intervención, era imperativo evaluar el conocimiento actual, las actitudes y las prácticas de los pacientes hacia el manejo de la diabetes.

Métodos

Se seleccionó una muestra aleatoria de 575 pacientes con DM de las clínicas ambulatorias de diabetes de los hospitales de Tawam y Al-Ain en la ciudad de Al-Ain (EAU) durante 2006–2007, y se evaluó su actitud y práctica de conocimiento utilizando un cuestionario modificado de la Capacitación de Investigación de Diabetes de Michigan. Centro de instrumentos.

Resultados

El 31% de los pacientes tenía un bajo conocimiento de la diabetes. Setenta y dos tenían actitudes negativas hacia la enfermedad y 57% tenían niveles de HbA 1c que reflejaban un control glucémico deficiente. Solo el diecisiete por ciento informó haber tenido un control adecuado del azúcar en la sangre, mientras que el 10% admitió no cumplir con sus medicamentos. Los puntajes de conocimiento, práctica y actitud fueron estadísticamente significativamente positivos, pero débilmente asociados, pero ninguno de estos puntajes se correlacionó significativamente con la HbA 1c.

Conclusiones

El estudio mostró niveles bajos de conciencia sobre la diabetes, pero actitudes positivas hacia la importancia de la atención de la DM y las prácticas de diabetes satisfactorias en los EAU. Los programas para aumentar la conciencia de los pacientes sobre la DM son esenciales para todos los diabéticos en los Emiratos Árabes Unidos para mejorar su comprensión, cumplimiento y gestión y, por lo tanto, su capacidad para hacer frente a la enfermedad.

2.2 BASES TEÓRICAS

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La mayoría de los expertos definiría la diabetes quebradiza como la inestabilidad severa de los niveles de glucosa en la sangre con episodios frecuentes e impredecibles de hipoglucemia y / o cetoacidosis que alteran la calidad de vida. Los episodios impredecibles de hipoglucemia y / o cetoacidosis se deben a una dependencia absoluta de la insulina (niveles de péptido C indetectables). Por lo tanto, los pacientes diabéticos frágiles casi siempre tienen diabetes tipo 1.¹⁴

La mayoría de la literatura clínica publicada sobre diabetes quebradiza es antigua, con pocas descripciones modernas de diabetes quebradiza que abarcan la era de la terapia intensiva de insulina. Con la disponibilidad de regímenes de insulina basal y en bolo, el uso de análogos de insulina de acción rápida y prolongada o la terapia con bomba de insulina, ha habido una mejora sustancial

en la capacidad de tratar a la mayoría de los pacientes con diabetes tipo 1 de manera efectiva. Aunque la mayoría de los expertos clínicos en el tratamiento de la diabetes tipo 1 continúan viendo pacientes con diabetes mellitus frágil, muchos de los cuales tienen una contribución sustancial de comportamiento o iatrogénica a su estado frágil, el curso moderno de tales pacientes no se ha descrito bien.¹⁴⁻¹⁵

Se han descrito tres presentaciones clínicas de diabetes frágil: (1) hiperglucemia predominante con cetoacidosis recurrente, (2) hipoglucemia predominante, y (3) hiper e hipoglucemia mixta. La hipoglucemia frecuente, incluso si es asintomática, causa tanto la contrarregulación defectuosa de la glucosa como el desconocimiento de la hipoglucemia y, por lo tanto, un círculo vicioso de hipoglucemia recurrente.

Los pacientes con diabetes quebradiza tienen cambios bruscos en sus niveles de azúcar en la sangre y reportan diferentes respuestas de azúcar en la sangre a la misma dosis y tipo de insulina. Históricamente, los niveles de hemoglobina glucosilada (A1C) suelen ser elevados (10 a 14 por ciento), y las complicaciones de la diabetes aguda (cetoacidosis, hipoglucemia grave) y crónica (neuropatía, nefropatía, retinopatía) son comunes. La mayoría de los pacientes tienen entre 20 y 30 años, aunque los pacientes mayores también pueden tener diabetes quebradiza. Aunque algunos pacientes pueden controlar sus niveles de azúcar en la sangre con el tiempo, la tasa de mortalidad general para los pacientes con diabetes quebradiza es alta, y varía de 20 a 50 por ciento en series de centros especializados. En una serie, las causas de muerte fueron insuficiencia renal crónica, cetoacidosis diabética (CAD), hipoglucemia y hemorragia subaracnoidea. La edad de la muerte osciló entre los 27 y los 45 años. En contraste con una revisión más antigua, que encontró una prevalencia igual en hombres y mujeres, todas las otras series encontraron un predominio de mujeres jóvenes, y una observó un aumento significativo en las complicaciones diabéticas microvasculares (67 contra 25 por ciento en diabéticos estables controles) y complicaciones del embarazo (46 versus 7 por ciento). Entre los sobrevivientes,

la dosis de insulina tendió a disminuir con el tiempo y los episodios de cetoacidosis e hipoglucemia grave se hicieron menos frecuentes.¹⁶⁻¹⁷

DIAGNÓSTICO

Diabetes lábil o inestable, que requiere hospitalizaciones frecuentes y / o prolongadas por cetoacidosis o hipoglucemia grave. Por lo tanto, el diagnóstico de diabetes frágil se establece cuando un paciente con deficiencia absoluta de insulina (tipo 1 o rara vez con diabetes mellitus tipo 2) tiene episodios frecuentes de hiper o hipoglucemias graves, que requieren hospitalizaciones frecuentes y previenen un estilo de vida normal.¹⁸

ETIOLOGÍA

Hay múltiples causas de diabetes quebradiza. La principal causa de la diabetes quebradiza es la combinación no fisiológica de las comidas / el ejercicio y la administración de insulina por parte de los clínicos o los pacientes. Las posibles causas fisiológicas incluyen la malabsorción, el retraso del vaciado gástrico debido a la neuropatía autonómica, el deterioro del comportamiento y las respuestas contrarreguladoras a la disminución de las concentraciones plasmáticas de glucosa, el uso de ciertos fármacos (alcohol, antipsicóticos), la resistencia sistémica a la insulina y la absorción o degradación anormal de la insulina.¹⁹

Varios estudios de centros especializados de referencia a finales de los años 70 y principios de los 80 se centraron en los posibles mecanismos fisiológicos para la fragilidad y probaron enfoques mecanísticos para superar el problema mediante el uso de infusiones de insulina subcutánea, intramuscular, intravenosa o intraperitoneal, o el páncreas artificial de circuito cerrado. Sin embargo, al aumentar el estudio, ha quedado claro que la gran mayoría de los casos parecen deberse a factores psicológicos, con problemas de conducta centrados en el paciente que a menudo subyacen al control glucémico deficiente. Cuando los pacientes diabéticos "frágiles" se estudiaron en un ambiente controlado con comidas reglamentadas y con el ejercicio y las opciones de dosis de insulina

realizadas por el equipo de atención médica y administradas por este, su estado glucémico lábil a menudo mejoró y ya no eran frágiles. Como ejemplo, en un intento de estimar la prevalencia y las causas de la diabetes quebradiza, se envió un cuestionario a todas las clínicas de diabetes en el Reino Unido. Entre los 414 pacientes identificados con diabetes quebradiza (prevalencia de 2,9 por cada 1000 pacientes tratados con insulina), los clínicos que respondieron consideraron que el 93% de los casos se debían a problemas psicológicos. Algunos de estos problemas pueden ser de corta duración y estar relacionados con una situación estresante (infelicidad en la escuela o en el hogar), lo que hace que el paciente descuide su atención diabética. En otros entornos más raros, un paciente puede manejar mal su diabetes (diabetes frágil artificial) deliberadamente para permanecer en el hospital.¹⁹

Después de eliminar los aspectos de comportamiento de la diabetes frágil y mejorar la compatibilidad fisiológica entre la administración de insulina y los requisitos de insulina, todavía hay un pequeño número de pacientes con diabetes tipo 1 que seguirán siendo inexplicablemente frágiles. Con investigación adicional, se puede identificar la absorción errática de la comida de la gastroparesia o con la enfermedad celíaca no reconocida. En algunos pacientes, tal vez debido a los altos niveles de anticuerpos anti-insulina del uso anterior de insulinas de especies animales, la absorción o actividad biológica de la insulina puede ser impredecible.¹⁹

EVALUACIÓN

Se debe realizar una evaluación cuidadosa en pacientes con diabetes quebradiza para diferenciar entre las diversas causas. Al evaluar a un paciente con diabetes frágil, es importante realizar un historial detallado que incluya varios puntos específicos, como la duración de la diabetes, una descripción de todos los episodios de cetoacidosis e hipoglucemia grave, presencia de complicaciones de la diabetes (especialmente neuropatía autonómica), y los regímenes de insulina prescritos. También debe determinarse si hubo un período de diabetes "estable" que precedió a la fragilidad y lo que sucedió en las circunstancias de la vida del

paciente coincidiendo con el inicio de la fragilidad. Debido a que los factores psicosociales contribuyen de manera importante a la inestabilidad de la enfermedad, la evaluación psicosocial es un componente importante de la evaluación, particularmente para pacientes con diabetes quebradiza en quienes la educación diabética y la terapia intensiva de insulina no logran reducir los episodios de cetoacidosis e hipoglucemia.²⁰

Para los pacientes con episodios recurrentes de hipoglucemia grave, se deben considerar varias afecciones:

- La gastroparesia puede llevar a un desajuste grave entre la absorción de alimentos y la absorción de insulina, lo que causa una hipoglucemia inexplicable. Los estudios de vaciamiento gástrico y / o un ensayo de terapia médica pueden ser útiles en este contexto. La evaluación de la gastroparesia se revisa por separado.²⁰⁻²¹
- La enfermedad celíaca puede causar la absorción errática de las comidas, causando una hipoglucemia inexplicable.²⁰⁻²¹
- La respuesta protectora a la hipoglucemia está alterada en muchos pacientes con diabetes tipo 1 y en algunos pacientes con diabetes tipo 2 de larga duración (deficiencia de insulina endógena absoluta). La contrarregulación de la glucosa deteriorada es un factor de riesgo importante para la hipoglucemia recurrente. Además, los episodios previos de hipoglucemia deterioran aún más la contrarregulación de la glucosa y causan que la hipoglucemia no sea consciente, lo que provoca un círculo vicioso de hipoglucemia recurrente en el que los episodios recurrentes de hipoglucemia hacen que los episodios posteriores sean más probables.²⁰⁻²¹

La medición de la respuesta hormonal sintomática y contrarreguladora a la hipoglucemia, aunque es precisa para determinar el riesgo de hipoglucemia grave, es demasiado complicada para el uso de rutina. Un enfoque más simple y práctico durante la terapia intensiva de insulina es evaluar la frecuencia y la gravedad de las lecturas de glucosa en sangre bajas de los registros de monitoreo

de glucosa en sangre que lleva el paciente o del monitoreo continuo de glucosa (CGM).²⁰⁻²¹

- El hipotiroidismo y la insuficiencia suprarrenal también son causas, aunque rara vez, de hipoglucemia grave recurrente; se pueden tratar fácilmente una vez que se reconoce la condición. Por lo tanto, se deben realizar pruebas de la función tiroidea (hormona estimulante de la tiroides [TSH], tiroxina libre [T4]) y una prueba de estimulación con corticotropina (ACTH) si la historia clínica sugiere hipotiroidismo o deficiencia de glucocorticoides.²⁰⁻²¹
- La insulina autoinmune hipoglucemia ocurre en pacientes que tienen anticuerpos dirigidos a la insulina endógena o al receptor de insulina. Los síntomas pueden ocurrir postprandialmente, en ayunas, o en ambos estados. En pacientes con autoanticuerpos contra la insulina, la insulina secretada en respuesta a una comida se une al anticuerpo y luego se disocia de manera no regulada, lo que provoca hiperinsulinemia e hipoglucemia. En pacientes con anticuerpos contra el receptor de insulina, la hipoglucemia se produce como resultado de la activación de anticuerpos del receptor. La medición de la insulina y los anticuerpos del receptor de insulina es necesaria para confirmar el diagnóstico.²⁰⁻²¹

Para los pacientes con episodios recurrentes de cetoacidosis, debe excluirse una posible infección crónica críptica (como sinusitis, osteomielitis, absceso renal o perinéfrico, absceso pulmonar). Estos problemas son más probables en un paciente que usa drogas intravenosas. Por lo tanto, una prueba de detección de drogas en orina para detectar opiáceos y anfetaminas puede ser útil si se sospecha el uso de drogas.

Para todos los pacientes, una evaluación educativa diabética es útil para evaluar si el paciente sabe cómo manejar la diabetes y si el régimen de insulina actual es razonable.

Si se sospecha una mala gestión deliberada (diabetes frágil facticia) por parte de un paciente, es necesario realizar una evaluación y un manejo hospitalarios del

azúcar en la sangre. Durante el período inicial, el paciente debe permanecer en la unidad de tratamiento en todo momento, donde puede ser vigilado y observado de cerca, con todas las pruebas de glucosa en sangre, alimentos e insulina administrados por el personal. Posteriormente, se puede permitir que el paciente participe en su manejo, siempre que el control de la glucosa en sangre y el comportamiento sigan siendo razonables. Muchos pacientes con la llamada diabetes "quebradiza" tendrán una diabetes relativamente fácil de controlar en este contexto, lo que sugiere claramente que los problemas de comportamiento o basados en el régimen subyacen a su estado frágil como paciente ambulatorio.²²

CAPITULO III
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS

GRADO DE CONOCIMIENTO

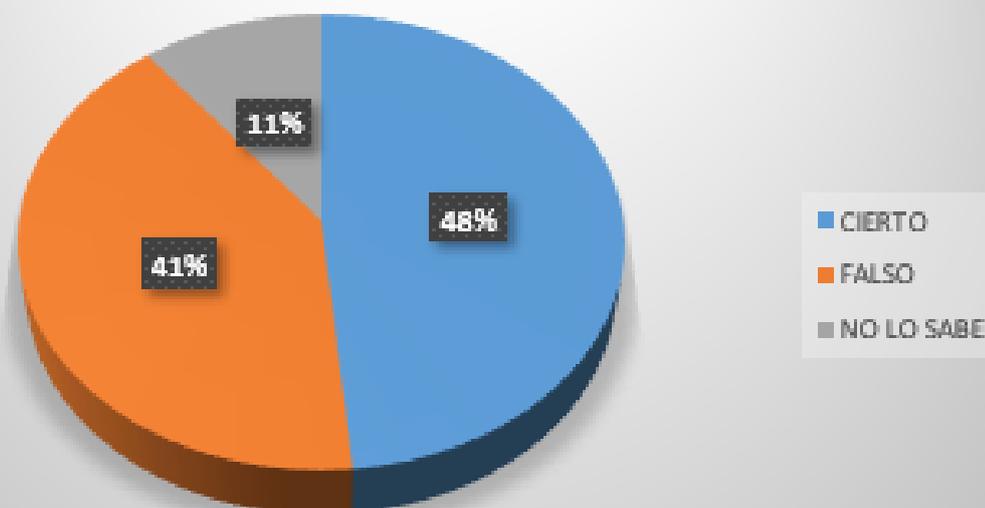
1. COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Retinopatía	1	2.78
Nefropatía	1	2.78
Neuropatía	4	11.11
Hipertensión	6	16.67
Pie diabético	12	33.33
Artrosis	10	27.78
Dislipidemia	2	5.56

2. PREGUNTA 1: El principal alimento contraindicado en el diabético es aquel que tiene proteínas.

PREGUNTA 1	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
CIERTO	64	48.48
FALSO	54	40.91
NO LO SABE	14	10.61

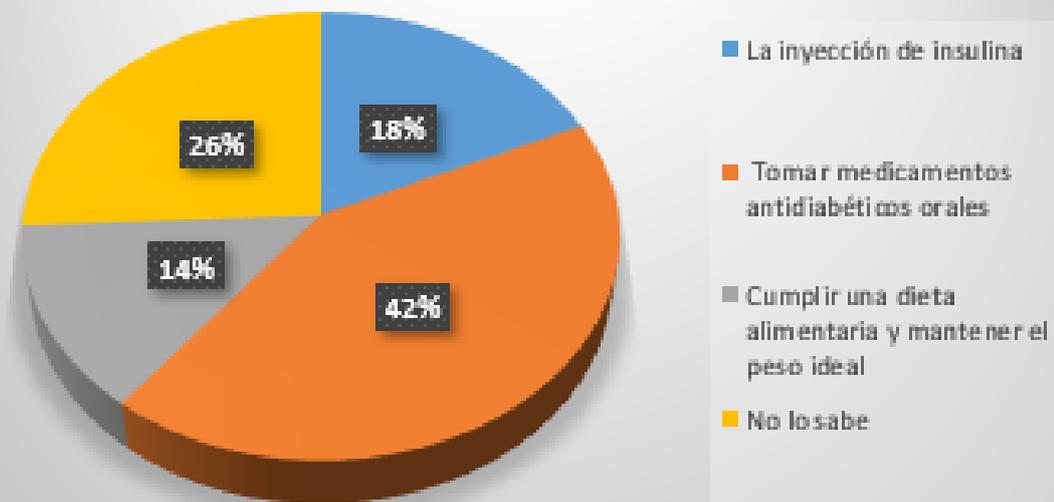
PREGUNTA 1



3. **PREGUNTA 2:** En la diabetes no insulino dependiente (diabetes tipo II o del adulto), el mejor tratamiento es:

PREGUNTA 2	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
La inyección de insulina	24	18.18
Tomar medicamentos antidiabéticos orales	56	42.42
Cumplir una dieta alimentaria y mantener el peso ideal	18	13.64
No lo sabe	34	25.76

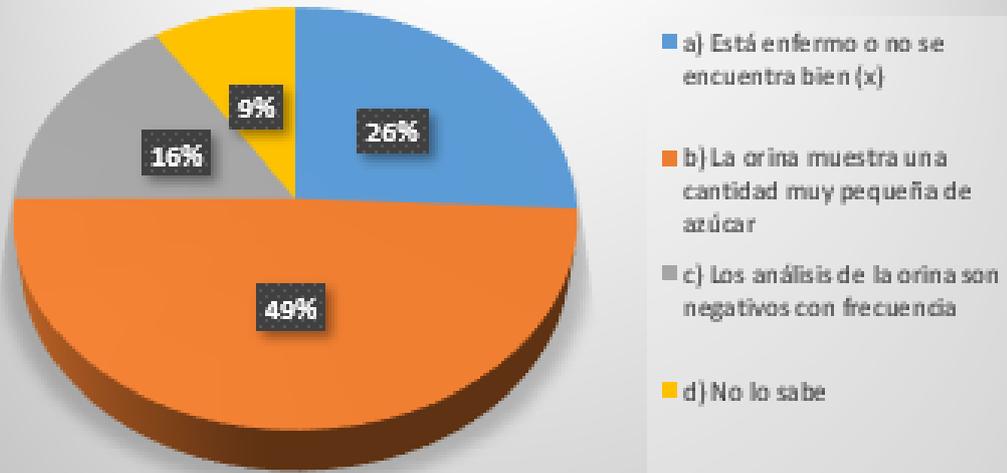
PREGUNTA 2



4. PREGUNTA: En un diabético, la orina deberá ser controlada más a menudo si:

PREGUNTA 3	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Está enfermo o no se encuentra bien (x)	34	25.76
b) La orina muestra una cantidad muy pequeña de azúcar	65	49.24
c) Los análisis de la orina son negativos con frecuencia	21	15.91
d) No lo sabe	12	9.09

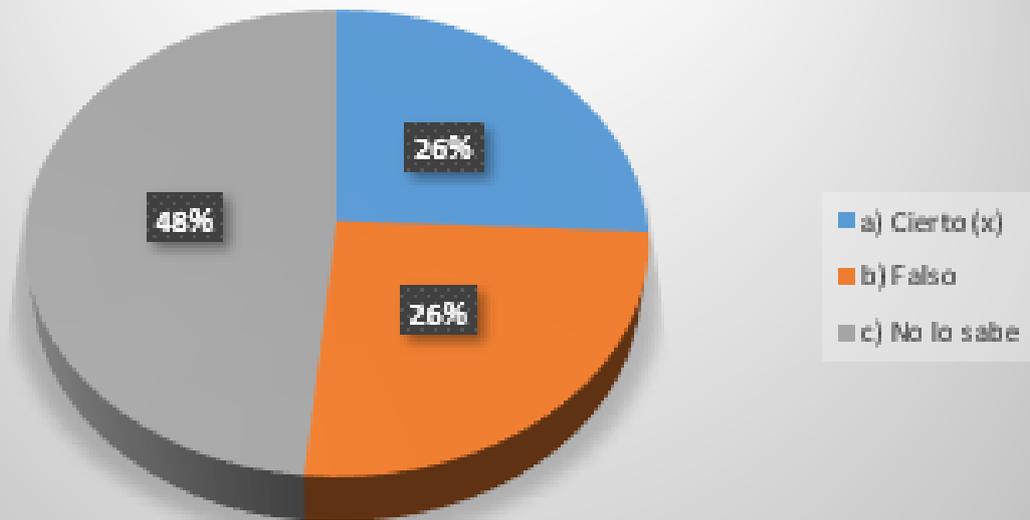
PREGUNTA 3



5. **PREGUNTA 4: Cuando un diabético está a dieta o se encuentra enfermo y necesita más hidratos de carbono, puede haber acetona en la orina**

PREGUNTA 4	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Cierto (x)	34	25.76
b) Falso	34	25.76
c) No lo sabe	64	48.48

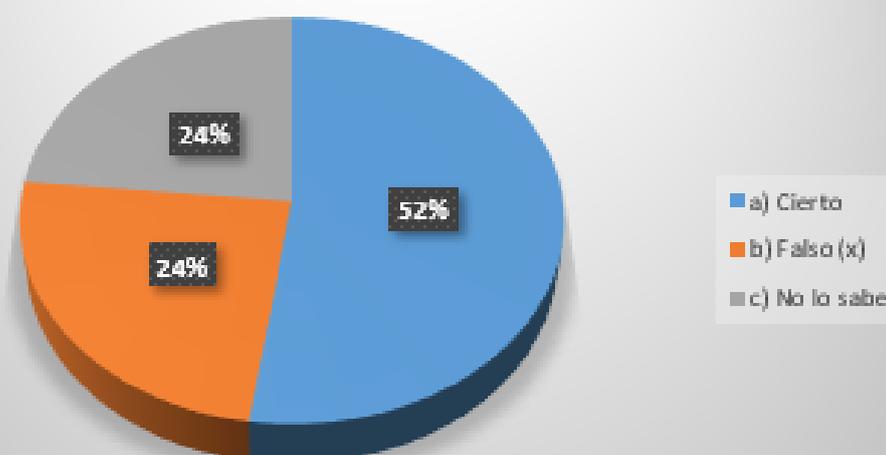
PREGUNTA 4



6. PREGUNTA 5: Si un diabético encuentra una cantidad moderada de acetona en la orina, deberá

PREGUNTA 5	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Beber un vaso (litro) de jugo de naranja con una cucharada de azúcar	55	41.67
b) Beber abundantes líquidos y controlar la orina más a menudo (x)	34	25.76
c) No inyectarse la dosis siguiente de insulina	9	6.82
d) No tomar ningún alimento en la siguiente comida	22	16.67
e) No lo sabe	12	9.09

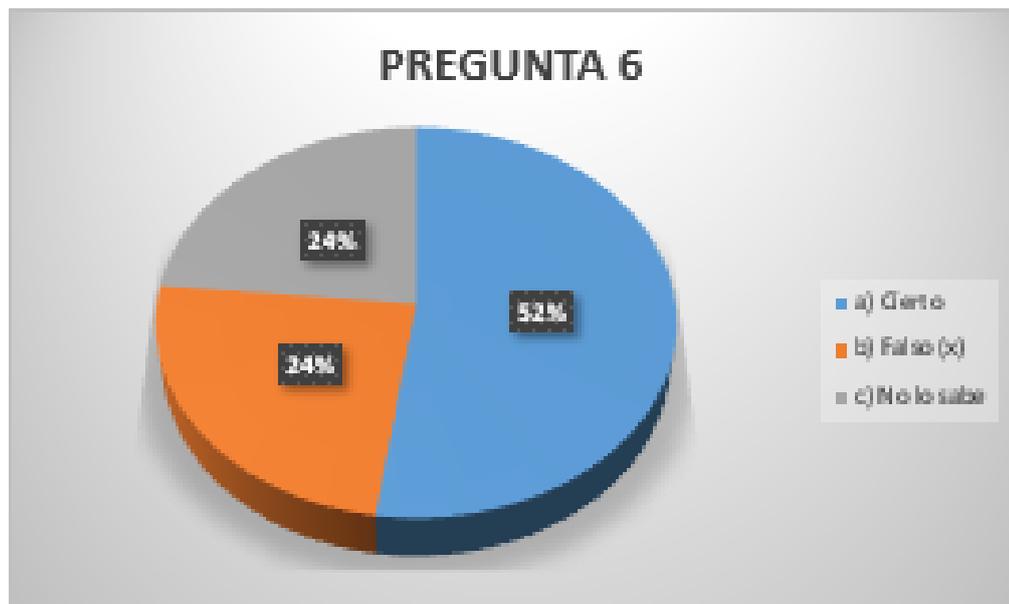
PREGUNTA 5



7. **PREGUNTA 6: Una vez que se ha abierto el frasco y se van usando las tiras reactivas para el control de la orina, las que van quedando dentro no se alteran hasta la fecha de caducidad**

PREGUNTA 6	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Cierto	69	52.27
b) Falso (x)	32	24.24
c) No lo sabe	31	23.48

PREGUNTA 6



PREGUNTAS 7- 16: A continuación, señale si los signos o síntomas siguientes pueden ocurrir por hiperglucemia (glucosa alta en sangre) o por hipoglucemia (glucosa baja en sangre):

- a) Hiperglucemia
- b) Hipoglucemia
- c) No lo sabe

7. Controles en orina negativos a) _____ b) _____ (x) c) _____

8. Piel y boca secas a) _____ (x) b) _____ c) _____

9. Los síntomas han aparecido lentamente a) _____ (x) b) _____
c) _____

10. Aumento de la sed a) _____ (x) b) _____ c) _____

Señale si las causas siguientes pueden producir hiperglucemia (glucosa alta en la sangre) o hipoglucemia (glucosa baja en sangre):

- a) Hiperglucemia
- b) Hipoglucemia
- c) No lo sabe

11. Demasiada insulina a) _____ b) _____ (x) c) _____

12. Demasiado ejercicio físico a) _____ b) _____ (x) c) _____

13. Demasiada comida a) _____ (x) b) _____ c) _____

14. Una enfermedad o infección a) _____ (x) b) _____ c) _____

Indique si los hechos siguientes previenen o evitan tener hiperglucemia (glucosa alta en la sangre) o hipoglucemia (glucosa baja en sangre):

- a) Hiperglucemia
- b) Hipoglucemia
- c) No lo sabe

15. Tomar alimento a) _____ b) _____ (x) c) _____

16. Inyectarse insulina a) _____ b) _____ (x) c) _____

PREGUNTA 7	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Hiperglucemia	47	35.61
b) Hipoglucemia	54	40.91
c) No lo sabe X	31	23.48

PREGUNTA 8	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Hiperglucemia X	23	17.42
b) Hipoglucemia	42	31.82
c) No lo sabe	67	50.76

PREGUNTA 9	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Hiperglucemia X	21	15.91
b) Hipoglucemia	42	31.82
c) No lo sabe	69	52.27

PREGUNTA 10	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Hiperglucemia X	23	17.42
b) Hipoglucemia	38	28.79
c) No lo sabe	71	53.79

PREGUNTA 11	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Hiperglucemia	72	54.55
b) Hipoglucemia	37	28.03
c) No lo sabe X	23	17.42

PREGUNTA 12	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Hiperglucemia	72	54.55
b) Hipoglucemia X	37	28.03
c) No lo sabe	23	17.42

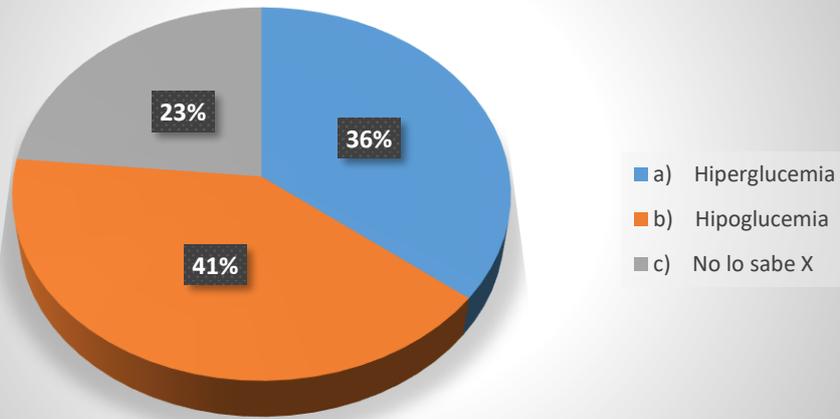
PREGUNTA 13	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Hiperglucemia X	34	25.76
b) Hipoglucemia	73	55.30
c) No lo sabe	25	18.94

PREGUNTA 14	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Hiperglucemia X	34	25.76
b) Hipoglucemia	71	53.79
c) No lo sabe	27	20.45

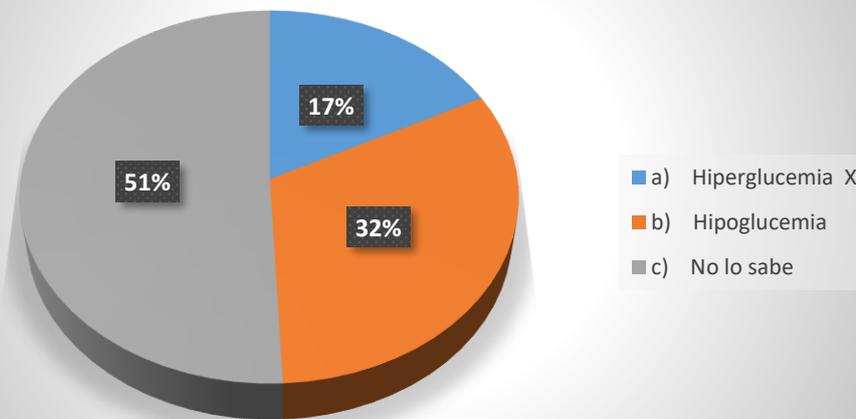
PREGUNTA 15	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Hiperglucemia	65	49.24
b) Hipoglucemia X	36	27.27
c) No lo sabe	31	23.48

PREGUNTA 16	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Hiperglucemia	65	49.24
b) Hipoglucemia X	33	25.00
c) No lo sabe	34	25.76

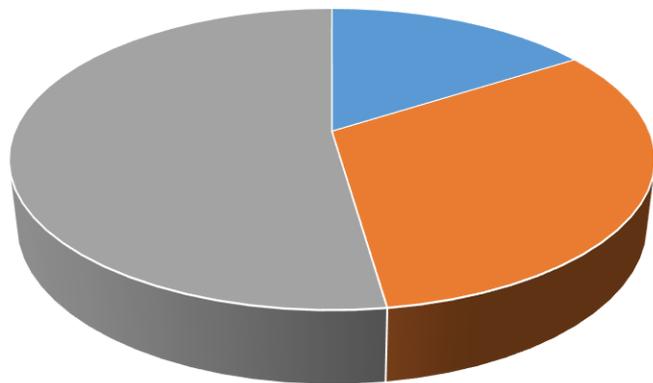
PREGUNTA 7



PREGUNTA 8

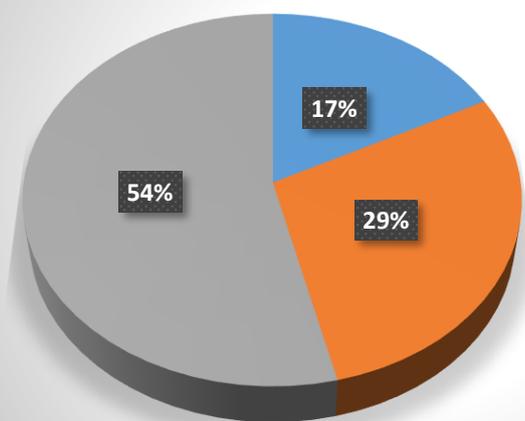


PREGUNTA 9



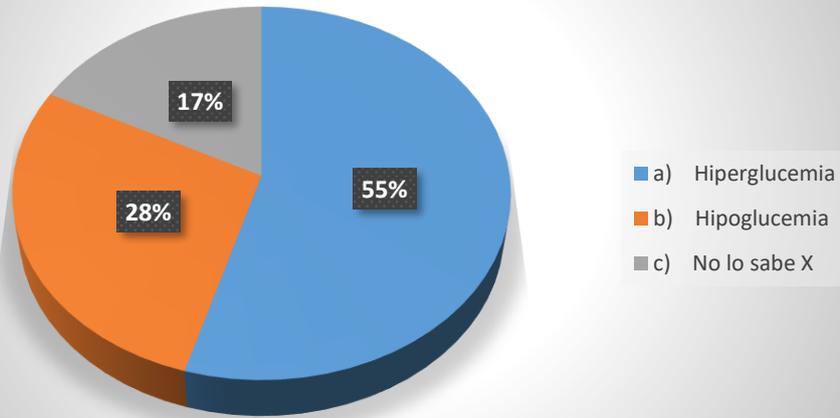
■ a) Hiperglucemia X ■ b) Hipoglucemia ■ c) No lo sabe

PREGUNTA 10

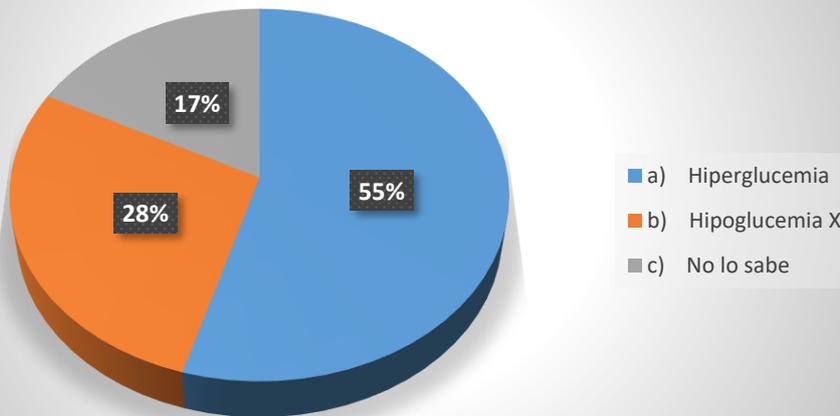


■ a) Hiperglucemia X
■ b) Hipoglucemia
■ c) No lo sabe

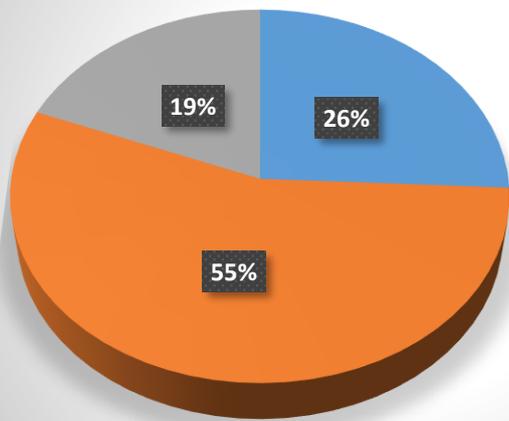
PREGUNTA 11



PREGUNTA 12

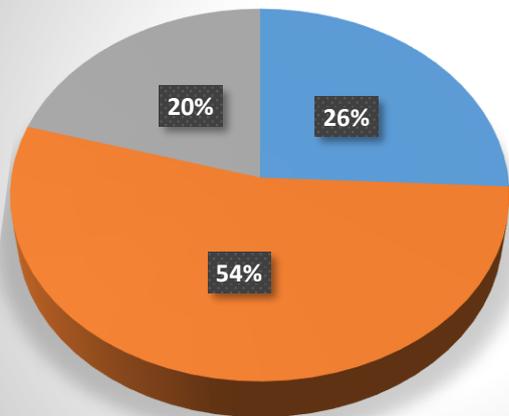


PREGUNTA 13



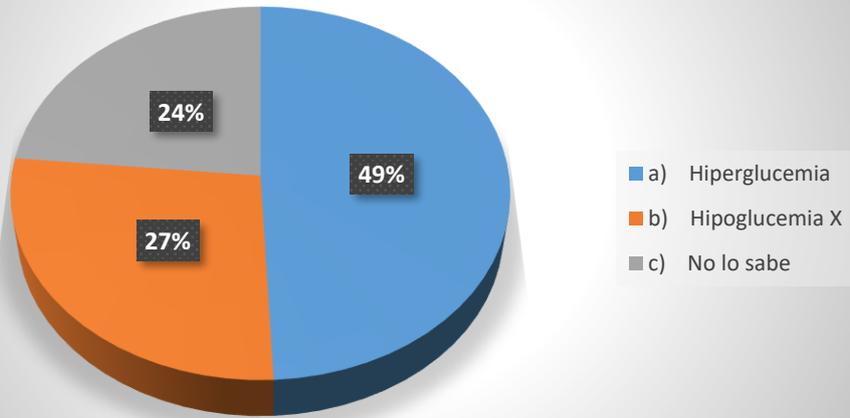
- a) Hiperglucemia X
- b) Hipoglucemia
- c) No lo sabe

PREGUNTA 14

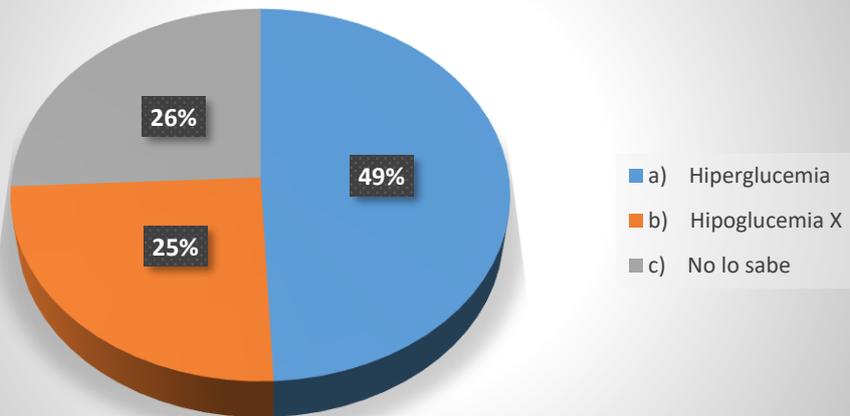


- a) Hiperglucemia X
- b) Hipoglucemia
- c) No lo sabe

PREGUNTA 15

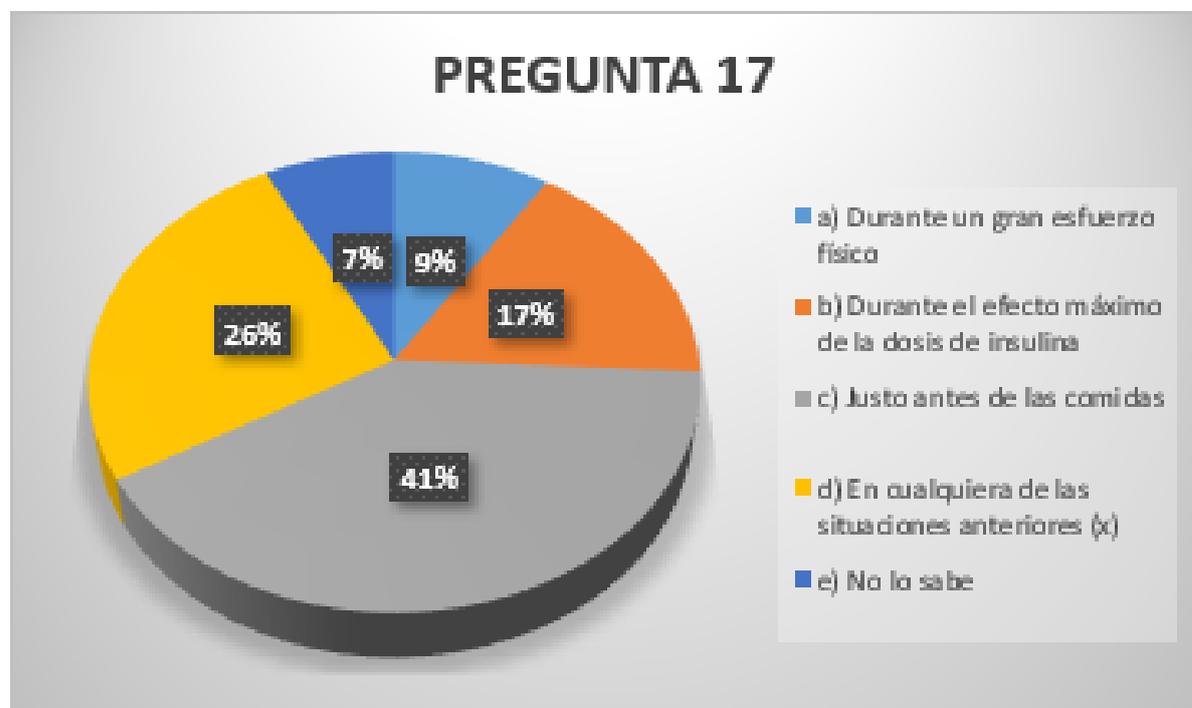


PREGUNTA 16



PREGUNTA 17 : ¿En cuál de las siguientes situaciones es probable que ocurra hipoglucemia?

PREGUNTA 17	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Durante un gran esfuerzo físico	12	9.09
b) Durante el efecto máximo de la dosis de insulina	22	16.67
c) Justo antes de las comidas	54	40.91
d) En cualquiera de las situaciones anteriores (x)	34	25.76
e) No lo sabe	10	7.58



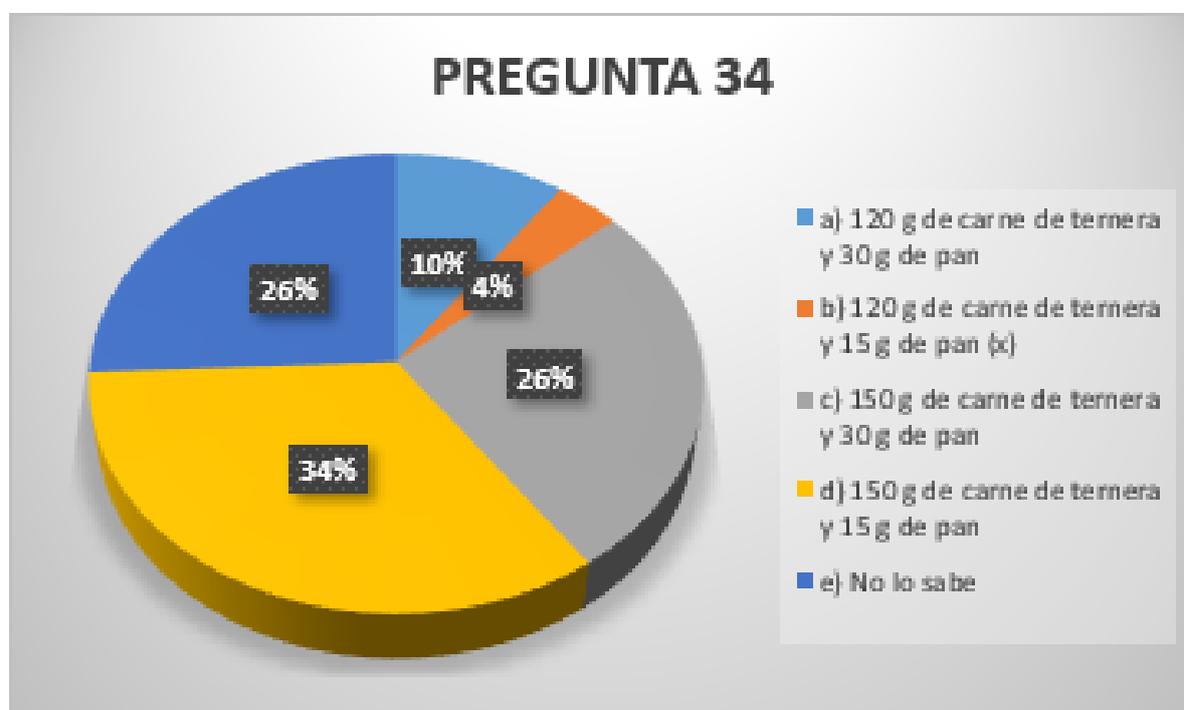
PREGUNTA 27: Si un diabético tuviera que cambiar la fruta de postre de la cena en un restaurante, ¿por cuál de los siguientes alimentos debería cambiarla?

PREGUNTA 27	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Por una fruta en conserva	12	9.09
b) Por el jugo de tomate que se toma como aperitivo (x)	31	23.48
c) Por un melocotón dividido en dos mitades servido con mermelada	43	32.58
d) Por manzana cocida con miel	34	25.76
e) No lo sabe	12	9.09



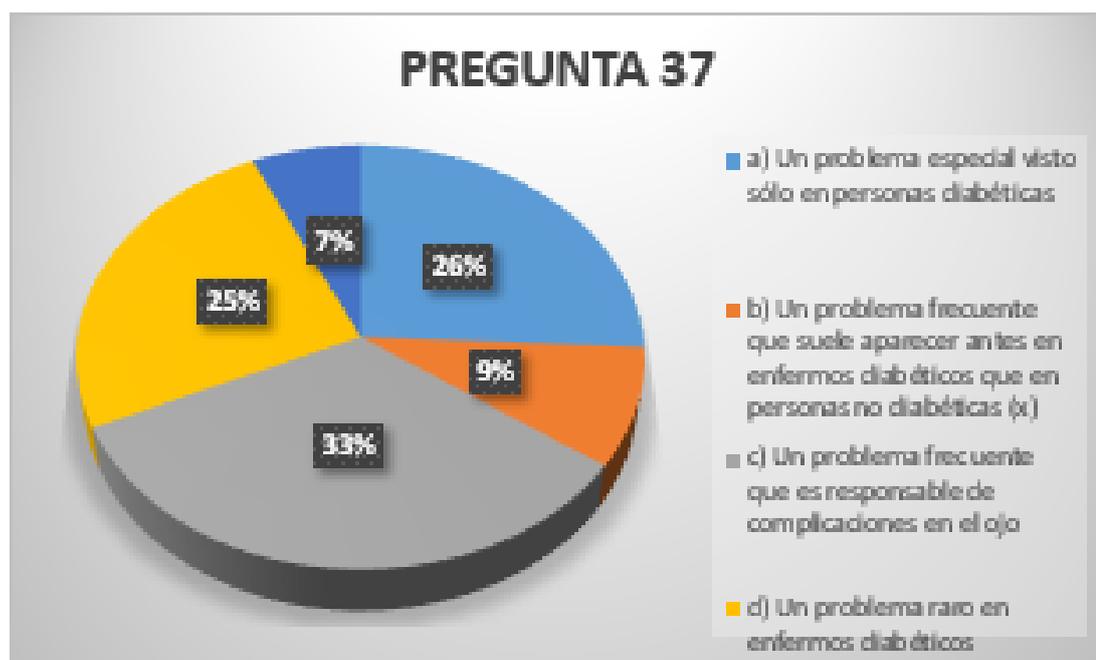
PREGUNTA 34 : 120 g de carne de pollo sin piel y 45 g de papa cruda equivalen a:

PREGUNTA 34	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) 120 g de carne de ternera y 30 g de pan	13	9.85
b) 120 g de carne de ternera y 15 g de pan (x)	5	3.79
c) 150 g de carne de ternera y 30 g de pan	35	26.52
d) 150 g de carne de ternera y 15 g de pan	45	34.09
e) No lo sabe	34	25.76



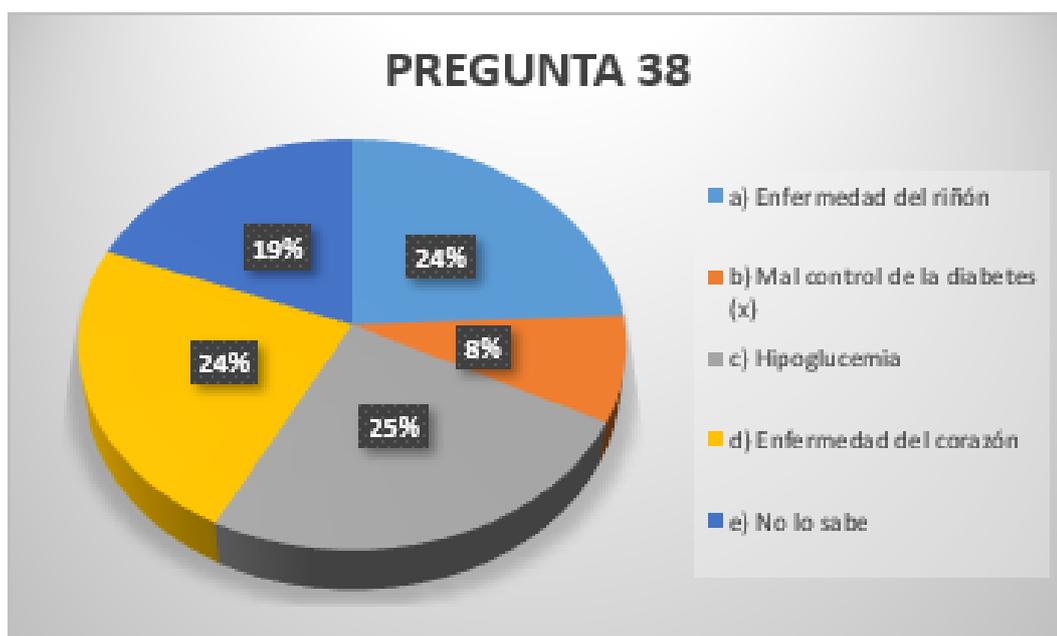
PREGUNTA 37 : La lesión en los grandes vasos de la sangre (arteriosclerosis) es:

PREGUNTA 37	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Un problema especial visto sólo en personas diabéticas	34	25.76
b) Un problema frecuente que suele aparecer antes en enfermos diabéticos que en personas no diabéticas (x)	12	9.09
c) Un problema frecuente que es responsable de complicaciones en el ojo	44	33.33
d) Un problema raro en enfermos diabéticos	33	25.00
e) No lo sabe	9	6.82



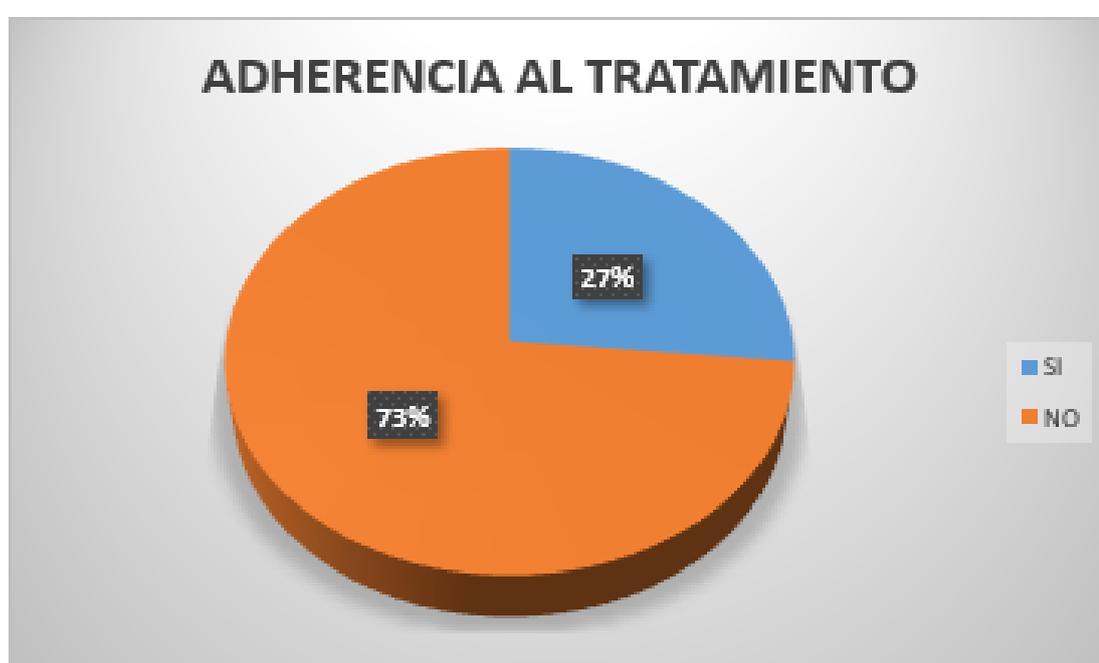
PREGUNTA 38: En una persona diabética que presente entumecimiento y hormigueo en los pies, en principio habrá que pensar que es por:

PREGUNTA 38	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
a) Enfermedad del riñón	32	24.24
b) Mal control de la diabetes (x)	11	8.33
c) Hipoglucemia	33	25.00
d) Enfermedad del corazón	31	23.48
e) No lo sabe	25	18.94



ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
SI	35	26.52
NO	97	73.48



Se puede observar en la gráfica anterior que la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con DM 2 es deficiente en un 73% , mientras que solo un 27% refieren un buen tratamiento.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL:

Hi: Existiría el conocimiento y relación con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo de enero a julio del 2018.

Ho No Existiría el conocimiento y relación con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el periodo de enero a julio del 2018.

Frecuencias obtenidas de la Hipótesis General

GRADO DE CONOCIMIENTO	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		TMR
	Existentes	Inexistentes	
SI	A 40	B 32	72
NO	C 30	D 30	60
TMC	70	62	132

$$Fe = \frac{(TMR) (TMC)}{N}$$

N

TMR = Total Marginal de Renglón

TMC = Total Marginal de columna

N = Número total de frecuencias de cuadro

$$Fe \text{ casilla A} = (72)(70) / (132) = 38.18$$

$$Fe \text{ casilla B} = (72)(62) / (132) = 33.81$$

$$Fe \text{ casilla C} = (30)(60) / (132) = 31.81$$

$$Fe \text{ casilla D} = (62)(60) / (132) = 28.18$$

GRADO DE CONOCIMIENTO	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		TMR
	Existentes	Inexistentes	
SI	A fo = 40 fe = 38.18	B fo = 32 fe = 33.81	72
NO	C fo = 30 fe = 31.81	D fo = 30 fe = 28.18	60
TMC	70	62	132

Fórmula de CHI cuadrada

$$\chi^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

fe

Casilla	Fo	Fe	fo - fe	(fo - fe) ²	(fo - fe) ² / fe
A	40	38.18	1.82	3.31	0.08

B	32	33.81	-1.82	3.31	1.73
C	30	31.81	-1.82	3.31	1.53
D	30	28.18	1.82	3.31	1.53
	N = 193				$\Sigma = 4.87$

Comparar el resultado de CHI cuadrada

$$gl = (r-1) (c-1)$$

$$gl = (2-1) (2-1) = 1$$

gl = Grados de libertad

$$gl = 3.841 \text{ (Tabla Confianza 95\%)}$$

r = Renglones del cuadro

$$gl = 3.841 \text{ (Tabla Confianza 95\%)}$$

c = Columnas del cuadro

$4.87 \geq 3.84$ $X^2_c \geq X^2_t$

⇒ SE ACEPTA LA HIPÓTESIS GENERAL

CONCLUSIONES

- Según los datos de la presente tesis, se concluyó que existe una relación significativa entre el grado de conocimiento acerca del tratamiento y su relación con la adherencia al esquema de tratamiento en pacientes diabéticos del servicio de Medicina Interna del Hospital Reazola de Cañete 2019
- En la presente tesis se hizo inminente la falta de información de su tratamiento en pacientes diabéticos es significativa en el Hospital Reazola de Cañete 2019.
- El grado de conocimiento por parte de los pacientes diabéticos son deficientes según los datos encontrados en la encuesta en el Hospital Reazola de Cañete 2019.
- Según los datos de la presente tesis, es la falta de información la cual tiene una relación significativa con el grado de instrucción en pacientes diabéticos del Hospital Reazola de Cañete 2019.

RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta los resultados que resultaron de la presente investigación, se realizan las siguientes recomendaciones:

Se recomienda que se cree e informe acerca políticas o para el rediseño de las existentes en materia de la adherencia terapéutica en personas con factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, tales como conformar grupos de apoyo o de autocuidado y realización de encuentros para compartir experiencias y vivencias entre los pacientes que contribuyan a elevar su autoestima, sus conocimientos sobre la enfermedad y sus cuidados, de tal manera que esto permita mantener o mejorar su situación de adherencia.

Se recomienda que en el hospital y a su equipo de salud, hacer especial énfasis en las actividades de educación y orientación a los pacientes, teniendo en cuenta las individualidades, necesidades y expectativas de las personas inscritas en el programa de promoción de la salud y prevención de algunas complicaciones de la diabetes mellitus, de tal manera que ellos mismos asuman un mayor compromiso y responsabilidad en el cuidado de su salud y el cumplimiento de su tratamiento farmacológico y no farmacológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Green A, Gale EA, Patterson CC: Incidence of childhood-onset insulin-dependent diabetes mellitus: the EURODIAB ACE Study. *Lancet* 339:905–909, 1992
2. Karvonen M, Tuomilehto J, Libman I, LaPorte R: A review of the recent epidemiological data on the worldwide incidence of type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus: World Health Organization DiaMond Project Group. *Diabetologia* 36:883–892, 1993
3. Karvonen M, Pitkäniemi M, Pitkäniemi J, Kohtamäki K, Tajima N, Tuomilehto J: Sex difference in the incidence of insulin-dependent diabetes mellitus: an analysis of the recent epidemiological data: World Health Organization DiaMond Project Group. *Diabetes Metab Rev* 13:275–291, 1997
4. McLarty DG, Swai AB, Kitange HM, Masuki G, Mtinangi BL, Kilima PM, Makene WJ, Chuva LM, Alberti GK: Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in rural Tanzania. *Lancet* 1:871–875, 1989
5. Hugh-Jones P: Diabetes in Jamaica. *Lancet* 2:891–897, 1955
6. Glass B, Li CC: The dynamics of racial intermixture: an analysis based on the American Negro. *Am J Hum Genet* 5:1–4, 1953 9. MacDonald MJ: Lower frequency of diabetes among hospitalised Negro than white children: theoretical implications. *Acta Genet Med Gemellol* 24:119–125, 1975

7. MacDonald MJ: Hypothesis: the frequencies of juvenile diabetes in American blacks and Caucasians are consistent with dominant inheritance. *Diabetes* 29:110–114, 1980
8. Reitnauer PJ, Go RCP, Acton RT, Murphy CC, Budowle B, Barger BO, Roseman JM: Evidence for genetic admixture as a determinant in the occurrence of insulin-dependent diabetes mellitus in U.S. blacks. *Diabetes* 31:532–537, 1982
9. Effect of Patient Characteristics on Medication Adherence among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-sectional Survey Nor Fadhilah, A.Muhamad Hanafiah, J. *Contemporary Nurse* 2019
10. Inanspruchnahme von psychotherapeutisch-psychiatrischen Angeboten Vogel, A.Bermejo, I. *Nervenheilkunde* 2018
11. Osteoporosis knowledge and beliefs in diabetic patients: a cross sectional study from Palestine Ishtaya, Ghaith A.Sweileh, Waleed M. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2018
12. Doris Lübke, Berend Willms: *Diabetes tipo 2: receta clásica para todos*. Trias, 6ª edición 2014, 256 páginas, 19,99 euros, ISBN 978-3-83048-296-3
13. Matthias Riedl: *Diabetes libro de cocina*. Gräfe & Unzer, 6ª ed. 2015, 192 páginas, 19,99 euros, ISBN 978-3-83384-427-0
14. Miriam Schaufler, Walter A. Drössler: *Disfrute de la comida vegetariana para diabéticos*. Schlütersche, 1ª edición 2014, 144 páginas, 19,95 euros, ISBN 978-3-89993-748-0
15. Ralf Kriegel, Johannes Roschinsky: *Deportes y ejercicio en la diabetes: una guía para la práctica*. Meyer & Meyer Sport, 1ª edición 2009, 208 páginas, 16,95 euros, ISBN 978-3-89899-409-5

16. Sven-David Müller: semáforo de diabetes - BE y calorías de más de 2,600 alimentos.
Trias, 8ª edición 2016, 128 páginas, 9,99 euros, ISBN 978-3-43210-209-2

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

**“CONOCIMIENTO Y RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO”**

2. Encuestas – Cuestionario



“CONOCIMIENTO Y RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO”

1. El principal alimento contraindicado en el diabético es aquel que tiene proteínas.
 - a) Cierto.
 - b) Falso (x)
 - c) No lo sabe
2. En la diabetes no insulino dependiente (diabetes tipo II o del adulto), el mejor tratamiento es:
 - a) La inyección de insulina
 - b) Tomar medicamentos antidiabéticos orales
 - c) Cumplir una dieta alimentaria y mantener el peso ideal (x)
 - d) No lo sabe
3. En un diabético, la orina deberá ser controlada más a menudo si:
 - a) Está enfermo o no se encuentra bien (x)
 - b) La orina muestra una cantidad muy pequeña de azúcar
 - c) Los análisis de la orina son negativos con frecuencia
 - d) No lo sabe
4. Cuando un diabético está a dieta o se encuentra enfermo y necesita más hidratos de carbono, puede haber acetona en la orina:
 - a) Cierto (x)
 - b) Falso
 - c) No lo sabe
5. Si un diabético encuentra una cantidad moderada de acetona en la orina, deberá:

- a) Beber un vaso lleno de jugo de naranja con una cucharada de azúcar
- b) Beber abundantes líquidos y controlar la orina más a menudo (x)
- c) No inyectarse la dosis siguiente de insulina
- d) No tomar ningún alimento en la siguiente comida
- e) No lo sabe

6. Una vez que se ha abierto el frasco y se van usando las tiras reactivas para el control de la orina, las que van quedando dentro no se alteran hasta la fecha de caducidad:

- a) Cierto
- b) Falso (x)
- c) No lo sabe

A continuación, señale si los signos o síntomas siguientes pueden ocurrir por hiperglucemia (glucosa alta en sangre) o por hipoglucemia (glucosa baja en sangre):

- d) Hiperglucemia
- e) Hipoglucemia
- f) No lo sabe

7. Controles en orina negativos a) _____ b) _____ (x) c) _____

8. Piel y boca secas a) _____ (x) b) _____ c) _____

9. Los síntomas han aparecido lentamente a) _____ (x) b) _____
c) _____

10. Aumento de la sed a) _____ (x) b) _____ c) _____

Señale si las causas siguientes pueden producir hiperglucemia (glucosa alta en la sangre) o hipoglucemia (glucosa baja en sangre):

- d) Hiperglucemia
- e) Hipoglucemia
- f) No lo sabe

11. Demasiada insulina a) _____ b) _____ (x) c) _____

12. Demasiado ejercicio físico a) _____ b) _____ (x) c) _____

13. Demasiada comida a) _____ (x) b) _____ c) _____

14. Una enfermedad o infección a) _____ (x) b) _____ c) _____

Indique si los hechos siguientes previenen o evitan tener hiperglucemia (glucosa alta en la sangre) o hipoglucemia (glucosa baja en sangre):

- d) Hiperglucemia
- e) Hipoglucemia
- f) No lo sabe

15. Tomar alimento a) _____ b) _____ (x) c) _____

16. Inyectarse insulina a) _____ b) _____ (x) c) _____

17. ¿En cuál de las siguientes situaciones es probable que ocurra hipoglucemia?

- a) Durante un gran esfuerzo físico
- b) Durante el efecto máximo de la dosis de insulina
- c) Justo antes de las comidas
- d) En cualquiera de las situaciones anteriores (x)
- e) No lo sabe

18. Si en un diabético que se inyecte dos dosis de insulina cada día, en los controles de orina realizados antes de las comidas de "al mediodía" aparece con frecuencia un nivel de azúcar mayor que el habitual, pero

en los demás controles urinarios a lo largo del día dicho nivel es normal, él deberá:

- a) Aumentar las dosis de insulina de la mañana (x)
- b) Aumentar la dosis de insulina de la tarde
- c) Disminuir la cantidad de alimento en la cena
- d) Aumentar la cantidad de alimento en la cena
- e) No lo sabe

19. El motivo de que haya que cambiar constantemente el lugar de la inyección de insulina es la intención de disminuir la probabilidad de infección.

- a) Cierto
- b) Falso (x)
- c) No lo sabe

20. 1 cc (=1 ml) de insulina contiene:

- a) 1 unidad
- b) 4 unidades
- c) 100 unidades (x)
- d) 40 unidades
- e) No lo sabe

21. En un diabético que se inyecta insulina, el hecho de que haya que espaciar y distribuir las comidas a lo largo del día está motivado por:

- a) No debe de tomar hidratos de carbono en gran cantidad
- b) Puede hacer ejercicio físico de vez en cuando

- c) Las reacciones hipoglucémicas son más raras (x)
- d) Las calorías que debe tomar se reparten de esta forma en las mismas cantidades
- e) No lo sabe

Elija en cada par de los siguientes alimentos, el que contenga mayor cantidad de hidratos de carbono que el otro:

22. a) Leche _____(x) b) Pescado _____ c) No lo sabe _____

23. a) Huevos _____ b) Zanahorias _____(x) c) No lo sabe _____

24. a) Pasas _____(x) b) Tocino _____ c) No lo sabe _____

25. a) Queso _____ b) Cereal _____(x) c) No lo sabe _____

26. a) Margarina _____ b) Galleta _____(x) c) No lo sabe _____

27. Si un diabético tuviera que cambiar la fruta de postre de la cena en un restaurante, ¿por cuál de los siguientes alimentos debería cambiarla?

- a) Por una fruta en conserva
- b) Por el jugo de tomate que se toma como aperitivo (x)
- c) Por un melocotón dividido en dos mitades servido con mermelada
- d) Por manzana cocida con miel
- e) No lo sabe

28. Cuando un diabético cursa con otra enfermedad, debe reducir de forma importante los hidratos de carbono en las comidas.

- a) Cierto
- b) Falso (x)
- c) No lo sabe

Señale a cuál de los grupos de intercambios o de equivalentes alimenticios pertenecen los siguientes alimentos:

a) = Verduras; b) = Carne; c) = Pan; d) = Leche; e) = Grasa; f) = No lo sabe

29. Maíz (c)

30. Tocino (e)

31. Queso (b)

32. Huevo (b)

33. Lentejas (c)

34. 120 g de carne de pollo sin piel y 45 g de papa cruda equivalen a:

a) 120 g de carne de ternera y 30 g de pan

b) 120 g de carne de ternera y 15 g de pan (x)

c) 150 g de carne de ternera y 30 g de pan

d) 150 g de carne de ternera y 15 g de pan

e) No lo sabe

35. Si un diabético practica diariamente ejercicio físico como parte de su tratamiento y un día deja de realizarlo, lo más probable es que la glucosa en sangre:

a) Aumente ese día (x)

b) Disminuya ese día

c) Permanezca en el mismo nivel

d) No lo sabe

36. Si aparece una herida en el pie de un diabético, él deberá:

- a) Aplicar un antiséptico, y si no mejora en una semana, acudir al médico.
- b) Limpiar la herida con agua y jabón, dejarla al descubierto, y si no mejora en una semana, acudir al médico.
- c) Limpiar la herida con agua y jabón, colocar un apósito o vendaje y si no mejora en 24-36 horas acudir al médico (x)
- d) Acudir al médico inmediatamente
- e) No lo sabe

37. La lesión en los grandes vasos de la sangre (arteriosclerosis) es:

- a) Un problema especial visto sólo en personas diabéticas
- b) Un problema frecuente que suele aparecer antes en enfermos diabéticos que en personas no diabéticas (x)
- c) Un problema frecuente que es responsable de complicaciones en el ojo
- d) Un problema raro en enfermos diabéticos
- e) No lo sabe

38. En una persona diabética que presente entumecimiento y hormigueo en los pies, en principio habrá que pensar que es por:

- a) Enfermedad del riñón
- b) Mal control de la diabetes (x)
- c) Hipoglucemia
- d) Enfermedad del corazón
- e) No lo sabe



“CONOCIMIENTO Y RELACIÓN CON EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JULIO DE

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

0. Nunca lo hago 1. Casi nunca lo hago 2. Lo hago regularmente 3. Casi siempre lo hago 4. Siempre lo hago

1. ¿Olvida tomar su medicina algunas veces?
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las dos semanas pasadas ¿dejó de tomar su medicina algún día?
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?
4. ¿Cuando viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?
6. ¿Cuando siente que sus síntomas están bajo control ¿deja de tomar su medicina algunas veces?
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

RESOLUCIÓN N° 136-2006-CONAFU
RESOLUCIÓN N° 136-2006-CONAFU

RESOLUCIÓN N° 432-2014-CONAFU
RESOLUCIÓN N° 432-2014-CONAFU

**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS