

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRACTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE
COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO
II DEL PROGRAMA DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES DEL HOSPITAL
II LAS MERCEDES – PAITA. PIURA. 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

**AUTORES:
MARIBEL YACTAYO GONZALES
MARY CLAUDIA CERDA NEIRA**

CALLAO – 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES PRESIDENTE...
- MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 136

Fecha de Aprobación de tesis: 16/11/2018

Resolución del Consejo de Facultad 1445-2018-CF/FCS de fecha 14 de noviembre del 2018, sobre designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A Dios quien es Luz y fortaleza en mi vida por haberme permitido lograr una de mis metas planteadas, concediéndome salud, perseverancia, sabiduría y por guiar mis pasos para salir adelante.

A mi padre un verdadero ejemplo a seguir.

A mi madre por motivarme día a día a lograr mis metas.

A mi abuelita Fermina Jiménez por ser un ángel y un ejemplo de vida, por demostrarme siempre su gran fortaleza y por inculcarnos la unidad familiar.

Mary Claudia Cerda Neira

A Dios, por darme la vida, por bendecir mi camino y no dejarme caer ante los problemas; y por permitir culminar con éxito esta nueva meta.

A mi pequeña hija, por ser la fuerza para poder seguir adelante.

Maribel Yactayo Gonzales

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la Virgen por estar presente en mi vida y concederme serenidad y fortaleza en todo momento.

A mis amados padres, quienes siempre me han brindado apoyo y motivación en mi formación académica.

A mis docentes, por impartirme sus grandes conocimientos.

A mis compañeras de estudio con quienes compartí grandes momentos, y a todos aquellos que me apoyaron a lograr mi objetivo, gracias por confiar en mí.

Mary Claudia Cerda Neira

A Dios por ser mi guía, motor y fortaleza.

A nuestros docentes de la especialidad de Salud Pública y Comunitaria por su buena disponibilidad, consejos y el tiempo dedicado durante la realización del presente estudio.

A todos aquellos que de una u otra forma colaboraron, incentivaron y contribuyeron para la culminación de mis estudios realizados en la presente especialidad y del presente trabajo.

Maribel Yactayo Gonzales

ÍNDICE

RESUMEN	05
ABSTRACT	06
INTRODUCCIÓN	07
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	09
1.1 Descripción de la realidad problemática	09
1.2 Formulación del Problema	13
1.2.1 Problema General	13
1.2.2 Problemas Específicos	13
1.3 Objetivos	14
1.3.1 Objetivo General	14
1.3.2 Objetivos Específicos	14
1.4 Limitantes de la investigación	14
1.4.1 Limitante teórico	14
1.4.2 Limitante temporal	15
1.4.3 Limitante espacial	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1 Antecedentes	16
2.1.1 Antecedentes Internacionales	16
2.1.2 Antecedentes Nacionales	19
2.2 Marco	21
2.2.1 Teórico	21
2.2.2 Conceptual	23
2.2.3 Teórico – Conceptual	25
2.3 Definición de términos básicos	32
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	36
3.1 Hipótesis	36

3.2	Operacionalización de variables	37
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		39
4.1	Tipo y diseño de la de Investigación	39
4.1.1	Tipo de la Investigación	39
4.1.2	Diseño de la Investigación	39
4.2	Población y muestra	40
4.2.1	Población	40
4.2.2	Muestra	40
4.2.3	Criterios de Inclusión	40
4.2.4	Criterios de Exclusión	40
4.3	Técnicas e Instrumentos para recolección de la información	43
4.4	Análisis y procesamiento de datos	45
CAPÍTULO V: RESULTADOS		46
5.1	Resultados Descriptivos	46
5.2	Resultados Inferenciales	49
5.3	Otro tipo de resultados	49
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS		50
6.1	Contrastación de la hipótesis	50
6.2	Contrastación de los resultados con estudios similares	51
6.3	Responsabilidad ética	58
CONCLUSIONES		60
RECOMENDACIONES		61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		62
ANEXOS		75
Anexo 1: Instrumentos validados		
Anexo 2: Consentimiento informado		
Anexo 3: Base de datos		

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO

Tabla N° 1 Nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II del Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita. Piura 2018.	46
Tabla N° 2.- Nivel de practica sobre prevención de complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita. Piura 2018.	47

ÍNDICE DE FIGURAS DE CONTENIDO

Grafico N° 1 Nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II del Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita. Piura 2018.	46
Grafico N° 2.- Nivel de practica sobre prevención de complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita. Piura 2018.	47

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo II que pertenecen al programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita. Setiembre – Octubre 2018.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal, correlacional; donde la población muestral estuvo conformada por 86 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos de nivel de conocimiento y práctica se obtuvieron mediante la técnica de la entrevista directa y mediante la aplicación de un instrumento (encuesta), respectivamente validada y estructurada en dos apartados: nivel de conocimiento y práctica; que constaba de 25 preguntas en total. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 2015.

RESULTADOS: Los resultados fueron representados en tablas y gráficos para su interpretación y análisis correspondiente.

CONCLUSIONES: El 72% presentaron un nivel de conocimiento alto sobre su enfermedad; el 84% presentó prácticas adecuadas sobre prevención de complicaciones en diabetes mellitus tipo II y que existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes diabéticos que pertenecen al programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes. Paita durante el periodo de Setiembre a Octubre del 2018; un nivel de conocimiento alto de la enfermedad se relaciona con prácticas adecuadas sobre prevención de complicaciones y viceversa un nivel de conocimiento bajo se relaciona con prácticas inadecuadas sobre prevención de complicaciones.

PALABRAS CLAVES: Diabetes Mellitus, Nivel de conocimiento / Nivel de práctica sobre complicaciones diabéticas.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the relationship between the level of knowledge and practice on the prevention of complications in patients with type II diabetes mellitus that belong to the noncommunicable damages program of Hospital II-1 Las Mercedes - Paita. September - October 2018.

METHODOLOGY: A quantitative, descriptive, prospective, cross-sectional, correlational study was carried out; where the sample population was made up of 86 patients who met the inclusion criteria. The level of knowledge and practice data were obtained through the technique of direct interview and through the application of an instrument (survey), respectively validated and structured into two sections: level of knowledge and practice; which consisted of 25 questions in total. For the statistical analysis, the SPSS version 2015 program was used.

RESULTS: The results were represented in tables and graphs for their interpretation and corresponding analysis.

CONCLUSIONS: 72% presented a high level of knowledge about their disease; 84% presented adequate practices on the prevention of complications in type II diabetes mellitus and that there is a direct relationship between the level of knowledge and practice on the prevention of complications in diabetic patients belonging to the noncommunicable damages program of Hospital II-1 Las Mercedes. Paita during the period from September to October 2018; a high level of knowledge of the disease is related to adequate practices on prevention of complications and vice versa a low level of knowledge is related to improper practices on prevention of complications

KEYWORDS: Diabetes Mellitus, Level of knowledge / Level of practice on diabetic complications.

INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus (DM), es una de las enfermedades metabólicas crónicas no transmisibles prevalente en la población adulta y con una alta incidencia de mortalidad; se expresa como un trastorno metabólico que tiene causas diversas, no es una afección única, sino un síndrome clínico caracterizado por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina. ⁽¹⁾

La Diabetes Mellitus tipo II es la forma más común de esta enfermedad caracterizada porque se asocia la resistencia insulínica y el déficit relativo de secreción de insulina. ⁽²⁾

Su comienzo suele ser insidioso, raramente agudo, descubriéndose en controles rutinarios o por la consulta del paciente al presentarse su sintomatología. ⁽³⁾

Esta enfermedad, ha mostrado incremento progresivo en su incidencia y prevalencia a nivel mundial, es por ello que representa un problema de salud pública. ⁽⁴⁾

Por otro lado las complicaciones diabéticas implican un problema relevante en la calidad de vida del usuario y el autocuidado está limitado a centrarse básicamente en aspectos del tratamiento, descuidando el aspecto preventivo.

De tal manera la diabetes puede desarrollar devastadoras complicaciones con aumento del costo tanto personal como social, generando una gran demanda de servicios ambulatorios, hospitalizaciones, ausentismo laboral, discapacidad y mortalidad ⁽⁵⁾

El profesional de enfermería como miembro del equipo multidisciplinario de salud desarrolla un papel importante ya que es el responsable del programa preventivo promocional

desempeñándose como educador, en el control y tratamiento de esta enfermedad, contribuyendo a fomentar cambios de estilos de vida, evitando al máximo las discapacidades. ⁽⁶⁾

El presente trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del programa daños no transmisibles del Hospital II-1 las Mercedes – Paita. Piura 2018”, tiene por finalidad determinar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones, con el fin de evitar grandes riesgos, ya que si las personas desconocen la condición de su enfermedad, no le darán el tratamiento adecuado y necesario para evitar complicaciones que involucran daños severos en la salud. ⁽⁷⁾.

Lo anteriormente expuesto, nos motivó a realizar el presente trabajo de investigación, asimismo este trabajo servirá de base para posteriores investigaciones ya que a partir de los resultados obtenidos se aportan conocimientos que permiten determinar la influencia en el desarrollo de Complicaciones Crónicas de Diabetes Mellitus tipo II, diseñando estrategias para el perfeccionamiento de los objetivos planteados en el programa preventivo – promocional ejecutado por el profesional de enfermería.

El informe final de investigación consta de siete apartados; **I:** planteamiento del problema, que incluye la determinación del problema, formulación del problema, objetivos y justificación, **II:** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **III:** considera las variables e hipótesis, así como la operacionalización de variables, **IV:** metodología; **V:** cronograma, **VI:** presupuesto y el **VII:** referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica considerada como problema para la salud pública, tanto en los países desarrollados como en desarrollo, es una enfermedad universal en el sentido de que afecta a todos los pueblos del mundo; pudiendo 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. ⁽⁸⁾

La diabetes mellitus tipo II es una de las mayores emergencias sanitarias mundiales del siglo XXI al encontrarse entre las diez principales causas de muerte y junto con las otras tres principales enfermedades no transmisibles (ENT) (enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias) representa más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT. ⁽⁹⁾

Aproximadamente, cinco millones de personas de entre 20 y 79 años fallecieron por la enfermedad en el 2017, es decir una muerte cada ocho segundos, siendo responsable del 10.7% de la mortalidad por cualquier causa en personas de este grupo de edad a nivel global. ⁽⁹⁾

Según la organización mundial de la salud (OMS), la diabetes mellitus tipo II representa entre el 85 y 95% de los casos de DM y suele aparecer después de los 40 años. ⁽¹⁰⁾

Según la Federación Internacional de Diabetes (IDF por sus siglas en inglés - International Diabetes Federation) en el mundo existirían 387 millones de personas con diabetes, de los que 179 millones (46%) estarían no diagnosticados. La mayoría tiene entre 40 y 59 años. El 77% de las personas con diabetes viven en países con ingresos medianos y bajos. Se calcula que en el 2004 fallecieron 3,4 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre, más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y

medios, casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 60 años, y un 55% a mujeres ⁽¹¹⁾.

Para el 2035 se estima que en el mundo se sumarían 205 millones de nuevos diabéticos y se prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre el 2005 y 2030 ⁽¹¹⁾.

En América habría alrededor de 64 millones de personas con diabetes: 25 millones en América Central y América del Sur, y 39 millones en América del Norte y el Caribe. Para el 2035 se estima que la prevalencia de diabetes en la región de América Central y América del Sur crecerá en 60%⁽¹¹⁾.

Un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (Principalmente cardiopatía y AVC), la neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras de los pies y, en última instancia, amputación, la neuropatía diabética puede llegar a afectar a un 50% de los pacientes ⁽¹²⁾. La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. Al cabo de 15 años con diabetes, aproximadamente un 2% de los pacientes se quedan ciegos, y un 10% sufren un deterioro grave de la visión ⁽¹³⁾.

La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal, un 10 a 20% de los pacientes con diabetes mueren por esta causa ⁽¹⁰⁾.

En el Perú la diabetes mellitus tipo II, es una enfermedad crónica no transmisible que afecta al 6,1% de la población peruana entre 20 y 79 años con una mayor prevalencia en la costa (8,2%), seguida de la sierra (4,5%) y selva (3,5%) ^(14,15). Así mismo, la escasa sintomatología inicial, la falta de información sobre la enfermedad y el limitado acceso a los servicios de salud dificultan el diagnóstico oportuno, constituyendo una importante causa de mortalidad y morbilidad ⁽¹⁶⁾ ; siendo el porcentaje calculado del 39 al 68 %.⁽¹³⁾ Según la Organización Mundial de la Salud,

existiría un 6.7% (IC 95%; 4.1% - 9%) de personas con 18 años a más que tienen azúcar elevada en sangre (≥ 126 mg/dl/ o que toman medicación hipoglucemiante o tuvieron diagnóstico previo de diabetes mellitus ⁽¹⁷⁾. En el reporte PERUDIAB ⁽¹⁸⁾, realizado en personas de 25 años a más del área urbana y suburbana, en el país existiría una prevalencia de diabetes mellitus de 7% (IC 95%; 5.3% - 8,7%). Según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar del año 2014 (ENDES 2014), realizada en personas de 15 años a más, el 3,2% de las personas entrevistadas, reportó haber sido diagnosticados por un médico de diabetes o azúcar alta en sangre; siendo esta prevalencia de 2.9% en hombre y 3.9% en mujeres. Además, encontró que el 70.3% de estos recibió o compró medicamentos con receta médica ⁽¹⁹⁾. Por otro lado, según la Dirección general de Epidemiología, la diabetes mellitus es la sexta causa de carga de enfermedad en el país y la primera en personas de 45 a 59 años de edad ⁽²⁰⁾.

La diabetes y sus complicaciones tienen un importante impacto económico en quienes la padecen, sus familias, los sistemas de salud y los países ⁽²¹⁾. La IDF ha calculado que el gasto sanitario medio por persona con diabetes en el Perú es de US\$ 523 ⁽²²⁾.

Así mismo, el 70% de personas que padece de diabetes no lleva un control adecuado de su enfermedad, por lo que se estima que cerca de 700 mil peruanos con esta enfermedad desarrollarían complicaciones graves, como problemas cardíacos, visuales, renales y en los miembros inferiores.⁽¹⁴⁾.

Según las últimas estadísticas del ministerio de salud 2017 se evidencia que la diabetes mellitus es la 15^o causa de mortalidad en el Perú y la 5^o en el departamento de Piura y primer lugar en Piura como distrito con 1412 casos de diabetes en adultos de 30 a 60 años a nivel de Piura ⁽²³⁾.

Y a nivel local cabe mencionar que en el Hospital II-1 Las Mercedes de Paita específicamente en el servicio de emergencia donde ingresan

diariamente adultos de 30 a 60 años con complicaciones de diabetes mellitus las cuales al ser interrogadas sobre la patología, se limitan a responder solo algún aspecto relacionado con la diabetes, como por ejemplo, falta de azúcar en el cuerpo, problema de páncreas, cáncer en la sangre, una enfermedad crónica y enfermedad que mata y al mismo tiempo es un problema de presión alta. etc.; al preguntarles sobre las complicaciones de la enfermedad la mayoría responde que las complicaciones, son los problemas de la vista, problemas renales, problemas del corazón, presión alta, los problemas circulatorios, amputación de los pies y fatiga; cuando se le pregunta sobre cuantas veces han asistido al hospital, responden que en reiteradas oportunidades, muchas veces han sido reingresados presentando una crisis diabética. La cual responde a diversas causas como: no Cumplen con su plan de alimentación, no revisa los pies a diario, toma medicamentos sin prescripción médica, no lleva el control de su glicemia, etc.

Hecho reflejado en la estadística del servicio de emergencia en el primer semestre (2017), pacientes diabéticos que llegan por presentar complicaciones diabéticas, como pie diabético en un 45%, hipoglucemia en un 24%, e hiperglucemia en un 26% y entre otras en un 15% donde se ha reportado un alto porcentaje (35%) de reingreso de pacientes diabéticos en varios episodios.⁽²⁴⁾

En el servicio de medicina existe un gran número de pacientes diabéticos hospitalizados por presentar complicaciones diabéticas siendo la cifra promedio mensual de 12 pacientes, 7 de cada 12 son mujeres entre las edades de 40 a 60 años, con una estancia hospitalaria de 7 días. ⁽²⁴⁾.

En el Programa de Control al Paciente Diabético se encontró que durante el año 2017 existe un total de 400 pacientes con Diabetes Mellitas tipo II, de ellos 100 han desarrollado complicaciones crónicas lo que corresponde a un 25% de la población afectada, representando todo esto un problema de prioridad.⁽²⁴⁾ Ante la situación planteada y no habiéndose

llevado a cabo a la fecha un trabajo de investigación similar al presente, es que surge el interés por desarrollar el presente trabajo que responda a la siguiente pregunta. ¿Cuál es el Nivel de Conocimiento y Práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes diabéticos que acuden a la consulta externa del Hospital II-1 Las Mercedes - Paita durante los meses de Setiembre – Octubre 2018?

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuáles es la relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que pertenecen al Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes - Paita durante los meses de Setiembre - Octubre 2018?

1.2.2 Problemas Específicos

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que pertenecen al Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes - Paita durante los meses de Setiembre - Octubre 2018?

¿Cuál es el nivel de práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que pertenecen al Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes - Paita durante los meses de Setiembre - Octubre 2018?

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que pertenecen al Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita. Setiembre - Octubre 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que pertenecen al Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita. Setiembre - Octubre 2018.
- Identificar el nivel de práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que pertenecen al Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita. Setiembre - Octubre 2018.

1.4 Limitantes de la investigación

1.4.1 Limitante teórico:

El presente estudio se quedará en el nivel descriptivo y está determinada por la existencia de otras fuentes o trabajos afines, existiendo pocos estudios previos de investigación sobre el tema.

Así mismo la falta de datos disponibles y/o confiables se constituyó en otro aspecto limitante para el análisis otorgándole el grado de generalidad a los resultados de la

investigación, debido a la imposibilidad de controlar algunas variables, por motivos éticos y falta de homogeneidad de la población de estudio seleccionada.

1.4.2 Limitante temporal

El periodo de tiempo de recolección de la información De acuerdo a la naturaleza del problema objeto de estudio, la presente investigación fue de tipo Transversal: ya que los diseños de Investigación Transaccional o Transversal, recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, según la evolución del fenómeno estudiado, como es el caso del presente estudio.

Es por ello que el tiempo disponible para investigar el problema y medir el cambio mediante un seguimiento, estuvo limitado en la presente investigación.

1.4.3 Limitante espacial

La investigación se ejecutó en el Hospital de apoyo II-1 Las Mercedes - Paita debido a la factibilidad de las condiciones de la unidad de análisis para desarrollar dicha investigación.

Donde el tamaño de la muestra fue pequeño, podría ampliarse, así como hacer más extensivo este estudio a otros contextos geográficos. También los datos recogidos son restrictivos en tanto quedan limitados a respuestas cerradas, estas limitaciones podrían subsanarse realizando entrevista y recabando datos más cualitativos, para profundizar en las causas que condicionan una práctica inadecuada sobre la prevención de complicaciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

DELGADO ABRIL, Daniela & FLORES FIGUEROA, Ana. "Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes con Diabetes mellitus tipo II que acuden al Centro de atención ambulatoria 302 del IESS". (Cuenca, Ecuador). 2015.

Estudio descriptivo, en una muestra no probabilística de 289 pacientes durante el periodo de mayo a julio de 2015. Los datos de conocimientos, actitudes y prácticas se obtuvieron por entrevista directa mediante la aplicación de cuestionarios validados y fueron analizados con el software SPSS versión 2015.

Cuyos resultados fueron: la edad oscilo entre 40 y 94 años, con una mediana de 69. El 61.6% fueron mujeres. El 91% residía en el área urbana. La mediana del tiempo de evolución de la diabetes fue 12 años. El nivel de conocimientos adecuados en diabetes fue 1.4%; intermedio de 61% e inadecuado de 77.5%. Actitudes positivas se detectó en el 8.2%, neutra 6.6% y negativas 5.2%. Muy buenas practicas se determinaron en 5.5%, buenas prácticas en 67.1%, y malas prácticas en 27.3%.

Se concluyó que la aplicación de los cuestionarios permitió determinar cuáles son las falencias de los diabéticos; para que tanto médicos como personal de salubridad, diseñen y apliquen estrategias, métodos de aprendizaje y comunicación para aumentar el nivel de conocimiento y práctica, en pro de disminuir las tasas de morbilidad a causa de esta patología.

XIAP SATEY, Elisa. "Nivel de conocimiento del paciente Diabético sobre su enfermedad, Hospital Nacional de Occidente 2011". (Guatemala). 2014.

Estudio no experimental y método descriptivo – prospectivo, cuyo objetivo general fue medir el nivel de conocimiento de los pacientes diabéticos tipo I y II sobre su enfermedad, utilizando una muestra de 323 pacientes diabéticos tipo I y II, teniendo como resultados que el 87.6% del total de pacientes diabéticos tienen un nivel de conocimiento Inadecuado sobre su enfermedad, el 90% de ellos corresponde al género femenino; el 98.8% se encuentran entre 4ta-6ta década de la vida, el 99.5% tienen una antigüedad de diagnóstico de la Diabetes de 10-20 años, el 77% son analfabetos o con escolaridad primaria. Concluyendo que los pacientes diabéticos hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital nacional de Occidente, tienen conocimientos inadecuados sobre su enfermedad con mayor proporción las mujeres, de la 4ta-6ta década de la vida, analfabetas o de nivel primario, sin apego a ningún programa de educación diabetológica continua, lo que hace implementar programas dirigidos a una población con las características mencionadas anteriormente.

MENESES RAMÍREZ, Constantina / UREÑA BOGARIN, Enrique / MARTINEZ TORRES, Jorge / RESÉNDIZ DATTOLY, Carmela & LÓPEZ GALÁN, María. "Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre Diabetes mellitus Tipo II en una unidad de medicina familiar". (Córdoba Veracruz, México). 2012
Estudio no experimental, observacional y descriptivo transversal, cuyo objetivo general fue determinar el grado de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo II en pacientes diabéticos de una Unidad de Medicina Familiar, utilizando una muestra de 150

pacientes, teniendo como resultados que el conocimiento sobre glucosa en sangre con una media de 7 ± 2.1 y conocimiento básico con media de 5 ± 1.6 . Al comparar ambos sexos el conocimiento fue mayor en las mismas esferas con una media 7 ± 1.9 para el sexo femenino y de 6 ± 2.7 para el sexo masculino. Concluyendo que el nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo II en los 150 sujetos de nuestro estudio de la unidad de medicina familiar N°.61 de Córdoba Veracruz es bajo; no intervino el sexo, la edad, ocupación, escolaridad ni tiempo de diagnóstico solamente 3 pacientes que representan el 2% obtuvieron un nivel aceptable de conocimientos.

HERNÁNDEZ GÓMEZ, Dora. “Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 A 60 Años que asisten a la Consulta Externa Del Hospital Nacional De Amatitlán”. (Guatemala). 2011.

Estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal, cuyo objetivo de la presente investigación se encaminó a identificar los conocimientos de autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Amatitlán. La investigación fue desarrollada, contándose con la participación de 96 pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Amatitlán, donde se obtuvo que el 96% de pacientes diabéticos de 40 a 60 años no poseen los conocimientos necesarios de autocuidado de la diabetes mellitus reflejando que una gran población diabética está expuesta a sufrir complicaciones agudas o crónicas. Así mismo 92% de pacientes diabéticos demuestran la deficiencia de prácticas de autocuidado que la enfermedad requiere para contribuir a mantener una mejor calidad de vida, a través de un estilo de vida saludable.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

CALDERÓN RIVERA, Aldo. "Nivel de Conocimientos y aptitudes sobre complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus II." Hospital Nacional PNP. Luis N. Saenz. (Lima). 2017.

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional con el objetivo de determinar la relación entre conocimientos y aptitudes en pacientes diabéticos sobre las complicaciones crónicas de la Diabetes mellitus tipo II en el Servicio de Endocrinología del Hospital Nacional PNP Luis N. Suarez el 2016, aplicando un cuestionario a 110 pacientes diabéticos para valorar los conocimientos (10 ítems con respuesta de selección múltiple) y otro para las aptitudes (tipo Lickert modificado). Los conocimientos se clasificaron como nivel alto, medio y bajo y las aptitudes como favorables, desfavorables e indiferentes según la Escala de Estanones. Se determinó la normalidad de las puntuaciones con la Prueba de Kolmogorov-Smirnov y las asociaciones con chi cuadrado, $p < 0.05$ y prueba de correlación de Pearson.

Los resultados fueron: La edad media fue 49.85 ± 6.97 años, 74.5% sexo femenino, 75.5% con tiempo de enfermedad entre 1-5 años, 67.3% con buena adherencia al tratamiento farmacológico. El nivel de conocimientos fue: alto 28.2%, medio 49.1% y bajo 22.7%; y las aptitudes fueron: favorables 23.6%, desfavorables 58.2% e indiferentes 18.2%. No existe relación entre conocimientos y aptitudes ($p=0.247$). Sólo se encontró asociación estadística entre conocimiento y tratamiento farmacológico ($p<0.05$). Se concluye que; los pacientes diabéticos tienen un nivel de conocimiento medio sobre sus complicaciones crónicas y sus aptitudes fueron predominantemente desfavorables. Es necesario realizar

estrategias educativas para mejorar el conocimiento y las aptitudes de los diabéticos.

DOMÍNGUEZ SOSA, Milka & FLORES IMÁN Leydy. "Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional II-2". (Tumbes). 2016

Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, correlacional, con el objetivo general de determinar los conocimientos y prácticas de estilos de vida en pacientes con Diabetes Mellitus atendidos en el Hospital Regional II-2 de Tumbes 2016, aplicando un cuestionario a 28 pacientes que fueron atendidos en el servicio de medicina entre los meses de Mayo a Julio del 2016, el cual contenía preguntas de conocimiento sobre aspectos de definición, sintomatología, diagnóstico, control glicémico, prevención y complicaciones, y de prácticas de estilos de vida sobre aspectos de dieta, actividad física, cuidado personal y hábito de consumo de alcohol y tabaco.

Los resultados fueron representados en tablas y gráficos para su interpretación y análisis correspondiente, concluyendo que el 60.71 % presentaron un nivel bueno de conocimiento sobre su enfermedad; el 71.42 % presentó prácticas positivas de los estilos de vida y que existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y la práctica de los estilos de vida en pacientes diabéticos internados en el servicio de medicina del Hospital Regional II -2 durante el periodo de enero a julio del 2016; un mejor nivel de conocimiento de la enfermedad se relaciona con prácticas positivas de los estilos de vida y viceversa un menor nivel de conocimiento se relaciona con prácticas negativas de los estilos de vida.

2.4 Marco

2.4.1 Teórico

DOROTEA OREN quien afirma que, para que las personas con alteraciones de la salud sean capaces de utilizar un sistema de autocuidado en estas situaciones, tienen que ser capaces de aplicar los conocimientos de la enfermedad para su propio cuidado. ⁽²⁵⁾

En esta enfermedad, es indispensable que la persona diabética logre su auto cuidado, es decir que no solo tenga conocimientos sobre la diabetes y sus complicaciones sino que esos conocimientos sean puestos en práctica para que puedan así mantener los niveles normales de glucosa en la sangre y poder lograr disminuir las complicaciones producidas por esta enfermedad, pues esto permitirá disminuir el elevado impacto que ocasiona en la salud de los individuos, en los gastos nacionales y en los efectos, consecuencia del desarrollo de complicaciones de la enfermedad, como invalidez, repercusiones psicológicas, sociales y en un marco más amplio, sobre los aspectos económicos y laborales. ^(26, 27,28)

Así mismo dentro del ejercicio de la profesión el conocimiento se aplica como un patrón en distintas situaciones de enfermería, por lo que ayuda a la enfermera/o a brindar una atención de calidad y calidez, que permite que sus sentidos y su experiencia aporten datos necesarios para comprender dicha situación.

De todo lo anterior se debe considerar que el conocimiento es la adquisición de conceptos por medio de la educación formal e informal mediante el ejercicio de las facultades mentales. En relación a la persona diabética involucra a un conocimiento que conduce a una condición adecuada ante la enfermedad; el conocimiento mismo constituye un momento necesario de la actividad en el estilo de vida, pues dicha actividad es propia de la persona diabética con una

adecuada madurez y estabilidad emocional, así mismo las practicas del cuidado se basan en conocimientos previos recibidos por el personal de salud del programa de diabéticos. ⁽²⁹⁾

La práctica de estilos de vida saludable es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Este sirve para la predicción de conductas saludables y para explicar las características y experiencias pasadas de salud, las creencias cognitivas específicas y las influencias que ejerce cada creencia en un determinado comportamiento. En este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. ⁽³⁰⁾

La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud; los factores personales y del entorno deben favorecer una conducta saludable dentro de cada comunidad, la concepción de la salud en la perspectiva de Nola Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y a su vida. Este modelo le da importancia a la cultura, entendida esta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. En este sentido, la cultura se considera como una categoría que se manifiesta de manera diferente en los grupos humanos, que influyen de forma determinante en las creencias sobre la salud, las respuestas con

respecto a las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos , y la utilización de los servicios de salud.

El Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea; la valoración de las creencias en salud relacionadas con los comportamientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el modelo de promoción de la salud propuesto por Nola Pender, estas creencias están dadas por: los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla. La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonales o ambientales. En este punto la promoción de la salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social. ⁽³¹⁾

2.4.2 Conceptual

2.4.2.1 DEFINICIÓN:

La diabetes mellitus (DM) es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina.

Para la Organización Mundial de la Salud, la diabetes es una enfermedad de tipo metabólica que se presenta por defectos en la segregación de la insulina, función realizada por el páncreas. Esta anomalía en el mecanismo humano, se produce cuando dicho órgano realiza su función de manera insuficiente (relativo o absoluto) o cuando el propio organismo no utiliza la insulina que normalmente produce de manera eficaz ⁽³²⁾. El efecto inmediato es la hiperglucemia, que está determinada por un aumento en los niveles de azúcar en la sangre. Cuando este mecanismo se cronifica, dará paso a una serie de lesiones y disfunciones de diversos órganos como: polifagia, poliuria, polidipsia, trastornos visuales, dando lugar a complicaciones que son de alta mortalidad ⁽³³⁾.

2.4.2.2 ETIOLOGÍA:

La causa de la DM es multifactorial y su origen puede variar según el tipo de diabetes.

2.4.2.3 Clasificación ⁽³⁴⁾.

- Diabetes mellitus tipo 1 (DM-1): Se define como un déficit absoluto de la secreción de insulina; suele comenzar antes de los 40 años de edad, siendo el pico máximo de la incidencia a los 14 años. Se presenta por la destrucción de las células beta (β) del páncreas, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. La etiología de la destrucción de las células beta es generalmente autoinmune pero existen casos de DM-1 de origen idiopático. Existen dos subtipos de DM tipo I que difieren en su etiología, forma de presentación y frecuencia:
 - 1) DM tipo I idiopática: En ella no existe evidencia de autoinmunidad y la etiología real de la enfermedad aun no es conocida. Es heredable, pero con tendencia a la

cetoacidosis episódica. Aparece en zonas africanas y asiáticas. Es poco frecuente.

- 2) DM tipo I Inmunomediada: Es la más frecuente de la DM tipo I. la destrucción de la célula β es mediada inmunológicamente de forma que aparecen marcadores serológicos detectables. En el 80-90% de los pacientes uno o más de estos están presentes al diagnóstico:

Anticuerpos frente a células del islote, anticuerpos frente al ácido glutámico descarboxilasa (GAD 65), anticuerpos frente a fosfatasa de tiroxina (IA-2 y IA-2b) la destrucción autoinmune de la célula β es más frecuente en pacientes con ciertos alelos del sistema mayor de histocompatibilidad (HLA) ⁽³⁵⁾.

- Diabetes mellitus tipo 2: Es un desorden metabólico con etiología multifactorial, caracterizado por una hipoglicemia crónica debida a la resistencia periférica a la insulina, disfunción secretora de esta hormona o ambas, lo cual produce alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas y, en un plazo variable, lesiones macro y micro vasculares, especialmente en ojos, riñón, nervios, corazón y vasos sanguíneos ⁽³⁶⁾. Es el tipo más frecuente y supone alrededor de 90% - 95% de los diabéticos. Suele aparecer de forma solapada e insidiosa.
- Diabetes mellitus gestacional: Se caracteriza por hiperglucemia que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, y de padecer DM-2 en el futuro.

- Otros tipos específicos de diabetes: Defectos genéticos en la función de la célula beta, defectos genéticos de la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías (acromegalia, síndrome de Cushing), cromosomopatías (síndrome de Down, síndrome de Turner) o relacionado al uso de medicamentos (glucocorticoides, pentamidina, diazóxido) entre otros.

2.4.2.4 FISIOPATOLOGÍA

Diabetes mellitus tipo 2 Clásicamente se le ha atribuido a la insulinoresistencia hepática y muscular la principal responsabilidad en la etiopatogenia de la DM-2. El aumento de la síntesis hepática de la glucosa y la disminución de su captación por el músculo llevarían al aumento progresivo de los niveles de glucemia, lo que asociado a una secreción deficiente de insulina por la célula beta pancreática determinarían la aparición del cuadro clínico de la DM-2. En la actualidad se ha demostrado la participación de otros componentes en la progresión de la DM-2 como el tejido adiposo, el tejido gastrointestinal, la célula alfa del islote pancreático, el riñón y el cerebro.

2.4.2.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

2.4.2.5.1 Medio ambiente

- Urbanización: Migración de área rural a urbana ⁽³⁷⁾.
- Riesgo ocupacional: No existe relación directa entre una condición laboral y el desarrollo de DM-2, sino a través del sedentarismo, alimentación malsana o al estrés que esta pudiera

condicionar. En relación a las horas de la jornada laboral, existiría un incremento del 30% de riesgo de desarrollar diabetes en las personas de un estrato socioeconómico bajo que trabajan de 55 horas a más por semana, en comparación con los que trabajan de 35 a 40 horas por semana ⁽³⁸⁾.

La exposición a riesgos psicosociales (carga mental, jornada de trabajo, contenido de la tarea, relaciones interpersonales, seguridad contractual, entre otros) en el ambiente de trabajo por periodos prolongados (años) están asociados a síndrome metabólico.

2.4.2.5.2 Estilos de vida

- Sedentarismo: Existe asociación entre la poca (menor a 150 minutos por semana de intensidad moderada) o nula actividad física con el riesgo a desarrollar DM-2 ⁽³⁹⁾.
- Malos hábitos alimentarios: El consumo de alimentos con alto índice glucémico y alto valor calórico aumenta el riesgo de DM2 ⁽⁴⁰⁾.
- Tabaquismo: La exposición al humo de tabaco durante el embarazo aumenta el riesgo de diabetes en ese bebé al llegar a la adultez ⁽⁴¹⁾. Asimismo, el hábito de fumar incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular en las personas con diabetes mellitus.
- Alcohol: Existe mayor riesgo de diabetes y el consumo excesivo de alcohol ⁽⁴²⁾, aunque se producen daños bioquímicos en la célula pancreática con consumos menores ⁽⁴²⁾.

2.4.2.5.3 Factores hereditarios

- Antecedente familiar de diabetes mellitus: Existe mayor riesgo de diabetes en personas con familiares con diabetes,

principalmente en aquellos de primer grado de consanguinidad⁽⁴³⁾.

2.4.2.5.4 Relacionados a la persona

- Hiperglucemia intermedia: Las personas con hiperglucemia intermedia incluye la presencia de glucemia en ayunas alterada (110-126 mg/dl), de intolerancia oral a la glucosa (140-199 mg/dl a las 2h tras 75 gramos de glucosa oral) o ambas a la vez. Estas condiciones tienen riesgo de padecer diabetes y complicaciones cardiovasculares⁽⁴⁴⁾. El riesgo de desarrollar diabetes mellitus aumenta entre 5-10% al año en los que tienen una de estas condiciones. Aunque la misma proporción alcanza la normoglucemia⁽⁴⁵⁾. Además, más de la mitad de estas personas diagnosticadas con PTOG y alrededor de dos tercios con GAA no tendrán diabetes en los próximos 10 años⁽⁴⁶⁾. Asimismo, en un periodo de 3-5 años, alrededor del 25% de los individuos progresan a DM-2, el 25% retornan a una estado normal y el 50% permanece en este estado⁽⁴⁷⁾.
- Síndrome metabólico (SM) Está asociado a un incremento de riesgo de padecer DM-2 de 3 a 5 veces⁽⁴⁸⁾.
- Sobrepeso y obesidad: El riesgo de desarrollar DM-2 es directamente proporcional al exceso de peso, siendo el índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 25 kg/m² en adultos el factor de riesgo más importante para la DM-2⁽⁴⁹⁾.
- Obesidad abdominal: El valor de perímetro abdominal mayor o igual a 88cm. en la mujer y 102cm. en el hombre, según los criterios del III Panel de Tratamiento del Adulto del Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol de los EE. UU. (NCEP/ ATP III)⁽⁵⁰⁾.
- Etnia: El riesgo de desarrollar diabetes es mayor en nativos y población mestiza latinoamericana, raza negra, asiáticos y menor en caucásicos que en el resto de etnias⁽⁵¹⁾.

- Edad: Se considera mayor riesgo en las personas mayores de 45 años, la prevalencia de DM-2 es directamente proporcional al incremento de la edad cronológica ⁽⁵²⁾.
- Dislipidemia: Hipertrigliceridemia (> 250 mg/dl en adultos) y de niveles bajos de colesterol HDL (< 35 mg/dl) están asociados a insulino resistencia ⁽⁵³⁾.
- Historia de enfermedad cardiovascular: DM-2 asociado a infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, aterosclerosis entre otras enfermedades ⁽⁵⁴⁾.
- Hipertensión arterial (HTA): Presión arterial \geq 140/90 mmHg o estar en terapia para hipertensión como factor de riesgo asociado a DM-2 ⁽⁵⁵⁾.
- Antecedentes obstétricos de diabetes mellitus gestacional: El riesgo de desarrollar DM-2 es mayor en mujeres con antecedentes de DMG ⁽⁵⁶⁾.
- Antecedente de hijos macrosómicos: Recién nacido con peso > 4,000gr ⁽⁵⁷⁾.
- Antecedente de bajo peso al nacimiento: nacer con peso < 2,500gr y/o prematuridad ⁽⁵⁸⁾.
- Acantosis nigricans ⁽⁵⁹⁾ y acrocordones: Son lesiones dérmicas secundarias a la resistencia a la insulina. La acantosis nigricans es una hiperpigmentación cutánea que se presenta en pliegues de cuello, axilas, ingle y nudillos. Los acrocordones son lesiones dérmicas pediculadas que suelen aparecer en las zonas de acantosis nigricans.
- Síndrome de ovario poliquístico (SOPQ): El riesgo de desarrollar DM-2 aumenta tres veces en mujeres con SOPQ. La aparición de trastornos glucémicos en mujeres con SOPQ puede ocurrir a una edad temprana (los 30 o los 40 años) y pueden presentar mayor riesgo de desarrollar DMG ⁽⁶⁰⁾.

- Condiciones clínicas como: esteatosis hepática, síndrome de apnea-sueño, hiperuricemia ⁽⁶¹⁾.

2.4.2.5.5 Otros factores de riesgo:

- Bajo grado de instrucción: El riesgo de desarrollar DM-2 aumenta en individuos con bajo nivel educativo ⁽⁶²⁾.

2.4.2.6 Cuadro Clínico

Dependerá de la etapa en la que se encuentra la enfermedad al momento del diagnóstico:

- Asintomáticos: Son aquellas personas con DM-2 que no advierten los síntomas clásicos. Esta es una condición clínica frecuente, de duración variable (entre 4 a 13 años) ⁽⁶³⁾.
- Sintomáticos: Los síntomas clásicos son poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida de peso; adicionalmente podría presentar visión borrosa, debilidad, prurito ⁽⁶⁴⁾. Las manifestaciones clínicas pueden variar según las complicaciones que presenta la persona como adormecimientos, calambres, hormigueos (parestesias), dolor tipo quemazón o electricidad en miembros inferiores en caso de neuropatía diabética ⁽⁶⁵⁾; dolor en pantorrilla (claudicación intermitente) en caso de enfermedad arterial periférica ⁽⁶⁶⁾.

Comorbilidades asociadas: infecciones del tracto urinario a repetición ⁽⁶⁷⁾.

También la persona puede llegar a desarrollar una crisis hiperglucémica cuyas manifestaciones clínicas pueden ser: deshidratación moderada a severa, compromiso del sensorio, polipnea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, respiración acidótica, tipo Kussmaul (rápida y profunda) ⁽⁶⁸⁾.

2.4.2.7 Complicaciones Agudas de la Diabetes Mellitus: De esta población diabética incuestionablemente que un estilo de vida inadecuado conduce a un mal control metabólico, lo que es conocido como un factor de primer orden en la aparición de las complicaciones secundarias a estas enfermedades. Las complicaciones de la diabetes mellitus son prevenibles por medio de las prácticas saludables de autocuidado y de la actitud positiva que el paciente requiere para convivir con la enfermedad. La intervención de enfermería es indispensable ya que a través de la educación en salud el paciente logra adquirir conocimientos sobre autocuidado, habilidad de las prácticas de autocuidado y sobre todo una actitud positiva ya que son requisitos imprescindibles para evitar dichas complicaciones que conllevan a los ingresos hospitalarios y la mortalidad de la población que padece dicha enfermedad ⁽⁶⁹⁾.

2.4.2.8 Las Complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus: La (microangiopatía) alteraciones en las membranas basales de los vasos de pequeño calibre, (arteriosclerosis) arterias, (retinopatía) retina, (nefropatía) riñones y (neuropatía) otros tejidos, y existen daños clínicos de alteración en la función de estos órganos. En muchas ocasiones se presentan por el desconocimiento de la enfermedad o por la actitud negativa del paciente hacia las prácticas de estilos de vida saludable. Aquí es donde se necesita de la intervención de enfermería para que informe, eduque y comunique todas las prácticas de autocuidado que debe ejercer para evitar dichas complicaciones y sobre todo fomentar el optimismo y la motivación en el paciente para afrontar el pronóstico ⁽⁷⁰⁾.

2.5 Definición de términos básicos

2.5.1 DIABETES MELLITUS:

Enfermedad crónica, que se caracteriza por una disminución de la secreción de insulina y/o una disminución de la acción de la misma en los tejidos.

2.5.2 DIABETES MELLITUS TIPO I:

Caracterizada por una destrucción de las células beta, deficiencia absoluta de insulina y necesidad de tratamiento con insulina. (Insulinodependientes).

2.5.3 DIABETES MELLITUS TIPO II:

Caracterizada por insulino resistencia y deficiencia (no absoluta) de insulina, fuerte predisposición genética no bien definida (multigénica), los pacientes afectados responden a dieta e hipoglicemiantes orales, aunque muchos con el tiempo requieren de insulina para su control.

2.5.4 COMPLICACIONES CRÓNICAS:

Lesiones, que afectan a distintos órganos de las personas diabéticas y que comprometen su calidad y expectativa de vida.

2.5.5 CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DIABÉTICAS:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: El nivel de conocimientos es un conjunto de información adquirida mediante la experiencia o el aprendizaje. ⁽⁷¹⁾

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Conocimiento previos que el pacientes diabéticos sobre la prevención de las complicaciones

de su enfermedad, lo que piensa y el autocuidado que adoptara sobre la misma, el cual se clasificara en: alto (21-32 puntos), medio (11-20 puntos), bajo (igual o menor de 10 puntos).

Esta variable tiene las siguientes dimensiones:

COMPLICACIONES DIABÉTICAS:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Efectos dañinos que puede presentarse después de que una persona ha estado sufriendo de diabetes por largo tiempo. Incluye lesión de la retina del ojo, de los vasos sanguíneos, del sistema nervioso y de los riñones.⁽⁷²⁾

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Todas aquellas lesiones, que afectan a distintos órganos de las personas diabéticas y que comprometen su calidad y expectativa de vida.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es el conocimiento que tiene los diabéticos acerca de los medicamentos orales e inyectable que reciben para el tratamiento de su enfermedad⁽⁷³⁾.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se refiere al conocimiento que poseen los pacientes diabéticos acerca de la administración de los medicamentos. Incluyendo la de hipoglucemiantes por vía oral y subcutánea.

CONTROL DE GLICEMIA.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es La verificación regular del nivel de glicemia, una de las medidas más importantes que se puede tomar para manejar la enfermedad⁽⁷³⁾.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se refiere al conocimiento que tienen los pacientes diabéticos sobre la forma de controlar la glucosa en su cuerpo.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Son hábitos y costumbres que cada persona puede realizar para lograr un desarrollo y un bienestar sin atender contra su propio equilibrio biológico y su relación con su ambiente natura ⁽⁷³⁾.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se refiere a las costumbres y hábitos de vida que afectan o contribuyen al bienestar del paciente diabético de los cuales se consideró: tipo de dieta. Consumo de cigarrillo, alcohol, actividad física y tiempo dedicado para reposo.

CUIDADO DE LOS PIES.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el cuidado de sus pies para evitar que ejerzan efectos nocivos sobre su salud ⁽⁷³⁾.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se refiere a la información que poseen los pacientes acerca de la práctica del cuidado de los pies.

2.5.6 PRÁCTICA SOBRE PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DIABÉTICAS

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: El nivel de práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación conocimientos y habilidades de ciertos conocimientos ⁽⁷⁴⁾.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Acciones de los pacientes diabéticos que realizan para prevenir complicaciones propias de su enfermedad, el cual se clasificara en:

- Adecuada: (10-18 puntos),
- No adecuada: (igual o menor a 9 puntos).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis:

Ha: Existe relación directa entre nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del programa daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paíta.

Ho: No existe relación directa entre nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del programa daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paíta.

3.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Nivel de práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes diabéticos	El nivel de práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. ⁽²⁷⁾	Práctica	Acciones que los pacientes diabéticos realizan para prevenir complicaciones propias de su	Prevención de complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Pertenencia a un programa de diabetes. • Numero de comidas consumidas al día. • Forma de endulzar las bebidas en el hogar. • Frecuencia de realizar los ejercicios. • Consumo de bebidas alcohólicas. • Consumo de 	Adecuada (10 – 18 puntos)

			enfermedad.		cigarrillos. <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de calzado que utiliza. • Presenta hábito de andar descalzo. • Secar los pies después del baño. 	Inadecuada (Igual o menor a 9 puntos)
--	--	--	-------------	--	--	--

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo y diseño de la de Investigación

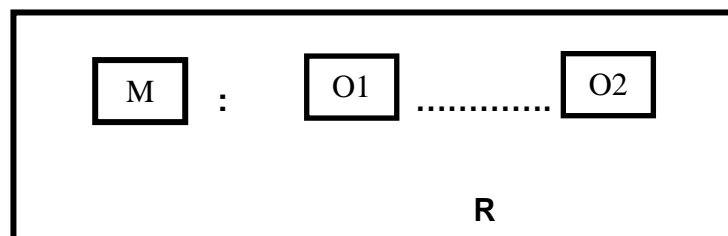
4.1.1 Tipo de la Investigación

El presente trabajo correspondió a la investigación aplicada; de enfoque cuantitativo, porque permitió recoger y analizar los datos relacionados al nivel de conocimientos y a la práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo II, de manera científica, los cuales fueron susceptibles de medición estadística; y se estudió la relación entre variables cuantificadas.

- Según análisis de resultados: Descriptivo
- Según periodo y secuencia de estudio: Transversal
- Según la dimensión cronológica: Prospectivo

4.1.2 Diseño de la Investigación

El diseño correlacional, nos permitió observar los acontecimientos sin intervenir, porque solo intervenimos en la aplicación de encuestas, sin influir en el comportamiento de los pacientes del presente estudio. El esquema es lo siguiente:



M: Adultos Diabéticos.

O1: Nivel de Conocimiento.

O2: Práctica.

R: Es la relación que existe O1 y O2.

4.2 Población y muestra

4.2.1 Población

Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II que asistieron al programa en el Hospital II Las Mercedes de Paita. La población fue de 187 pacientes (promedio mensual del I semestre 2018), que se encontraban entre las edades de 30 a 59 años y que acudieron al consultorio de daños no transmisibles del hospital II-1 Las Mercedes Paita.

4.2.2 Muestra

Pacientes con complicaciones crónicas de Diabetes Mellitus tipo II pertenecientes al Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes de Paita Setiembre-Octubre 2018; la cual fue de 86.

La muestra se tomó al 100% teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión planteados.

La muestra a encuestar, el cual se seleccionó utilizando un muestreo probabilístico al azar, que garantiza la representatividad de los elementos de la muestra.

Siendo un total de 86 pacientes.

TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra, se fijó un error máximo de las estimaciones del 5% y un nivel de confianza del 95% de que el error no exceda del valor establecido. Para determinar el tamaño de la muestra, se empleó la siguiente fórmula estadística:

$$n_0 = \frac{Z^2 P(1 - P)}{e^2}$$

Donde

n: tamaño de la muestra

Z: Valor tabular normal, seleccionado de acuerdo al nivel de confianza de 95% (Z=1.96)

P: Probabilidad de éxito = 50% (0.5)

e: error de estimación = 10% (0.10)

N=Tamaño de la población

Así tenemos:

$$n_0 = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}{0.10^2} = 96$$

Como se conoce el tamaño de la población, se hace el siguiente ajuste:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

$$n = \frac{96}{1 + \frac{95}{850}} = 86$$

Este resultado es el tamaño de la muestra a encuestar, el cual se seleccionó utilizando un muestreo probabilístico al azar, que garantiza la representatividad de los elementos de la muestra.

4.2.3 Criterios de Inclusión

- **Todo paciente :**
 - Con diagnóstico Diabetes Mellitus por más de 6 meses.
 - Que se encuentren entre las edades de 30 a 59 años
 - Que acudan a la consulta externa.
 - Que acepte participar voluntariamente en el estudio.
 - Que acepte participar voluntariamente en el estudio.
 - Que no tengan alteraciones mentales.

4.2.4 Criterios de Exclusión

- **Todo paciente:**
 - Que presente algún otro tipo de enfermedad que no sea diabetes mellitus.
 - Pacientes con trastornos mentales.

4.3 Técnicas e Instrumentos para recolección de la información

Para la recolección de la información del nivel de conocimiento y practica sobre prevención de complicaciones en pacientes diabéticos se utilizó como técnica la entrevista ya que permitió una comunicación interpersonal entre las investigadoras y los sujeto de estudio, siguiendo un orden previamente establecido; además, permitió explicar el propósito del estudio y especificar claramente la información necesaria, así como también aclarar alguna pregunta asegurando una mejor respuesta. El instrumento que se utilizó en el estudio para la recolección de datos fue un cuestionario estructurado por la investigadora Ojeda Silva Susy en el trabajo de investigación “Nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes diabéticos que acuden a la consulta externa del hospital II Santa Rosa Piura. Enero 2013”; el cual ha sido elaborado por la investigadora y sometido a la validación por el juicio de expertos, obteniendo un CPRic: 0.9491.

Cuyo rango le da una validez muy alta. Además, el instrumento se aplicó al 10% de la población con características similares a la población de estudio. El instrumento estuvo dividido en dos secciones, de acuerdo a las variables en estudio: nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones diabéticas. Estuvo constituido por un total de 25 preguntas, para lo cual se hizo uso de preguntas cerradas, de alternativa múltiple. Para la variable conocimientos: 16 preguntas, para la variable practica: 9 preguntas; siendo un total de 25 preguntas las que conforman el cuestionario.

El cual constó de las siguientes partes:

Parte I: Incluyó la Presentación del cuestionario, donde se detallaba el nombre de las investigadoras, el objetivo de la investigación y las características del instrumento.

Parte II: Comprendió las instrucciones a seguir por el entrevistador.

Parte III: incluyó los datos generales de las personas entrevistadas.

Parte IV: Contenía el conjunto de ítems a responder relacionados con el problema de estudio.

A cada respuesta se le asignó un puntaje de la siguiente forma:

RESPUESTA CORRECTA: 2 puntos.

RESPUESTA INCORRECTA: 0 puntos.

Obteniéndose así:

Puntaje máximo: 32 puntos.

Puntaje mínimo: 0 puntos.

Para la categorización de la variable “nivel de conocimiento” se utilizó la Escala vigesimal adaptada al número de preguntas del instrumento, ya que es la escala numérica empleada en el país para poder medir el aprendizaje. Con lo que los resultados quedaron establecidos de la siguiente manera:

- Conocimiento Bajo : 0 - 10
- Conocimiento Medio : 11 - 20
- Conocimiento Alto : 21 – 32

Para la categorización de la variable “nivel de práctica” se utilizó la Escala vigesimal adaptada al número de preguntas del instrumento, ya que es la escala numérica empleada en el país para poder medir el aprendizaje. Con lo que los resultados quedaron establecidos de la siguiente manera:

- Practica inadecuada : 0 - 9
- Practica adecuada : 10 – 18

PROCEDIMIENTO

- Se solicitó permiso a la dirección del Hospital II-1 Las Mercedes Paita para realizar el estudio.
- Se solicitó el consentimiento informado y se explicó la encuesta a cada paciente en estudio.
- Se realizó mediante el método de la entrevista utilizando un formulario de preguntas cerradas, relacionadas a las variables de interés y que responda a la variable de estudio.
- La Duración del instrumento fue de 20 minutos.
- Una vez recolectada la información, ésta se ingresó a una base de datos para su tabulación y posterior interpretación y análisis.
- El procesamiento de la información se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 19.0 (StatisticalPackageforthe Social sciences).
- Después de la tabulación de los resultados se procedió al análisis, interpretación y discusión de los mismos.
- Se plantearon conclusiones y recomendaciones del presente Estudio de Investigación.

4.4 Análisis y procesamiento de datos

El procesamiento de información se realizó a través de una tabla de matriz y en una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010® y SPSS versión 19.0, con el fin de poder monitorear los datos obtenidos y presentarlos mediante tablas y gráficos, según fue necesario y de acuerdo a los objetivos del estudio, a fin de realizar el análisis e interpretación correspondiente considerando el marco teórico. Para el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, se utilizaron tablas y gráficos de frecuencia absoluta y relativa simple.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

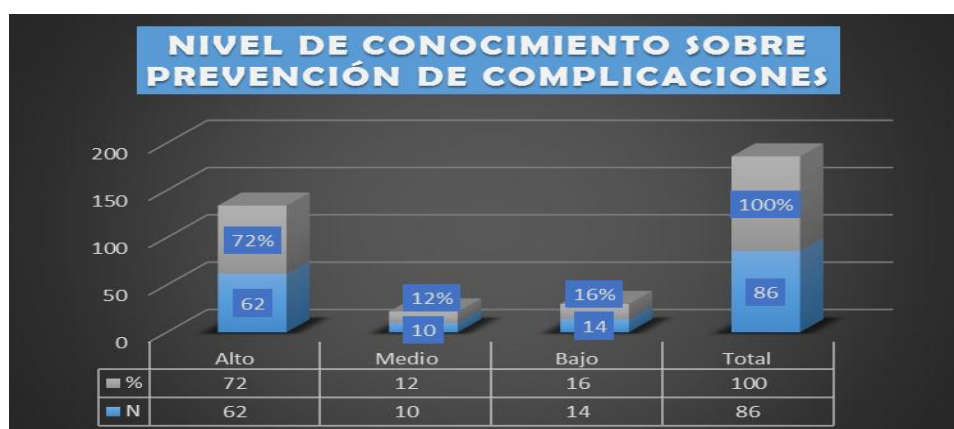
5.1. Resultados descriptivos:

Tabla N° 1 Nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II del Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita. Piura 2018.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	N	%
ALTO	62	72
MEDIO	10	12
BAJO	14	16
TOTAL	86	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del programa daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita.

Gráfico N° 01: Nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II del Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita. Piura 2018.



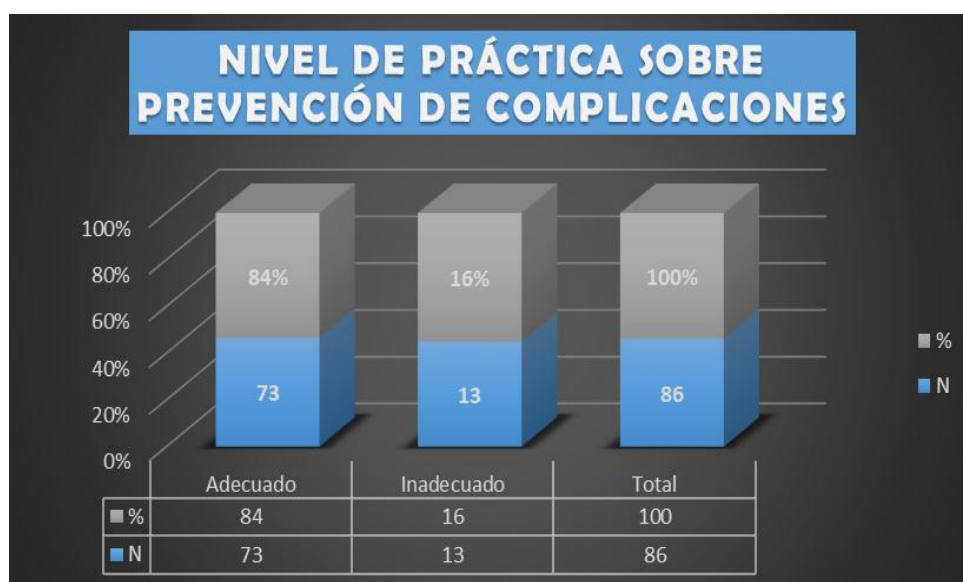
Fuente: Tabla N° 1.

Tabla N° 2.- Nivel de practica sobre prevención de complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita. Piura 2018.

NIVEL DE PRÁCTICA	N	%
ADECUADO	73	84
INADECUADO	13	16
TOTAL	86	100

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del programa daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita.

Gráfico N° 2.- Nivel de practica sobre prevención de complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita. Piura 2018.



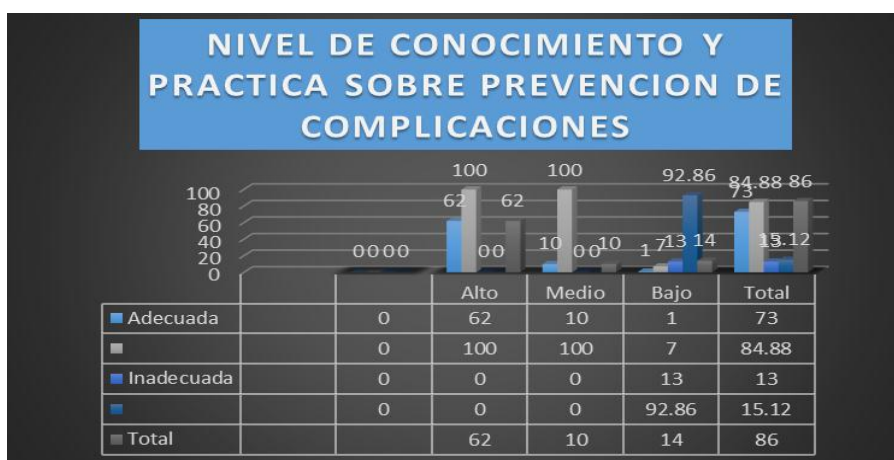
Fuente: Tabla N° 2.

Tabla N° 3.- Nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita. Piura 2018.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	PRÁCTICA SOBRE PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES				TOTAL
	ADECUADA		INADECUADA		
	N°	%	N°	%	
ALTO	62	100	0	0	62
MEDIO	10	100	0	0	10
BAJO	1	7	13	92.86	14
TOTAL	73	84.88	13	15.12	86

Fuente: Instrumento aplicado a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del programa daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita.

Gráfico N° 3.- Nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita. Piura 2018.



Fuente: Tabla N° 3.

5.2. Resultados inferenciales:

Ho: No existe relación directa entre nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del programa daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paíta.

H1: Existe relación directa entre nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del programa daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paíta.

Tabla de contingencia Nivel de práctica de los pacientes * Nivel de conocimiento de los pacientes

			Nivel de conocimiento de los pacientes			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Nivel de práctica de los pacientes	Inadecuado	Recuento	13	0	0	13
		Frecuencia esperada	2,1	1,5	9,4	13,0
	Adecuado	Recuento	1	10	62	73
		Frecuencia esperada	11,9	8,5	52,6	73,0
Total	Recuento	14	10	62	86	
	Frecuencia esperada	14,0	10,0	62,0	86,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	78,763 ^a	2	,000	,000		
Razón de verosimilitudes	65,847	2	,000	,000		
Estadístico exacto de Fisher	59,338			,000		
Asociación lineal por lineal	64,225 ^b	1	,000	,000	,000	,000
N de casos válidos	86					

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,51.

b. El estadístico tipificado es 8,014.

Nota: Como $p=0.000$ es menor que $\alpha=0.05$ entonces se rechaza H_0 y se acepta H_1 , es decir el nivel de práctica de los pacientes si depende de su nivel de conocimiento.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la hipótesis

Para el análisis de relación de las variables se empleó la prueba de hipótesis a través del ensayo o prueba de independencia chi-cuadrado, con un nivel de significación 0,05 (ó 5%) y un 95% de confianza, y se proyecta la siguiente hipótesis estadística:

Ha: Existe relación directa entre nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del programa daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita.

Ho: No existe relación directa entre nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del programa daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita.

Con 2 grados de libertad según la tabla de valor de chi cuadrado tenemos un valor límite de 7.815 y según el análisis realizado tenemos un valor de chi cuadrado de 78.763. Donde podemos concluir que dentro de un rango de 0 – 7.815, el resultado obtenido está dentro de este rango el cual se denomina zona de aceptación con un valor de 7,815. Donde podemos demostrar y concluir que la Hipótesis nula planteada es rechazada y la hipótesis alternativa es aceptada; Es decir que:

Existe relación entre nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del Programa daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita.

Por tanto, demostramos que el nivel de práctica de los pacientes si depende de su nivel de conocimiento.

6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares

Las complicaciones diabéticas, han demostrado un incremento progresivo en su incidencia y prevalencia a nivel mundial, es por ello que representa un problema de salud pública ⁽⁷⁵⁾.

La diabetes mellitus es una amenaza y epidemia global con graves complicaciones, que conlleva a grandes riesgos, para las personas que lo padecen, las familias, los estados y el mundo, por ello la educación de las personas con diabetes es una herramienta esencial para optimar el control metabólico, ya que si las personas desconocen su enfermedad, no le darán el tratamiento adecuado y necesario para evitar complicaciones que involucran daños severos en la salud, particularmente en el corazón, los riñones, los ojos y los pies. ⁽⁷⁶⁾

En este contexto, se desarrolló el presente trabajo de investigación, el cual se orientó a determinar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que pertenecen al Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes - Paita Setiembre - Octubre 2018. Los resultados se lograron determinar mediante 3 tablas y 3 gráficos estadísticos, producto de la información recogida mediante el cuestionario anteriormente elaborado y aplicado para la presente investigación. Después de obtenida la información respectiva, los datos fueron procesados y analizados, presentándose a continuación de acuerdo a los objetivos propuestos:

Con el propósito de responder el Primer objetivo específico: Identificar el nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que pertenecen al Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita. Setiembre - Octubre 2018. Se obtuvo que:

De los 86 pacientes encuestadas, los resultados indican que el nivel es alto en el 72%, medio en el 12% y bajo en el 16%. (Tabla N° 1).

Los resultados obtenidos en la presente investigación difieren con el estudio realizado por DELGADO ABRIL, Daniela & FLORES FIGUEROA, Ana (2015), en su estudio titulado: “Conocimientos, actitudes y prácticas en pacientes con Diabetes mellitus tipo II que acuden al Centro de atención ambulatoria 302 del IESS”. En el cual se encontró que el nivel de conocimiento fue 1.4% alto; intermedio de 61% e inadecuado de 77.5%. Actitudes positivas se detectó en el 8.2%, neutra 6.6% y negativas 5.2%. Muy buenas prácticas se determinaron en 5.5%, buenas prácticas en 67.1%, y malas prácticas en 27.3%.

También encontramos contraposición con el estudio realizado por XIAP SATEY (2014), en su estudio titulado: “Nivel de conocimiento del paciente Diabético sobre su enfermedad, Hospital Nacional de Occidente 2011”. Donde se encontró que el 87.6% del total de pacientes diabéticos tienen un nivel de conocimiento Inadecuado sobre su enfermedad, el 90% de ellos corresponde al género femenino; el 98.8% se encuentran entre 4ta-6ta década de la vida, el 99.5% tienen una antigüedad de diagnóstico de la Diabetes de 10-20 años, el 77% son analfabetos o con escolaridad primaria.

Así mismo este estudio no guarda relación con el estudio realizado en Guatemala Debido a que en este trabajo el 96% de pacientes diabéticos de 40 a 60 años poseen conocimiento bajo reflejando que una gran población diabética está expuesta a sufrir complicaciones ⁽⁷⁷⁾

Es probable que esta diferencia se deba a la labor educativa que imparte el personal de salud del programa daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes - Paita con la finalidad de incentivar y promover mejores prácticas de autocuidado y control de la enfermedad aumentando el nivel del conocimiento de su enfermedad en pacientes que son atendidos en el hospital.

Cabe recalcar que la educación, en teoría es el medio privilegiado para asegurar un dinamismo productivo con equidad social, fortalecer democracias mediante la promoción del ejercicio ampliado y sin exclusiones de la ciudadanía, avanzar a mayor ritmo en la sociedad la información y el conocimiento, y enriquecer el dialogo entre sujetos de distintas culturas y visiones del mundo. ⁽⁷⁸⁾

Por ende, los conocimientos se adquieren mediante una pluralidad de procesos cognitivos: percepción, memoria, experiencia, razonamiento, enseñanza-aprendizaje, testimonio de terceros; el cual también puede ser afectada por los mismos.

Lo cual nos hace llegar a la reflexión a pesar de los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, de que los pacientes siempre deben recibir la información adecuada sobre la prevención de complicaciones de la diabetes, razón por la cual es importante que los profesionales de salud, especialmente los enfermeros, implementen más acciones educativas que posibiliten no sólo un aumento del conocimiento ya obtenido de la población sobre medidas preventivas de las complicaciones de la Diabetes, sino un verdadero cambio en las actitudes y prácticas, con efecto multiplicador en las familias de los pacientes con diabetes, pues la educación pretende que las personas piensen por sí mismas, tomen sus propias decisiones y se fijen sus propios objetivos acorde con sus circunstancias, respetando y no mostrando desidia; ya que según la literatura estudios revelan que la presencia de

complicaciones es ligeramente superior en pacientes con una información mala (26.6%) o regular (12.5%)⁽⁷⁹⁾

Además es el medio para disminuir el costo de la ignorancia no solo en beneficios de los diabéticos, sino de la sociedad en su actualidad.⁽⁷⁹⁾

Se concluye que este estudio ha sido útil, por el hecho que los resultados obtenidos demuestran indicios de la labor preventiva promocional específica en el área educativa en la población, por parte del profesional de enfermería, sin embargo todavía queda mucho por hacer en materia preventiva con respecto a esta enfermedad, ya que hay bastante evidencia que las estrategias especialmente dirigidas a la prevención y educación de los pacientes, como también, educación de los profesionales, reduce significativamente las tasas de complicaciones diabéticas. Por otro lado es triste saber que existen instrumentos para prevenir este problema y sean poco utilizados, especialmente por la principal llamada a este proceso educativo como es la enfermera.⁽²¹⁾

Para el Segundo Objetivo Específico: Identificar el nivel de práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que pertenecen al Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita. Setiembre - Octubre 2018. Se obtuvo que: En relación al nivel de práctica sobre prevención de complicaciones, los resultados ponen en evidencia que en la mayoría de los pacientes es adecuada, observándose el 84.8% de ellos. El resto, 15.11%, si muestra niveles adecuados de prevención de las complicaciones. (Tabla N° 02).

Estos resultados difieren a lo encontrado en la investigación realizada en Lima cuyo título es “Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus” donde se obtuvieron que para pacientes con conocimiento malo, 54,4 % y 59,1%, con conocimiento regular presentaran estilos de vida negativos⁽⁸⁰⁾. Los resultados también difieren, con un estudio realizado por Fuentes-Facundo, donde identificó estilos de

vida no saludables principalmente en la alimentación, seguido de una inadecuada práctica de ejercicios con un 92%.⁽⁸¹⁾.

Al contrario sucede con los pacientes participantes del estudio, los cuales mostraron en los resultados un 84.8% práctica adecuada; resultados que probablemente reflejan la relación que podría tener con el nivel de conocimiento de una persona con diabetes, condición que le favorecería en la toma de mejores decisiones ya que la literatura nos dice que es de suma importancia que el paciente tenga un conocimiento apropiado sobre las complicaciones de la diabetes, para establecer practicas adecuadas, ya que esto permite que el paciente pueda controlar mejor los niveles de glucosa, reconocer los signos y síntomas de la enfermedad, para de esa manera, se pueda vivir con esta enfermedad optando por una mejor calidad de vida, a diferencia de los pacientes que poseen un nivel de conocimiento bajo.

De esta manera, el mismo paciente podría reducir el desarrollo de complicaciones vasculares y neuropatías asegurando una mejor calidad de vida.⁽¹⁰⁾

Con el propósito de responder al objetivo General de la investigación: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II que pertenecen al Programa de daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes – Paita. Setiembre - Octubre 2018. Se obtuvo que:

Si existe relación directa entre el nivel de conocimientos y práctica sobre prevención de complicaciones, encontrándose los siguientes hallazgos; del total de pacientes con nivel de conocimiento alto el 100 % (62/62) presentó prácticas adecuadas sobre prevención de complicaciones; del total de pacientes con nivel de conocimiento medio el 100 % (10/10) presentó prácticas adecuadas sobre prevención de complicaciones y del total de pacientes diabéticos con nivel de conocimiento bajo el 92.86 % (13/1) presentó prácticas inadecuadas sobre prevención de

complicaciones; esto evidencia que a mayor nivel de conocimiento de su enfermedad el paciente diabético desarrolla prácticas adecuadas sobre prevención de complicaciones y viceversa, a menor nivel de conocimiento de su enfermedad desarrolla practicas inadecuadas sobre prevención de complicaciones.

En estos resultados se observa una tendencia de un nivel de conocimiento sobre prácticas adecuadas en cuanto a prevención de complicaciones de más alto a más bajo, indicando que si hay un nivel de conocimiento alto con respecto a la Diabetes Mellitus, a causa de una exhaustiva información que reciban los pacientes, conllevará a prácticas adecuadas en la prevención de complicaciones. Por lo tanto, cuanto mejor conozcan los pacientes sobre los efectos de estos factores, mejor será el control que puedan ganar sobre su condición. ⁽¹⁴⁾

Por lo tanto, es necesario que los pacientes, cuenten con un razonamiento para comprender en que consiste la prevencion de complicaciones, que resulte fácilmente poder relacionarlo con la práctica, y evitar asi la reincidencia de complicaciones diabetcas.

Según la literatura las complicaciones de este mal, una de las que más incapacitan y acarrea daño social es sin duda la complicación neuropática que afecta a las extremidades inferiores de los pacientes con diabetes. ⁽¹⁴⁾

Cabe resaltar que a pesar de los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación, la labor educativa de la enfermera y los profesionales de la salud se hace fundamental, no solo basándose en incrementar el nivel de conocimiento en el paciente sino a su vez en incentivar las prácticas adecuadas con respecto a los estilos de vida saludables para evitar dichas complicaciones; ya que el enfermo diabético es muy susceptible a presentarlas en el curso de su enfermedad, pasando por una etapa difícil y es cuando más requiere de la ayuda de la enfermera, en quien debe encontrar comprensión y orientación, ya que

comienza para éste una etapa nueva en su vida que necesita instrucción y educación,

Por ello, los profesionales en salud deben convencerse que su responsabilidad no se limita únicamente a suministrar un medicamento, sino que también a educar al paciente sobre su autocuidado.

Así mismo la literatura nos habla acerca de los estilos de vida que lo define como la manera en la que deciden vivir las personas, esto influye la forma de las relaciones personales, del consumo, la hospitalidad, la forma de vestir el hábito. Son un conjunto de componentes y actitudes, valores o la visión del mundo de las personas diabéticas, que unas veces son solubles y otras son nocivas para la salud. ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾.

Según la organización mundial de la salud (OMS), considera el estilo de vida como la manera general de vivir que se basa entre las condiciones de vida y los factores individuales de conducta, las cuales están determinadas por factores socioculturales y por características personales de los individuos, por lo que los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para el paciente de acuerdo a su capacidad para elegir. ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

Es por ello que se puede inferir que los cambios en los estilos vida como: llevar una ingesta de alimento adecuado, el no ingerir alcohol en exceso, el no fumar, realizar actividad física, control del estrés, etc.; van a contribuir a normalizar la glucemia. A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación del paciente sobre su propia enfermedad será herramienta fundamental para el control de la diabetes. Cualquier diferencia en la dieta, el ejercicio, el nivel de estrés, u otros factores puede afectar el nivel de azúcar en la sangre.

6.3 Responsabilidad ética

En el estudio se tuvo en cuenta en cuenta los principios éticos primordiales sobre los que se basan las normas de conducta ética en la investigación.

Se siguieron los criterios éticos de rigor con la finalidad de asegurar la calidad, objetividad y validación del trabajo de investigación, considerándose en el presente estudio los siguientes criterios:

- **En relación a la ética;** se tuvo en cuenta el consentimiento informado, la confidencialidad, la privacidad y el anonimato de las entrevistas.
- **En relación al rigor;** se tuvieron en cuenta criterios que determinan la fiabilidad de la información cuantitativa que son: transferibilidad, la audibilidad o neutralidad del análisis de información.

En el presente estudio consideró pertinente observar los siguientes principios:

a. Autonomía

El punto de partida es asumir que los sujetos de investigación son seres autónomos. Antes de aplicar el instrumento del estudio se evaluará la capacidad de cada paciente para ejercer su autonomía, al decidir si participa o no en el estudio.

- **Principio de respeto a la dignidad:** Este principio comprende el derecho a la autodeterminación, que significa que los posibles sujetos de investigación tienen el derecho de decidir voluntariamente si participan o no en el estudio, así como tener el derecho a dar por terminada su participación en cualquier momento. Se procuró en todo momento que los sujetos del estudio sean

tratados como agentes autónomos, y que las personas con menos autonomía tengan derecho a la protección.

- **El derecho a la privacidad**, por el cual los sujetos tienen derecho a esperar que cualquier información obtenida durante el curso del estudio sea mantenida en la más estricta confidencialidad, lo cual puede lograrse a través del anonimato, condición en la que ni el mismo investigador puede asociar a un sujeto a la información que este haya proporcionado.
- **Confidencialidad:** Se aplicó el cuestionario indicándoles que la investigación es anónima y que la información obtenida es solo para fines de la investigación.

b. Principio de Beneficencia: “Por sobre todas las cosas, no dañar”, consistió en no causar ningún tipo de daño, siendo necesario: Garantizar el no causar daños, no exponiendo a los sujetos del estudio a experiencias traumáticas que les podrían generar daños graves o permanentes tanto daño físico, sino también el psicológico. Garantizar la no utilización de la información para otros fines que no sean los de la investigación.

b. Principio de Justicia: se brindó a los sujetos del estudio un trato justo, durante su selección, y sobre todo a lo largo de la ejecución del proyecto. Derecho a la privacidad, se conservó a través del anonimato, no dando a conocer las identidades de los participantes.

CONCLUSIONES

1. Existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y la práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del Programa daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes - Paita, durante el periodo de Setiembre a Octubre del 2018; un nivel de conocimiento alto de la enfermedad se relacionó con prácticas adecuadas de prevención de complicaciones y viceversa un nivel de conocimiento bajo se relaciona con prácticas inadecuadas de prevención de complicaciones, evidenciado por los resultados de la prueba de hipótesis a través del ensayo o prueba de independencia chi-cuadrado, la cual rechaza la hipótesis nula y acepta la hipótesis alternativa.
2. En el nivel de conocimiento sobre prevención de complicaciones, los resultados ponen en evidencia que predominó el nivel alto en un 72 %; el nivel bajo se obtuvo en un porcentaje menor del 16 % y el 12% en nivel medio.
3. El nivel de práctica sobre prevención de complicaciones, los resultados ponen en evidencia que en la mayoría de los pacientes es adecuada, con un 84% de ellos, el 16%, un menor porcentaje evidencia prácticas inadecuadas sobre prevención de complicaciones en la diabetes mellitus tipo II.

RECOMENDACIONES

- La Dirección Ejecutiva del Hospital II – 1 “Las Mercedes”- Paita, a través de la jefatura de enfermeras, impulse y promueva en el personal de enfermería el desarrollo de actividades educativas (talleres de capacitación); orientadas al reconocimiento, prevención y control del problema de salud en pacientes diabéticos, motivándolos a incorporarse a estas actividades educativas, sobre medidas terapéuticas, estilos de vida saludables, control de glicemia y cuidado de los pies, con el objetivo que desarrollen mejores conocimientos y prácticas sobre su enfermedad y que contribuyan a reducir las complicaciones que trae consigo la diabetes.
- Al departamento de enfermería del Hospital II-1 Las Mercedes de Paita evalúe la efectividad de la implementación de los programas educativos y mejore el control de los indicadores de calidad.
- Al profesional de enfermería de la estrategia de daños no transmisibles; concientizar a los pacientes a afrontar su enfermedad y por ende las tempranas complicaciones que traería consigo no llevar un adecuado cuidado.
- Al Colegio Profesional de Enfermeras, para que promuevan el desarrollo de programas educativos dirigidos a la población general sobre problemas de salud no trasmisibles y prevalentes en la región, fomentando la práctica de estilos de vida saludables e impulsando el desarrollo de acciones preventivas para evitar la ocurrencia de estos problemas de salud en la población Piurana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la salud, Centro de prensa. Diabetes; 2012 [actualizada 16 febrero 2012; consultado 11 oct. 2018]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>.
2. FUENTES Lorena, LARA Manuela, “Estilos de vida no saludables en pacientes menores de 39 años con diabetes mellitus II, Unidad de Medicina Familiar No. 28 de Colombia”
3. NORABUENA JACOME, Gabriel. “Capacidad de Autocuidado en pacientes Diabéticos y su relación con factores individuales y socioculturales”. Lima- Perú. 2001. Enfermera Gerontóloga 2001. En: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>
4. DE ROUX, G. “La Prevención de Estilos de Vida Saludables en el Desarrollo de la Salud”. En Revista Médica y Salud. 2001 158 – 165. En: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/17330.pdf>
5. ALVAREZ MERAZ, Donaciano, “Evaluación del apoyo familiar, conocimiento sobre la Diabetes Mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico” Unidad de Investigación en epidemiología clínica – México
6. ORTEGO ZAPATA, Orrego. “ Fundamentos de Medicina Endocrinológica’ 6ta Edición. Editorial Carvajal. Medellín – Colombia 2001. Págs.: 448 – 455.
7. Bautista R. Lorena, Y Col. Chiclayo “Pacientes Adaptándose A Vivir Con La Diabetes Como Si Fuera Una Sombra: Proceso Lento Y Sufrido- Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Tesis Para Optar El Título De Licenciada En Enfermería, Chiclayo- Peru- Unprg-2000.

8. Alarcón S. María. (Cuba 1993)Capacidad De Autocuidado Al Paciente Diabético Crónico. Revista Cubana De Enfermería.9 (2); 110. En Internet Htt: //Revista Cubana De Enfermería.Com.
9. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 8va ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2017.
- 10.GARMENDIA LORENA, Fausto. "Avances en el Tratamiento de Diabetes Mellitus 2004 Págs.: 48-51
- 11.International Diabetes Federation (2014). Key findings 2014, disponible en línea. Bruselas. Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/update-2014> Fecha de visita: 04 de noviembre de 2015.
- 12.García G., Rosario.la habana cuba 2000" Nivel de auto cuidado que practican las personas diabéticas".
- 13.Calderón V.Rolando.2000"Observaciones Sobre Diabetes, Mellitus Al Fin Del Milenio" 39(1):6-9.
- 14.Villena JE. Diabetes Mellitus in Peru. Ann Glob Health. 2015; 81(6):765-75. 2.
- 15.Seclen SN, Rosas ME, Arias AJ, Huayta E, Medina CA. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population-based longitudinal study. BMJ Open Diabetes Res Care. 2015; 3(1):e000110.
16. Fisher-Hoch SP, Vatcheva KP, Laing ST, Hossain MM, Rahbar MH, Hanis CL, et al. Missed opportunities for diagnosis and treatment of diabetes, hypertension, and hypercholesterolemia in a Mexican American Population, Cameron County Hispanic Cohort, 2003– 2008. Prev Chronic Dis. 2012; 9:110298.

- 17.** Organización Mundial de la Salud (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014, disponible en línea. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncdstatus-report-2014/en/> Fecha de visita: 04 de Setiembre de 2018.
- 18.** Seclen SN, Rosas ME, Arias AJ, Huayta E, Medina CA (2015). Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population-based longitudinal study, disponible en línea. British Medical Journal Open Diabetes Research and Care, 3(1):e000110. Disponible en: <http://drc.bmj.com/content/3/1/e000110> Fecha de visita: 04 de Setiembre de 2018.
- 19.** Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015). Perú, Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2014. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- 20.** Valdez W, Miranda J (2014). Carga de enfermedad en el Perú - Estimación de los años de vidas saludables perdidos 2012, disponible en línea. Lima: Mirza editores e Impresiones SAC. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=445:plancarga-2014&catid=8&Itemid=145 Fecha de visita: 04 de Setiembre de 2018.
- 21.** Ballena C, Rosa Y Col.´ (Chiclayo1999-) ´Aspectos Clínico Y Factores Socioculturales Relacionados Con La Capacidad De Autocuidado Del Paciente Del Programa De Diabetes Del Policlínico Chiclayo-Oeste De Es Salud, 1999.Tesis Para Optar El Título De Licenciada En Enfermería Unprg.
- 22.** Federación Internacional de Diabetes (2014). Atlas de la Diabetes de la FID, disponible en línea. Bruselas. 6ta. Edición. Disponible

en: http://www.idf.org/sites/default/files/Atlasposter-2014_ES.pdf
Fecha de visita: 04 de Octubre de 2018.

- 23.** Bardales R, Darío. Piura 'Diabetes Mellitus En La Región Grau: Conocimientos Y Prácticas De Los Pacientes No Pertenecientes Al Ippss.1997. Tesis Para Optar El Título De Médico Cirujano.Piura-Per-Unp-1997.
- 24.** Dirección Regional de Salud, Oficina de estadística 2017. Perú: Dirección Regional de Salud; 2017.
- 25.** <http://www.larepublica.pe/17-11-2011/minsa-70-de-personas-con-diabetes-no-se-controla>.
- 26.** Hernández, M y col, Nivel de Información de la Diabetes y Complicaciones Crónicas en Pacientes Controlados en el Hospital I. Lagunillas. Mérida (en línea) disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos30/nivel-informacion-diabetes-complicaciones-cronicas/nivel-informacion-diabetes-complicaciones-cronicas>.
- 27.** Calderón V. Rolando. 2000 "Observaciones Sobre Diabetes, Mellitus Al Fin Del Milenio" 39(1):6-9.
- 28.** Greene, W y Simons, M. (1988) Educación para la Salud. Revista Panamericana de la Salud. O.P.S. Vol. 5 N° 3.
- 29.** Sakraida T. Modelo de promoción de la salud. En: Modelos y teorías en enfermería. 6ta ed. Madrid, Elsevier Mosby; 2007. p. 452-15.
- 30.** Olaz F. La teoría social cognitiva de la autoeficacia. Contribuciones a la explicación del comportamiento vocacional [tesis doctoral]. Argentina; 2001. [Serie en línea]. Disponible en: <http://www.des.emory.edu/mfp/olaz.pdf>

31. Bandura A. Health “promotion from the perspective of social cognitive theory. Health Education & Behavior” 2 [serie en línea]. 2007 Sep [Citado Jul 2016]. Disponible en: http://www.google.com.co/search?hl=es&rlz=1C1CHNG_esCO326C O326.
32. Organización Mundial de la Salud. Diabetes, Organización Mundial de la Salud. (En línea) 2012. (Citado el: 2 de noviembre de 2015.)
33. Farreras, Valentin y Rozman, C. Concepto de Diabetes Meliitus. Medicina Interna. 17ed. España: Elsiwier, 2009, Vol. II, pág.1764.
34. American Diabetes Association (2014). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, disponible en línea. Diabetes Care, 37 (Suppl. 1): S81-S90. Disponible en: http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S81.full Fecha de visita: 02 de Setiembre de 2018.
35. Consenso Nacional de Diabetes Tipo 2 Venezuela 2003 [Citado Junio 2016]; Disponible en: <http://liscuba.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=8>.
36. Arteaga A. Maiz A., Olmos P. y Velasco N. “Manual de Diabetes y Enfermedades Metabólicas. Depto. Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Escuela de Medicina P. Universidad Católica de Chile – 2009”, (Citado en junio del 2016); Disponible en: <http://colombiamédica.univalle.edu.co/Vol34No4/creencias.pdf>.
37. Miranda JJ, Gilman RH, Smeeth L (2011). Differences in cardiovascular risk factors in rural, urban and rural-to-urban migrants in Peru, disponible en línea. Heart, 97(10):787-96. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3183994/pdf/ukmss-35429.pdf> Fecha de visita: 05 de Octubre de 2018.
38. Kivimäki M, Virtanen M, Kawachi I, Nyberg ST, Alfredsson L, Batty GD, et al (2015). Long working hours, socioeconomic status, and the risk of incident type 2 diabetes: a meta-analysis of published

and unpublished data from 222 120 individuals, disponible en línea. The Lancet Diabetes and Endocrinology, 3(1):27-34. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(14\)70178-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(14)70178-0/abstract) Fecha de visita: 04 de noviembre de 2018.

- 39.** Wilmot EG, Edwardson CL, Achana FA, Davies MJ, Gorely T, Gray LJ, et al (2012). Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta-analysis, disponible en línea. Diabetologia, 55(11):2895-905. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00125-012-2677-z> Fecha de visita: 06 de Setiembre del 2018.
- 40.** Bhupathiraju SN, Tobias DK, Malik VS, Pan A, Hruby A, Manson JE, et al (2014). Glycemic index, glycemic load, and risk of type 2 diabetes: results from 3 large US cohorts and an updated meta-analysis, disponible en línea. The American Journal of Clinical Nutrition 100(1):218-232. Disponible en: <http://ajcn.nutrition.org/content/early/2014/04/30/ajcn.113.079533.short> Fecha de visita: 06 de Setiembre de 2018.
- 41.** La Merrill MA, Cirillo PM, Krigbaum NY, Cohn BA (2015). The impact of prenatal parental tobacco smoking on risk of diabetes mellitus in middle-aged women, disponible en línea. Journal of Developmental Origins of Health and Disease, 10:1-8. Disponible en: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=9547995&fileId=S2040174415000045> Fecha de visita: 10 de Setiembre del 2018.
- 42.** Baliunas DO, Taylor BJ, Irving H, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, et al (2009). Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis, disponible en línea. Diabetes Care, 32(11):2123-32. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2768203/pdf/zdc2123.pdf> Fecha de visita: 06 de Setiembre del 2018.

- 43.** Kim JY, Lee DY, Lee YJ, Park KJ, Kim KH, Kim JW, et al (2015). Chronic alcohol consumption potentiates the development of diabetes through pancreatic β -cell dysfunction, disponible en línea. World Journal of Biological Chemistry, 6(1):1-15. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4317634/> Fecha de visita: 06 de marzo de 2015.
- 44.** Valdez R, Yoon PW, Liu T, Khoury MJ (2007). Family history and prevalence of diabetes in the U.S. population: the 6-year results from the National Health and Nutrition Examination Survey (1999-2004), disponible en línea. Diabetes Care, 30(10):2517-22. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/30/10/2517.long> Fecha de visita: 06 de marzo de 2015.
- 45.** World Health Organization - International Diabetes Federation (2006). Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia, disponible en línea. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/diabetes/publications/diagnosis_diabetes2006/en/ Fecha de visita: 17 de marzo de 2015.
- 46.** Tabák AG, Herder C, Rathmann W, Brunner EJ, Kivimäki M (2012). Prediabetes: a high-risk state for diabetes development, disponible en línea. Lancet. 379(9833):2279-90. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2960283-9/abstract> Fecha de visita: 06 de Setiembre de 2018.
- 47.** Yudkin JS, Montori VM (2014). The epidemic of pre-diabetes: the medicine and the politics, disponible en línea. British Medical Journal, 15;349:g4485. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=25028385> Fecha de visita: 16 de Setiembre del 2018.

- 48.** Mata-Cases M, Artola S, Escalada J, Ezkurra-Loyola P, Ferrer-García JC, Fornos JA, et al (2015). Consenso sobre la detección y el manejo de la prediabetes. Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes, disponible en línea. *Endocrinología y Nutrición*, 62(3):e23-e36. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575092214002988> Fecha de visita: 07 de Setiembre del 2018.
- 49.** Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al (2009). Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity, disponible en línea. *Circulation*, 120(16):1640-5. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/120/16/1640.long> Fecha de visita: 06 de marzo de 2015.
- 50.** Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH (2009). The incidence of comorbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis, disponible en línea. *BMC Public Health*, 9:88. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2667420/pdf/1471-2458-9-88.pdf> Fecha de visita: 11 de marzo de 2015.
- 51.** National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel (2001). Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III), disponible en línea. Estados Unidos de Norteamérica. National Institutes of Health. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/atp3xsum.pdf>. Fecha de visita: 04 de noviembre de 2015.

- 52.**Shai I, Jiang R, Manson JE, Stampfer MJ, Willett WC, Colditz GA, et al (2006). Ethnicity, obesity, and risk of type 2 diabetes in women: a 20-year follow-up study. *Diabetes Care*, 29(7):1585-90.
- 53.**Sheehy AM, Flood GE, Tuan WJ, Liou JI, Coursin DB, Smith MA (2010). Analysis of guidelines for screening diabetes mellitus in an ambulatory population. *Mayo Clin Proc*, 85(1):27-35.
- 54.**Asociación Latinoamericana de Diabetes (2013). Guías ALAD sobre el Diagnostico Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. Disponible en línea. Santo Domingo: ALAD. Disponible en: http://issuu.com/alad-diabetes/docs/guias_alad_2013.
- 55.**Naver KV, Secher NJ, Ovesen PG, Gorst-Rasmussen A, Lundbye-Christensen S, Nilas L (2013). Offspring preterm birth and birth size are related to long-term risk of maternal diabetes. *Eur J Epidemiol*, 28(5): 427-32.
- 56.**Moran LJ, Misso ML, Wild RA, Norman RJ (2010). Impaired glucose tolerance, type 2 diabetes and metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*, 16(4):347-63.
- 57.**Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J, Moradi T, Sidorchuk A (2011). Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*, 40(3):804-18.
- 58.**Porta M, Curletto G, Cipullo D, Rigault de la Longrais R, Trento M, Passera P, et al (2014). Estimating the Delay Between Onset and Diagnosis of Type 2 Diabetes From the Time Course of Retinopathy Prevalence, disponible en línea. *Diabetes Care*, 37(6):1668-74. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/37/6/1668.full> Fecha de visita: 13 de marzo de 2015.
- 59.**Masharani U, German MS (2011). Pancreatic hormones and diabetes mellitus. En DG Gardner, D Shoback (eds.). *Greenspan's*

Basic and Clinical Endocrinology, 9th ed., pp. 573–655. McGrawHill. New York.

60. Casellini CM & Vinik AI (2007). Clinical manifestations and current treatment options for diabetic neuropathies, disponible en línea. *Endocrine Practice*, 13(5):550-66. Disponible en: <http://aace.metapress.com/content/p53m48300742h475/?genre=article&id=doi%3a10.4158%2fEP.13.5.550> Fecha de visita: 13 de marzo de 2015.
61. Lozano FS, González-Porras JR, March JR, Lobos JM, Carrasco E, Ros E (2014). Diabetes mellitus and intermittent claudication: a cross-sectional study of 920 claudicants, disponible en línea. *Diabetology and Metabolic Syndrome*, 6(1):21. Disponible en: <http://www.dmsjournal.com/content/6/1/21> Fecha de visita: 13 de marzo de 2015.
62. Nitzan O, Elias M, Chazan B, Saliba W (2015). Urinary tract infections in patients with type 2 diabetes mellitus: review of prevalence, diagnosis, and management, disponible en línea. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*, 26;8:129-36. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25759592> Fecha de visita: 13 de marzo de 2015.
63. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN (2009). Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes, disponible en línea. *Diabetes Care*, 32(7):1335–43. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/32/7/1335.long> Fecha de visita: 13 de marzo de 2015.
64. Siu AL (2015). Screening for Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement, disponible en línea. *Annals of Internal Medicine*, doi: 10.7326/M15-2345 [Epub ahead of print]. Disponible en: <http://annals.org/article.aspx?articleid=2466368> Fecha de visita: 04 de noviembre de 2015.

- 65.**Sacks DB, Arnold M, Bakris GL, Bruns DE, Horvath AR, Kirkman MS, Lernmark A, et al (2011). Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 34(6):e61-99. 43. Nield L, Moore H, Hooper L, Cruickshank K, Vyas A, Whittaker V, et al (2007). Dietary advice for treatment of Type 2 diabetes mellitus in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3: CD004097.
- 66.**Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association (2013). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal Diabetes*, 37 (suppl 1):S1-S212.
- 67.**Evert AB, Boucher J, Cypress M, Dunbar S, Marion F, Mayer-Davis E, et al (2014). Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults with Diabetes. *Diabetes Care*, 37 (Suppl. 1): S120-S143.
- 68.**Nordmann AJ, Nordmann A, Briel M, Keller U, Yancy WS Jr, Brehm BJ, et al (2006). Effects of low-carbohydrate vs low-fat diets on weight loss and cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*, 166(3); 285–93.
- 69.**Alarcón L. La Psicología de la Salud en Colombia. *Rev Universitas Psychologica* [serie en línea]. 2006 Oct [citado 2010 Feb 16]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2191355>.
- 70.**Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado. Ginebra; 2005. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_14.pdf&ei=LdBpSu7iK82ltgeD1bCcCw&sa=X&oi=spell&resnum=0&ct=result&cd=1&q=teoría+de+los+cambios+de+conducta%2B+Ajzen+y+Fishbein&spell.

71. Epidemiología De La Diabetes Mellitus En El Mundo. En: Manual De Diabetes Mellitus. 1ra Ed., Costa Rica, Pfizer 1982:13-28.
72. Urbina Gonzales, Jaime. Historia de la Diabetes 2º ed. Lima – Perú 1998 (6) Peredo Cavaza, Rosa Francisca. Conocimientos que tienen los pacientes con diabetes mellitus acerca de la enfermedad, tratamiento y prevención de complicaciones en el hogar [tesis para optar el título profesional de Lic. en enfermería. 1982.
73. Bardales R, Darío. Piura ‘Diabetes Mellitus En La Región Grau: Conocimientos Y Prácticas De Los Pacientes No Pertenecientes Al Ippss.1997. Tesis Para Optar El Título De Médico Cirujano. Piura-Per-Unp-1997.
74. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/diabetes/presentacion.asp>.
75. Gack Ghelman, L., Souza, Mh Do N., Machado Tinoco Feitosa Rosas, Am. **Brasil**. Titulado Conocimiento De Las Prácticas De Autocuidado En Los Pies De Los Individuos Con Diabetes Mellitus Atendidos En Una Unidad Básica De Salud.
76. Alarcón S. María. (Cuba 1993) Capacidad De Autocuidado Al Paciente Diabético Crónico. Revista Cubana De Enfermería.9 (2); 110. En Internet Htt: //Revista Cubana De Enfermería.Com.
77. Hernández D. Guatemala, julio de 2011 Titulada: “Conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la consulta externa del Hospital Nacional de Amatitlán”.
78. Zavala Motta M. financiamiento y Gestión de la Educación en América Latina y el Caribe, julio 2004.
79. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>

- 80.** Morales J. Junio del 2007 Nicaragua: Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos, Programa dispensarizados en los 6 centro de salud del SILAIS Estelí
- 81.** Aplicación y evaluación de un programa de educación diabetológica ambulatorio “Dr. Daniel Camejo Acosta”. Barquisimeto (en línea) disponible en: <http://www.infomediconline.com/biblioteca/Revistas/medifami/art71art5.asp>.

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTOS

HOSPITAL II-1 LAS MERCEDES - PAITA

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN DIABETES

CUESTIONARIO

Presentación:

Señor(a), muy buenos días, en coordinación con el personal de este hospital estoy realizando una entrevista a todos los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, para conocer el nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes diabéticos – Hospital II-1 Las Mercedes Paita 2018.

La entrevista, durará aproximadamente 20 minutos; son muy sencillas de responder y no significan ningún compromiso para usted, le agradezco anticipadamente su colaboración.

OBJETIVO: Recolectar información para determinar el nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de complicaciones en pacientes diabéticos que acuden a la consulta externa.

INSTRUCCIONES

A continuación se les realizará unas preguntas, las cuales usted responderá según crea conveniente.

DATOS GENERALES

Edad..... Sexo.....

Grado De Instrucción..... Tiempo De Enfermedad.....

1.- Sabe Usted. ¿Qué es la diabetes?

Si () No ()

2.- ¿Considera que la diabetes es una enfermedad grave?

Si () No ().

I.- NIVEL DE CONOCIMIENTO

COMPLICACIONES DIABETICAS

1.- ¿Que órganos puede complicar la diabetes?

a) Riñón, ojos, pies, corazón.

b) Hígado, páncreas, brazo.

c) Vesícula, intestino delgado, brazo.

d) No sabe.

2.- ¿Cuál de las siguientes complicaciones produce un aumento repentino de azúcar en la sangre?

a) Retinopatía diabética

b) Hiperglucemia.

c) Cetoacidosis diabética.

d) No sabe

3.- Los siguientes síntomas como son: transpiración, sensación de fatiga, sueño corresponde a:

a) Hipoglicemia.

b) Nefropatía diabética

c) Coma hiperosmolar.

d) Hiperglucemia

c) No sabe.

4.- Se caracteriza por: hormigueo o ardor en los brazos y las piernas, piel caliente y seca, no referimos a:

a) Hipoglicemia.

b) Nefropatía diabética

c) Coma hiperosmolar.

d) Neuropatía diabética

c) No sabe.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS

5.- Los medicamentos para la diabetes:

a) Deben ser siempre indicados por el médico.

b) Pueden ser reemplazados por otros que indiquen en la farmacia.

c) Pueden ser reemplazados por hierbas y otros productos naturales.

Si su tratamiento es con insulina:

6.- Sabe usted ¿En qué parte del cuerpo se inyecta?

- a. Hombro, glúteos, pecho.
- b. Hombro, muslos, abdomen.
- c. No sabe.

Si su tratamiento es con medicamentos orales:

7- ¿Conoce usted cuales son las dosis del tratamiento oral para la diabetes?

- a. Si
- b. No

CONTROL DE GLICEMIA

8.- ¿Conoce usted la importancia del control de glicemia y el chequeo médico periódicamente?

- a- Si
- b- No

9.- Cuales son los valores normales de glucosa después de las comidas?

- a) Inferior a 180
- b) 70-105
- c) 100-140
- d) no sabe

10.- En que momentos puede variar su glicemia:

- a) Al realizar ejercicios, después de la administración de la insulina.
- b) Después de las comidas.
- c) Todas las anteriores
- c) No sabe.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

11.- Los alimentos ricos en fibra, como el pan integral, verduras crudas, etc., son importantes para el diabético debido a que:

- a) Ayudan a controlar la glucosa
- b) Ayuda a bajar de peso y facilita la digestión.

c) Todas las anteriores

d) No sabe

12.- Los diabéticos no deben consumir azúcar porque:

a) Hace subir de peso.

b) Hace subir la glucosa.

c) Todas las anteriores

d) No sabe.

13.- El diabético debe hacer ejercicio con el fin de:

a) Favorecer la circulación sanguínea de las extremidades inferiores.

b) Mantener la glucosa normal.

c) Todas las anteriores

d) No sabe

CUIDADO DE LOS PIES

14.-El cuidado de los pies es importante porque:

a). Mantiene limpio.

b).Previene la aparición de lesiones.

c) Todas las anteriores.

d). No es importante.

15.- El lavado de los pies debe ser:

a). Una vez a la semana.

b). Diariamente.

c). Cada tres días.

d). Tres veces al día.

16.- Los principales cuidados que el diabético debe tener con sus pies:

- a) Cortar los callos o usar remachas para secarlos.
- b) Colocar vaselina entre los dedos y caminar descalzo.
- c) Cortar las uñas en forma recta y mantenerlos secos.
- d) No sabe.

II NIVEL DE PRÁCTICA.

17.- Pertenece algún programa de diabetes

- a) SI
- b) NO

18.- ¿Cuántas comidas consume al día?

- a) 1 - 2
- b) 3 - 4
- c) 5 - 6
- d) Mas de 6

19.- ¿Si tuviera que endulzar las bebidas que prepara en su hogar que utilizaría?

- a) Azúcar
- b) Edulcorantes.
- c) Panela.
- d) No utilizaría nada.

20.- Con qué frecuencia realizar los ejercicios:

- a. Semanal.
- b. Quincenal.
- c. Diariamente
- d. No realiza

21.- ¿Consume algún tipo de bebida alcohólica?

a. Si b. No

22.- ¿Cuántos cigarrillos consume al día?

a). 2 a 3 b) 1 c) no consume

23.- El tipo de calzado que utiliza es:

- a).Cerrado; ajustado, pero sin oprimir.
- b).Cerrado, ajustado con opresión.
- c) Cerrado y holgado.
- d) Abierto.

24- Tiene el habido de andar descalzo:

a) SI b) NO

25.- Seca sus pies luego del baño:

a) SI b) NO

GRACIAS

ANEXO II

Validación Del Cuestionario: Nivel De Conocimiento Y Práctica Sobre
Prevención De Complicaciones En Pacientes Diabéticos Que Acuden A La
Consulta Externa Del Hospital II Santa Rosa Piura Diciembre 2012

Pregunta	Rango
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	

RANGO	SIGNIFICADO
1	Descriptor no adecuado y debe ser eliminado
2	Descriptor adecuado pero debe ser modificado
3	Descriptor adecuado

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO QUE MIDE EL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA SOBRE PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES DIABÉTICOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL II SANTA ROSA PIURA DICIEMBRE 2012

(USANDO COEFICIENTE DE PROPORCIÓN DE RANGO)

Nº de Ítem	JUECES			Suma	Máximo Puntaje	3		
	1	2	3	Suma ri	Promedio(Pr i)	CPr i	Pe	CPR i c
1	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
2	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
3	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
4	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
5	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
6	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
7	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
8	2	2	3	7	2.33	0.7778	0.0370	0.7407
9	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
10	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
11	3	3	2	8	2.67	0.8889	0.0370	0.8519
12	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
13	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
14	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
15	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
16	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
17	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
18	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
19	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
20	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
21	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
22	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
23	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
24	3	3	3	9	3.00	1.0000	0.0370	0.9630
					Sumatoria CPRic	23.6667	0.8889	22.7778
					CPR	0.9861	0.0370	0.9491
							CPRic	0.9491

Interpretación del coeficiente de proporción de rangos

Corregido - CPRc

Menor de 0,40: validez y concordancia baja.

Mayor de 0,40 y menor que 0,60: validez y concordancia moderada.

Mayor de 0,60 y menor que 0,80: validez y concordancia alta.

Mayor que 0,80: validez y concordancia muy alta.

El coeficiente de proporción de rangos de 0.9491, se encuentra en la categoría de validez y concordancia muy alta, lo cual es un indicativo que el instrumento cumple con el criterio de validez, es decir mide lo que pretende medir. No obstante, para la aplicación definitiva del instrumento, se ha tomado en cuenta las sugerencias de los encargados de validar el instrumento, luego de las cuales, el cuestionario está listo para aplicarse a la muestra sujeta de investigación.

ANEXO IV

CONFIABILIDAD

Para evaluar la confiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach, que evalúa la consistencia y coherencia interna del cuestionario. Los resultados se muestran a continuación:

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,609	21 (Excluyendo las preguntas 8, 18 y 22

El valor encontrado, 0.609, cae dentro del rango de confiabilidad aceptable, lo que unido a la validez del instrumento, permite su aplicación para cumplir con los objetivos de la investigación.

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTO
“DIÁLOGO Y RECONCILIACIÓN NACIONAL”**

**SOLICITO: AUTORIZACIÓN
PARA EJECUTAR TRABAJO
DE INVESTIGACIÓN**

Dr: Arturo Adanaqué

Director Del Hospital II-1 “Las Mercedes” Paita

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle y al mismo tiempo solicitarle su apoyo y autorización para la realización de un trabajo de investigación a cargo de la Lic. Enfermería Mary Claudia Cerda Neira y Maribel Yactayo Gonzales, Titulado: Nivel de conocimiento y práctica sobre prevención de Complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo II del programa daños no transmisibles del Hospital II-1 Las Mercedes-Paita. Piura 2018.

Segura de contar con su colaboración quedo de usted agradecida.

Piura, ____de _____ del 2018

Atentamente

Cerda Neira Mary Claudia



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad Nacional Del Callao
Facultad De Ciencias de la Salud
Escuela Profesional De Enfermería
Hospital II-1 Las Mercedes-Paita

Nivel De Conocimiento Y Práctica Sobre Prevención De Complicaciones
En Pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del Programa Daños no
Transmisibles Del Hospital II-1 Las Mercedes-Paita. Piura 2018

Yo _____, identificado(a) con DNI
Nº _____, deseo participar en el estudio: Nivel De Conocimiento Y
Práctica Sobre Prevención De Complicaciones En Pacientes con
Diabetes Mellitus tipo II del Programa Daños no Transmisibles Del
Hospital II-1 Las Mercedes-Paita. Piura 2018

He sido informado(a) del propósito del estudio, y conociendo su
importancia de el para mi enfermedad.

Es por eso que teniendo la capacidad de tomar la decisión de participar
en este estudio, comprometiéndome a brindar la información que sea
necesaria. Además tuve la oportunidad de realizar preguntas y todas ellas
fueron respondidas.

Es por esta razón que yo autorizo a que la información que brinde sea
utilizada en este estudio.

Firma del paciente: _____

DNI: _____

Firma del investigador: _____

DNI: _____

Firma del acompañante: _____

DNI: _____