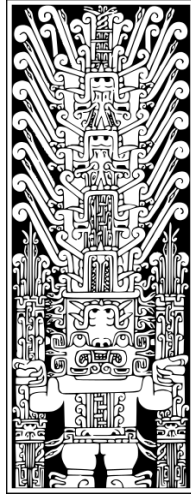


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “HIPÓLITO UNANUE”

GRADOS Y TÍTULOS



***PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO II HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LA
POLICÍA EN EL 2017***

*PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH TYPE II DIABETES MELLITUS HOSPITALIZED IN
THE CENTRAL HOSPITAL OF THE POLICE IN 2017*

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MEDICO CIRUJANO

Autor:

PAUCAR CHUQUILIN, LUDWIG WILHELM

LIMA – PERÚ

2018

INDICE

○ RESUMEN.....	3
○ ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
MÉTODO.....	29
1. Tipo de estudio y diseño de investigación.....	29
2. Población de estudio.....	29
3. Muestra.....	29
8. Procesamiento de los datos.....	34
RESULTADOS.....	35
DISCUSIÓN.....	45
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
1. Conclusiones.....	47
2. Recomendaciones.....	48
Referencias Bibliográficas.....	49
ANEXOS.....	53

○ RESUMEN

Objetivos: Determinar la percepción de calidad de vida que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo II hospitalizados en el Hospital Central De La Policía en el 2017.

Metodología: Estudio estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo. Población compuesta por pacientes diabéticos hospitalizados durante julio a diciembre del

2017**Recolección y procesamiento de datos:** Haciendo uso de la Versión en español del DQOLse recolecta la información de los pacientes hospitalizados previa firma de consentimiento informado para luego ser procesados en base de datos del programa

Excel. **Resultados:** la población tuvo edad media 54,6 años, varones 57,4%, casados 56,2%, con uso de antidiabéticos orales 62,2%. El 22% tuvo una percepción favorable de la calidad de vida y el 18% una percepción desfavorable.

Conclusiones y recomendaciones: Realizar estudios posteriores para determinar factores de riesgo que influyeran negativamente en la percepción de la calidad de vida.

Palabras clave: diabetes mellitus, calidad de vida, percepción

○ ABSTRACT

Objectives: To determine the perception of quality of life of patients with type II diabetes mellitus hospitalized in the Central Police Hospital in 2017. **Methodology:** Quantitative, descriptive, prospective study. Population composed of diabetic patients hospitalized during July to December 2017 **Data collection and processing:** Making use of the Spanish version of the DQOL, the information of the hospitalized patients is collected prior to signing informed consent and then processed in Excel data base. **Results:** the population had an average age of 54.6 years, males 57.4%, married 56.2%, with oral antidiabetic use 62.2%. 22% had a favorable perception of the quality of life and 18% had an unfavorable perception. **Conclusions and recommendations:** Carry out further studies to determine risk factors that negatively influence the perception of quality of life.

Key words: mellitus diabetes, quality of life, perception

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es un Desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. (Ojeda González & Dávila Cabo de Villa, 2012)

(SEMERGEN, 2015)

Existen múltiples procesos fisiopatogénicos involucrados en su aparición que varían desde la destrucción autoinmunitaria de las células β del páncreas hasta alteraciones que conducen a la resistencia a la acción de la insulina.

(Torres Céller& Torres Costales, 2017)

Historia de la diabetes

La primera referencia sobre la diabetes la tenemos en el papiro de Ebers en el que se documentaban conocimientos médicos del antiguo Egipto; se hablaba de enfermos que adelgazaban tenían mucha hambre y sed constante y que orinan mucho. Como médicos aconsejaban un cocimiento de cuatro días con huesos, cerveza, trigo de hojas de menta y sangre de hipopótamo.

Pablo de Aegina refinó aún más el diagnóstico de “dypsacus” (diabetes), asociándola a un estado de debilidad de los riñones; exceso de micción, que conducía a la deshidratación.

Galeno pensaba que la diabetes era una enfermedad muy rara. Utilizando, para su definición, términos alternativos como: ‘diarrea urinosa’ y ‘dypsacus’, este último sirve para enfatizar la extrema sed asociada a la enfermedad.

En el siglo II después de Cristo, el médico Aretaeus de Cappadocia, quien también describió el tétanos, utilizó la palabra ‘diabetes’ con el mismo significado: “fluir a través de”, debido al exceso de orina ocasionado por esta entidad; además, realizó una descripción clínica de la enfermedad con sus características que son instantáneamente reconocibles hoy en día

La descripción detallada de la diabetes, incluyendo el hecho de que en los pacientes poliúricos la orina tenía sabor dulce como la miel, por lo que esta atraía a hormigas y otros insectos, se encuentra ya en la obra del célebre médico indio Súsruta, considerado el padre de la medicina hindú.

La medicina india ya distinguía dos formas de diabetes: una que se da en jóvenes delgados y que no sobreviven mucho tiempo; y otra, en personas mayores y obesas. Estas, claramente corresponden a la diabetes tipo 1 y tipo 2, respectivamente; clasificación que se mantiene hasta nuestros días. En esa misma época, los médicos chinos también conocían la diabetes, y el hecho de que la orina de estos pacientes atraía a las hormigas. Para su tratamiento recomendaban evitar el vino y los cereales.

(Carranza Bucio, 2007)

Mathew Dobson realizó estudios clínicos en grupos de pacientes diabéticos y concluyó que éstos tenían azúcar en la sangre y en la orina. Dobson pensó que el azúcar se formaba en la sangre por algún defecto de la digestión, de forma que los riñones se limitan a eliminar el exceso. Por esos mismos años, John Rollo publicó observaciones sobre dos casos de diabéticos y describió el olor a acetona de la orina. En las últimas décadas del siglo XVIII y primeras del XIX, justamente en la época en que Juan Manuel González Urueña hace su descripción, Thomas Cawley llegó a la conclusión de que la Diabetes Mellitus tenía un origen en el páncreas, con este concepto deja abierto el camino a Claude Bernard, Oskar Minkowski y Josef von Mering. (p.66)

(Conget, 2002)

La DM se puede clasificar en cuatro categorías clínicas:

- DM tipo 1 (DM1), que a su vez se divide en:
 - Autoinmune (DM1A).
 - Idiopática (DM1B).
- DM tipo 2 (DM2).
- Otros tipos específicos de DM. Se incluyen aquí, entre otras, las debidas a enfermedades del páncreas, genéticas o por exposición a fármacos.
- DM gestacional. Se inicia o se reconoce durante el embarazo.

Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes

Regla Carolino et al. (2008)

El envejecimiento poblacional y las alteraciones del estilo de vida son apuntados como los principales determinantes del acentuado incremento de la frecuencia de la DM2, en los últimos años. Evidencias sobre las alteraciones en el estilo de vida, como alimentación no saludable y la falta de actividades físicas regulares, asociadas al aumento de la expectativa de vida han sido apuntados como responsables por la presencia creciente de la DM2. Un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud apunta de forma convincente la asociación entre: aumento de peso, obesidad abdominal, sedentarismo y el desarrollo de la DM2, resaltando que el consumo alimentario habitual constituye uno de los principales factores relacionados al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles y podrían ser modificados. Además una revisión sistemática de la literatura apuntó que, a pesar de que la influencia de la carga genética en el desarrollo de la enfermedad está comprobado, la prevención o retardo en el desarrollo de la DM2, entre los individuos portadores de factores de riesgo, posee un impacto relevante en la calidad de vida de la población, con la consecuente reducción de los costos de la salud pública causados por las complicaciones provenientes de la evolución de la enfermedad

Diabetes gestacional

Medina Pérez et al. (2017)

El riesgo de desarrollar DM 2 es mayor en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional. Entre los factores de riesgo asociados con la evolución de la diabetes mellitus gestacional están: sobrepeso, multiparidad, antecedente de óbito, producto con malformaciones genéticas, antecedente de intolerancia a la glucosa, ganancia de peso materno mayor de 20 kg en el embarazo actual, antecedentes de afecciones obstétricas graves, obesidad, grupo étnico o raza, edad materna, antecedente de diabetes mellitus (línea directa), glucosuria, glucemia al azar >120 mg/dL, macrosomía previa, polihidramnios previo, diabetes gestacional y abortos previos.

Obesidad

Almanza Pérez et al.(2008)

El aumento en el peso corporal, resultante de los factores genéticos, ambientales y nutricionales, tiene un papel muy importante en el desarrollo de diversas alteraciones metabólicas. En 1994 se describió al gen de la obesidad (ob) que codifica para la proteína leptina, molécula importante en la regulación del peso corporal. La ganancia en el peso normalmente correlaciona con un incremento de la proteína leptina, generándose a largo plazo un estado de resistencia a la misma. Además de esta relación con la obesidad, la leptina también se ha asociado con la diabetes mellitus tipo 2 y con la resistencia a la insulina, característica principal de esta patología. La leptina también se ha relacionado con otras enfermedades tales como cáncer, trastornos psicológicos y sexuales, entre otros. (p. 535)

Actividad física

La baja actividad física está relacionada al desarrollo de cambios metabólicos en el ser humano como son la diabetes mellitus tipo 2 y las dislipidemias.

Márquez et al. (2012)

Los niveles bajos de actividad física están contribuyendo con la epidemia de obesidad y DMT2 en mujeres en edad fértil, tanto que varios estudios reportan que menos del 5% de ellas cumplen las recomendaciones mínimas de salud pública. La mayoría de las mujeres siguen el sedentarismo o suspende el ejercicio cuando se dan cuenta del embarazo, lo cual predispone al desarrollo de ciertas patologías como hipertensión arterial, preeclampsia, disnea, obesidad materna e infantil y diabetes mellitus gestacional (DMG). En vista de la epidemia global de sedentarismo y enfermedades relacionadas con la obesidad, la actividad física prenatal ha sido útil para la prevención y tratamiento de esas condiciones. (p. 402)

Dieta y alcohol

(Torres Céleri & Torres Costales, 2017)

Patogénesis Y Homeostasis De La Glucosa

La diabetes es el resultado de una alteración de la glucosa que se producen en individuos con predisposición genética, y factores ambientales en cuanto a la fisiopatología actualmente existen teorías que señalan que la hiperglicemia es resultado de alteraciones en los factores reguladores de glicemia por la insulina y

glucagón, disfunción del adipocito y células β de páncreas, alteración de la sensibilidad y respuesta a la hiperglicemia por el sistema nervioso central.

¿De qué depende la Homeostasis de la glucosa?

- Secreción de insulina
- Consumo de glucosa en músculo y tejido adiposo que son insulinosensibles
- Conversión de glucosa a glucógeno y su almacenamiento en hígado a miocitos
- Control de la producción hepática de glucosa en glucogenólisis y gluconeogénesis
-

Diagnóstico

Los criterios de laboratorio para el diagnóstico de diabetes mellitus incluyen: Hemoglobina glucosilada fracción A1c (HbA1c) ≥ 6.5 %, glucosa en ayunas ≥ 126 mg/dL, glucosa en plasma a las dos horas ≥ 200 mg/dL posterior a una prueba de tolerancia oral e hiperglucemia ≥ 200 mg/dL (Gil Velázquez et al., 2013)

Objetivos glucémicos

Seguí Díaz et al. (2017)

La monitorización continua de la glucosa es una herramienta complementaria en aquellos pacientes sin conciencia de hiperglicemia. Se debe llevar a cabo la determinación de la hemoglobina glicosilada un mínimo de 2 veces durante el año en pacientes con un control adecuado de la glucosa y o cada 4 veces al año en aquellos que se hagan cambios en su tratamiento o no cumplan objetivos. En personas adultas no gestantes el objetivo metabólico razonable se encuentra por debajo del 7 % de HbA1c. Será más estricto (inferior al 6,5 %) en personas específicas sin riesgo de hipoglucemia y con una diabetes mellitus reciente, en tratamiento con modificación de los estilos de vida o metformina y sin riesgo cardiovascular (RCV). (p.26)

(Seguí Díaz, Ruiz Quintero, Orozco Beltran, Barrot de la Puente, & García Soidán, 2017)

Los objetivos glucémicos preprandiales se mantienen en 80-130 mg/dl (4,4-7,2 mmol/l) y los posprandiales deben ser inferiores a 180 mg/dl (10,0 mmol/l). En los individuos con riesgo de hipoglucemia se debe interrogar activamente sobre esta posibilidad en cada contacto clínico. (p.26)

Se introduce la definición de hipoglucemia grave o clínicamente significativa cuando la glucemia sea inferior a 54 mg/dl (3,0 mmol/l), al tiempo que se deben

tomar en consideración valores de alerta cuando son ≤ 70 mg/dl (3,9 mmol/l).

Complicaciones de la Diabetes Mellitus

- **Hipoglicemia**

(Aguilar Sánchez & Maldonado Gonzales, 2016)

Es el descenso anormal de los niveles de glucosa en la sangre. Las situaciones que conducen a Hipoglicemia son: exceso de inyección de insulina o toma de excesiva medicación antidiabética, no ingerir suficiente comida o realizar actividad física desmesurada sin haber comido. Los síntomas adrenérgicos comprenden temblor, sudoración, palpitaciones, ansiedad y hambre. Este cuadro clínico a menudo puede presentarse a causa de un error en la dosis del tratamiento para la diabetes, ya sea los fármacos orales o la insulina inyectable; también se puede dar por inadecuada ingesta de alimentos, ingesta de alcohol sin alimentos o el aumento de la actividad física

- **Hiperglicemia**

Llamado también coma hiperosmolar no cetósico. Es casi exclusivo del diabético no insulino dependiente anciano, desencadenándose generalmente por infecciones agudas, accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio u otras situaciones similares. Su mortalidad es muy elevada.

- **Cetoacidosis**

(Seguí Díaz, Ruiz Quintero, Orozco Beltran, Barrot de la Puente, & García Soidán, 2017)

Diabética Algunos estudios han publicado una incidencia de cerca del 25% en individuos mayores de 60 años. su mortalidad es elevada en el adulto mayor diabético.

Es una complicación que aparece cuando el organismo no puede disponer de la glucosa como fuente de energía y debe utilizar como alternativa el tejido graso. De esta forma, se producen cuerpos cetónicos que se van acumulando en la sangre hasta hacer que esta sea más ácida que el resto de tejido del organismo. Esta lesiona células y puede llegar a causar infarto de corazón o una insuficiencia renal.

El paciente diabético por el hecho de serlo, independientemente de su edad, presenta una tendencia al desarrollo de complicaciones vasculares (micro y macroangiopáticas) y neurológicas.

Hipertensión arterial

Hay una relación estrecha entre Diabetes Mellitus tipo II e hipertensión arterial, debido principalmente a la hiperinsulinemia que tan frecuentemente aparece en aquella. Se asocia a la morbimortalidad por cardiopatía isquémica o por patología cerebrovascular, lo que obligará a un control estrecho de la misma y se

recomendarán valores tensionales por debajo de 150/90 mmHg en la población geriátrica.

- **Cardiopatía isquémica**

Estos pacientes multiplican aproximadamente por dos el riesgo de infarto de miocardio cuando se compara con pacientes no diabéticos de la misma edad. Cuando el paciente diabético presenta una angina la sintomatología dominante es la disnea, las posibilidades de morbimortalidad se multiplican por tres.

Enfermedad cerebrovascular

Es la segunda causa de muerte tras la enfermedad coronaria en pacientes con DM2, con un riesgo de presentarla de dos a cuatro veces más alto que en la población general. Aproximadamente el 13% de los pacientes con DM2 mayores de 60 años han tenido ictus.

- **Nefropatía diabética**

Es un trastorno del riñón que aparece como una complicación de la Diabetes Mellitus y que se caracteriza por proteinuria (presencia de proteínas en la orina) y una disminución progresiva de la función renal.

La lesión renal causada por la diabetes suele consistir en el engrosamiento y el endurecimiento (esclerosis) de las estructuras internas del riñón, particularmente el glomérulo. En los glomérulos se filtra la sangre y se forma la orina. A medida que progresa la nefropatía diabética aumenta el número de glomérulos destruidos; el trastorno progresa hasta aparecer la enfermedad renal terminal que se desarrolla entre los 2 y los 6 años posteriores a la aparición de la insuficiencia renal crónica o de una hipertensión grave.

- **Neuropatía Diabética**

Es una complicación tardía de la diabetes Mellitus que afecta el tejido nervioso. La lesión de los nervios se debe a una disminución del flujo de sangre y otros niveles elevados de azúcar en el torrente sanguíneo. Al principio se siente un hormigueo y un dolor intermitente en las extremidades, sobre todo en los pies. En fases más avanzadas, el dolor es más intenso y constante. Finalmente se desarrolla una neuropatía indolora, lo cual aumenta el riesgo de sufrir una lesión grave del tejido, pues la persona no siente que se está lastimando.

- **Retinopatía Diabética**

Con el tiempo la diabetes va lesionando progresivamente la retina y puede causar finalmente ceguera. La incidencia y gravedad de la lesión de la retina o retinopatía aumentan con la duración de la diabetes y con un mal control de la enfermedad. Casi

todas las personas con una historia de diabetes de más de 30 años presentarán signos de retinopatía diabética.

Tratamiento

El tratamiento no farmacológico y en particular la reducción de peso en el obeso, sigue siendo el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de la persona con DM2, incluyendo la hiperglucemia, la resistencia a la insulina, la hipertrigliceridemia y la hipertensión arterial. Se pueden lograr cambios significativos con una reducción de un 5 a 10% del peso (evidencia nivel 1) y por consiguiente éste debe ser siempre uno de los primeros objetivos del manejo de la diabetes en el paciente con sobrepeso (recomendación A).

El tratamiento no farmacológico comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables.

1. Plan de alimentación

1.1. Características generales

El plan de alimentación es el pilar fundamental del tratamiento de la diabetes. No es posible controlar los signos, síntomas y consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación. En líneas generales éste debe tener las siguientes características: • Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente. Cada individuo debe recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica (embarazo, etcétera), actividad

física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen (recomendación D).

- Debe ser fraccionado. Los alimentos se distribuirán en cinco a seis porciones diarias de la siguiente forma: desayuno, colación o merienda, almuerzo, colación o merienda, comida o cena y colación nocturna (ésta última para pacientes que se aplican insulina en la noche). Con el fraccionamiento mejora la adherencia a la dieta, se reducen los picos glucémicos postprandiales, y resulta especialmente útil en los pacientes en insulino terapia (recomendación D).

- La sal deberá consumirse en cantidad moderada (seis a ocho gramos) y sólo restringirse cuando existan enfermedades concomitantes (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal) (recomendación D).

- Los jugos tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los requerimientos nutricionales diarios. Se debe preferir el agua pura y no usar bebidas energéticas puesto que contienen grandes cantidades de azúcar.

Ejercicio físico

(Hernández Rodríguez & Licea Puig, 2010)

Se recomiendan los ejercicios aerobios en la diabetes mellitus, aunque actualmente el uso de ejercicios de resistencia con pequeñas cargas no está contraindicado en los diabéticos no complicados. Su práctica sistemática trae múltiples beneficios al paciente con diabetes mellitus, entre los que se destaca la mejoría del control

metabólico, así como el retraso en la aparición de enfermedades cardiovasculares y

la mejoría en el bienestar y la calidad de vida de aquellos que lo practican, entre otros. Además, en los no diabéticos puede ayudar a prevenir la enfermedad. El realizar ejercicio no está exento de riesgos, en particular en aquellos con complicaciones. La hipoglucemia es la complicación observada con mayor frecuencia, situación que puede ser prevenida ajustando el régimen terapéutico (dieta y fármacos). Está contraindicada la actividad física en diabéticos descompensados, porque empeora el estado metabólico. La práctica de deportes extremos de alta peligrosidad no es recomendada en los pacientes con diabetes mellitus. (p. 182)

3. Hábitos saludables

Es indispensable que toda persona con diabetes evite o suprima el hábito de fumar. El riesgo de desarrollar complicaciones macrovasculares aumenta significativamente y es aun superior al de la hiperglucemia.

Medicamentos

- **Biguanidas.** La actividad clínica principal de la metformina es reducir la resistencia hepática a la insulina, y por consiguiente, la gluconeogénesis y la producción de glucosa. Más inconsistentemente se ha demostrado que mejora la sensibilidad a la insulina en tejidos periféricos. La metformina no incrementa la secreción de insulina, ni produce hipoglucemia. Se informa que disminuye levemente la absorción intestinal de glucosa, y que puede favorecer la pérdida de peso (Hernández Yero et al., 2011).

- Sulfonilureas. representan más de la mitad de todos los fármacos orales prescritos para diabetes, haciendo de ellos una causa prevalente de hipoglucemia. Las sulfonilureas de primera generación, como la clorpropamida y tolbutamida son usadas cada vez con menos frecuencia, debido a que dependen casi totalmente de la eliminación renal y/o por su vida media elevada. Las sulfonilureas de segunda generación son eliminadas por varias rutas, aunque típicamente tienen vidas medias que se aproximan a las 24 horas o más en caso de sobredosis. Los agentes de segunda generación (glibenclamida, glipizida y glicazida) están asociados con episodios frecuentes de hipoglucemia, cuyo comienzo puede ser temprano o tardío (. 12 a 16 horas después de la sobredosis). Ciertas sulfonilureas están actualmente disponibles en formulaciones de liberación sostenida que resultan en cinéticas de efecto clínico y sobredosis aún más impredecibles. (Escorcia, 2009)
- Meglitinidas. La repaglinida se absorbe en el intestino y se metaboliza en el hígado rápidamente, por lo que resulta efectiva para prevenir la hiperglicemia postprandial. La dosis inicial es de 0.5 mg tid 15 minutos antes de cada comida y su dosis máxima es de 4 mg tid, por lo que la dosis diaria máxima es de 16 mg. El efecto adverso más frecuente de la repaglinida es la hipoglicemia , aunque su incidencia es menor que con las sulfonilureas. Es metabolizada por la isoenzima citocromo P450 3A4, por lo que puede interactuar con otros fármacos a través de esta vía .Inhibidores de α -glucosidasa. Como la acarbosa.

Reducen el índice de digestión de los polisacáridos en el intestino delgado proximal, disminuyendo principalmente los niveles de glucosa posprandial.(Chong & Herrera Novey, s.f)

- Además se puede usar como tratamiento a la insulina.

CALIDAD DE VIDA

(Urzúa & Caqueo Urizar, 2012)

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras. (p. 62)

(Urzúa, Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales, 2010)

Evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas, porque debe limitarse a la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad, porque caracterizan la experiencia del paciente resultado de los cuidados médicos⁸ o para establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria, es decir, es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes. (p. 358)

A medida que las enfermedades crónicas han aumentado su prevalencia de forma lenta pero progresiva, ha aumentado el interés por la calidad de vida del enfermo y por los múltiples factores biopsicosociales que inciden en ella. “La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surge de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida

La prevalencia de pacientes con diabetes mellitus sigue en incremento y por ello se han realizado diversas investigaciones no solo en lo que respecta a su tratamiento sino también en lo que se refiere a su estado emocional. Es así que podemos citar algunas investigaciones como:

De los Rios Castillo et al. (2004)

Los sujetos que participaron fueron 100 pacientes que acudían a la consulta externa de la Clínica-Hospital “Dr. Francisco Padrón Poyou” del IMSS, en San Luis Potosí, diagnosticados con DM2 por sus médicos tratantes. El deterioro de la calidad de vida se midió con la escala de calidad de vida relacionada con la salud (ESCAVIRS), en su versión validada y estandarizada al español. La variable dependiente fue la evaluación del índice de deterioro de la calidad de vida estimado a través de ESCAVIRS. Las variables independientes comprendieron el tiempo de evolución de la condición cronicodegenerativa de la DM2 de los pacientes seleccionados, así como algunos aspectos sociodemográficos. Los resultados revelaron que 43 % de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida en las áreas evaluadas. Sobresalen las áreas de interacción con el equipo de

salud, la disfunción sexual, los aspectos emocionales y físicos. Tienen más riesgo para deterioro aquellos pacientes con más de cinco años de evolución de la DM2, nivel educativo bajo y edad mayor de 50 años. Se concluye que el grado de deterioro de la calidad de vida en este tipo de pacientes es progresivo y está asociada a la evolución degenerativa de la enfermedad. (p. 109)

Azañedo et al. (2017)

Se incluyó a 60 participantes, 53,3% (32/60) fueron de sexo femenino y la media de edad fue $63,1 \pm 13,2$ años. Se encontró pobre control metabólico en 85% (51/60) de los participantes; presión arterial controlada en 71,2% (42/60), LDL-c controlado en 10% (6/60) y HbA1c controlado en 48,3% (29/60) de los participantes respectivamente. Complicaciones crónicas como retinopatía se autorreportó en el 3,3% (2/60) participantes, neuropatía en 10% (6/60), nefropatía en 1,7% (1/60), presión arterial alta en 30% (18/60) y enfermedad cerebro vascular en 5% (3/60) de los participantes. Conclusión: La prevalencia de control metabólico no controlado es elevada, a pesar del contexto de atención en una clínica privada. Regulación y medidas para mejorar el control en centros privados es necesario. (p. 106)

(Perales, 2016)

Este estudio de tipo descriptivo tuvo como muestra a 132 pacientes a los cuales se les aplicó una encuesta compuesta de 39 preguntas. Se encontró que el 55.3% fueron hombres, la mediana de la edad fue de 55.06 años, con una desviación estándar de 13.3. De los participantes, 110 presentaron una baja calidad de vida global, donde el

54.54% son del sexo masculino, de acuerdo a los factores estudiados, se observa que la edad, el sexo y la glicemia del paciente tienen una asociación estadísticamente significativa con respecto al bajo nivel de calidad de vida, donde el factor glicemia, se asocia con los 5 dominios de la encuesta planteada.

(Uribe Uribe, 2015)

En la investigación se conformo una población de 56 pacientes a los cuales se les tomo el cuestionario Diabetes-39, en el que se evaluo durante un periodo de 6 meses la calidad de vida de vida y se consideran las siguientes dimensiones energía-movimiento, control de la diabetes, ansiedad-preocupación, carga social y funcionamiento sexual. Los resultados encontrados fueron que las dimensiones afectadas en la población masculina fue la de energía-movilidad (73,3%), ansiedad-preocupación (75%) y funcionamiento sexual (77,7); mientras que para la femenina, fue la de control de la diabetes (73,6) y carga social (66,7). Se llegó a la conclusión que la calidad de vida de los pacientes evaluados en el servicio de Medicina, según el cuestionario Diabetes-39 es de 70,94 valor elevado que demuestra afectación, según el estándar establecido para este instrumento.

(Chávez Zegarra, 2013)

Se encontró que la mayoría de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 presenta un nivel de calidad de vida de regular (35.2%) a malo (30.28%), presenta apoyo familiar de bueno (35.9%) a excelente (22.5%) y, por último, el nivel de calidad de vida según el nivel de apoyo familiar es bueno (51.3%), por lo que se determina que el apoyo familiar influye positivamente en la calidad de vida del paciente con DM

tipo 2. Conclusión: Existe relación entre la calidad de vida y el apoyo familiar,

excepto en la dimensión actividad física y transmisión de la salud que no tienen relación con el apoyo familiar en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. (Bulnes Bedón, 2011).

(Chávez Zegarra, 2013)

Encontró que gran parte de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 tiene una calidad de vida regular y en 30,2% es mala; además un buen apoyo familiar solo se aprecia en 35,9% y 22,5% es excelente. El nivel de calidad de vida según el nivel de apoyo familiar es bueno (51.3%), debido a esto se aprecia que el apoyo familiar causa una influencia positiva en la calidad de vida de un paciente diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2. Se concluye que hay una relación entre la calidad de vida y el apoyo familiar con una excepción que es la dimensión de las actividades físicas y transmisión de la salud en la que no se evidenció esta influencia.

(Molina García, 2008)

En la investigación se encontró que el 68,9% de los encuestados tuvo una adherencia regular al tratamiento y el 79,5% tuvo calidad de vida en grado regular comprobándose una relación significativa entre estas dos variables. La investigación fue realizada en pacientes que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”; y se concluye Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, presentaron una regular adherencia al tratamiento, una regular calidad de vida y se obtuvo una relación significativa entre adherencia al tratamiento y calidad de vida.

Maradiaga et al. (2016)

Realizaron un estudio de tipo cuantitativo con un total de 350 participantes, para ello hicieron uso del EsDQOL y se procesó los datos con IBM SPSS statistics versión 23,0. Los resultados que se obtuvieron fueron hubo una consistencia interna. Con una escala tipo Likert se calificó obteniéndose una relación inversa entre la calidad de vida y la puntuación obtenida así que se obtuvo un puntaje promedio de $1,81 \pm 0,39$ y a nivel satisfacción se obtuvo $1,75 \pm 0,56$, en impacto $1,94 \pm 0,49$. De los resultados se concluye que existe una buena consistencia de la versión modificada del EsDQOL para medir calidad de vida en pacientes de Honduras así, como puntuaciones que muestran a grandes rasgos la percepción de la calidad de vida.

Cárdenas Villarreal et al. ()

Es una investigación descriptivo en el que se trabajó 137 pacientes diabéticos tipo 2 evaluados en un primer nivel de atención, se usó el instrumento calidad de vida (DQOL), que encontró una media de 64, siendo la subescala más perturbada satisfacción con la terapia y la menos afectada fue impacto de la diabetes. Presentaron mayor calidad de vida las personas varones, con nivel de estudios, que hacen dieta y ejercicio como tratamiento médico y niveles normales de HbA1c. (Cárdenas Villarreal et al., 2005).

Peña Pérez et al. (2009)

Realizaron un estudio sobre “autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica De Medicina Familiar Oriente De Issste. México (2009)”, con el objetivo de conocer la percepción de la calidad de vida del adulto mayor,

considerando diferentes aspectos para establecer una conducta que permita realizar acciones preventivas realistas y acordes con sus expectativas. El método utilizado fue descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 150 pacientes adscritos a la clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE, con promedio de edad de 72 años. El recojo de datos se realizó mediante la encuesta, utilizando como instrumento el Cuestionario Breve de la Calidad de Vida. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS, además del análisis univariado para las variables del estudio, con cálculo de los intervalos de confianza de 95%. Se concluyó: El 18.7% mencionó sentirse nada satisfecho con su salud, 20% reportó insatisfacción en la relación con sus hijos y 24.7% consideró valerse por sí mismo para realizar actividades de manera regular. La percepción de calidad de vida se relaciona de manera directa con las relaciones interpersonales. La población encuestada no busca atención médica, aunque tiene alguna enfermedad, lo que refleja su calidad de vida.

Como ya se ha mencionado existe una alta prevalencia de pacientes con diabetes mellitus que ven afectado su estilo de vida a causa de la enfermedad lo cual puede afectar su estado emocional y ocasionar problemas de salud no solo físicos sino también psiquiátricos por ello la diabetes mellitus se ha convertido en un problema de salud pública mundial, además de ser un problema crónico que no solo conlleva gastos económicos sino que también implica alteraciones emocionales para quienes lo padecen puesto que ven alterados sus hábitos y actividades que realizaban antes de ser diagnosticados con diabetes mellitus. Todo lo mencionado impacta en la forma que percibe el paciente su calidad de vida y por ello puede ver afectado su desenvolvimiento social.

El deber de todo profesional de la salud es no solo conservar dicha salud sino que también implica lograr que el paciente pueda disfrutar de su vida y su salud por lo tanto se debe preocupar no solo del aspecto físico sino también del emocional.

Debido a la alta prevalencia de pacientes diabéticos y a que en la mayoría de ellos no se consideran los aspectos psicológicos y emocionales, este trabajo resulta importante porque nos brindara información de cómo perciben los pacientes su calidad de vida y a su vez ayudara a poder mejorar los aspectos que se vean mas afectados al obtener la información.

Por todo lo mencionado se plantea el siguiente problema:

¿Cuál es la percepción de calidad de vida que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo II hospitalizados en el Hospital Central De La Policía en el 2017?

Objetivo general

- Determinar la percepción de calidad de vida que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo II hospitalizados en el hospital central de la policía en el 2017

Objetivos específicos

- Determinar la apreciación que tiene el paciente con diabetes mellitus tipo II acerca de su Calidad vida relacionada a su preocupación relativa a la diabetes, así como impacto, preocupación social.

- Determinar las variables demográficas y relacionadas a su tratamiento condición de diabéticos en los pacientes evaluados.



MÉTODO

1. Tipo de estudio y diseño de investigación

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo

2. Población de estudio

Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Central de la Policía durante los meses de julio a Diciembre del año 2017

3. Muestra

Se consideró a toda la población antes señalada que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión expuestos a continuación.

a. Criterios de Inclusión

- ser mayor de 18 años
- aceptar participar en la investigación
- Estar hospitalizado durante el periodo de estudio

b. Criterios de Exclusión

- Pacientes inconscientes que no cuenten con familiar que pueda brindar información.

4. Variables

- **Percepción.-** Son procesos mediante los cuales los pacientes con Diabetes Mellitus adquieren una sensación interior que resulta de cómo se sienten y cómo ven la influencia de la enfermedad en las diferentes dimensiones de su vida.
- **Calidad de Vida.-** Es el resultado de la interacción dinámica y continua que tiene el paciente con Diabetes Mellitus respecto a las condiciones externas e internas que se presentan en su vida cotidiana y que determinan su situación actual
- **Paciente diabético.-** Para este estudio se define como persona con Diabetes Mellitus tipo 2 hospitalizado en el Hospital central de la Policía.

- Tiempo de evolución: tiempo considerado, en años, desde el momento del diagnóstico hasta el momento de la evaluación.

5. Técnicas e instrumentos de recolección

Para la recolección de datos se usó la entrevista estructurada y como instrumento el cuestionario EsDQOL que se caracteriza por tener una adecuada consistencia interna, con alfas de Cronbach de 0,47 a 0,92, y altos coeficientes de estabilidad temporal, que van desde 0,78 a 0,92. En lo que respecta a la validez de constructo, se ha probado que el DQOL se relaciona de manera moderada y consistente con medidas de síntomas psicológicos, bienestar y ajuste a enfermedad y con medidas genéricas de calidad de vida.

Para la interpretación del instrumento se usó el siguiente puntaje.

Para Percepción de la Calidad de Vida: 110 puntos (35 ítems)

- Percepción desfavorable : 35 – 85 puntos
- Percepción medianamente favorable : 86 - 96 puntos
- Percepción favorable : 97 - 110 puntos

Para Percepción de la Calidad de Vida en la Dimensión Física:

- Percepción desfavorable : < 20 puntos
- Percepción medianamente favorable : 20 - 25 puntos
- Percepción favorable : > 25 puntos

Para Percepción de la Calidad de Vida en la Dimensión Social:

- Percepción desfavorable : < 48 puntos
- Percepción medianamente favorable: 48 - 55 puntos
- Percepción favorable : > 55 puntos

Para Percepción de la Calidad de Vida en la dimensión Psicológica:

- Percepción desfavorable : < 15 puntos
- Percepción medianamente favorable: 15 - 18 puntos
- Percepción favorable : > 18 puntos

6. Proceso de recolección procesamiento y análisis de datos

Como primer paso de la recolección de datos se hizo uso de fichas de llenado basadas en los criterios de inclusión y exclusión planteados.

Coordinación

Se solicitó el permiso respectivo para la investigación.

Ejecución

La recolección de datos se realizó durante los seis últimos meses del 2017 para ello se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes de estudio y luego se procedió a entregar el instrumento, se usó un promedio de 15 a 20 minutos por cada paciente.

Aspectos Éticos

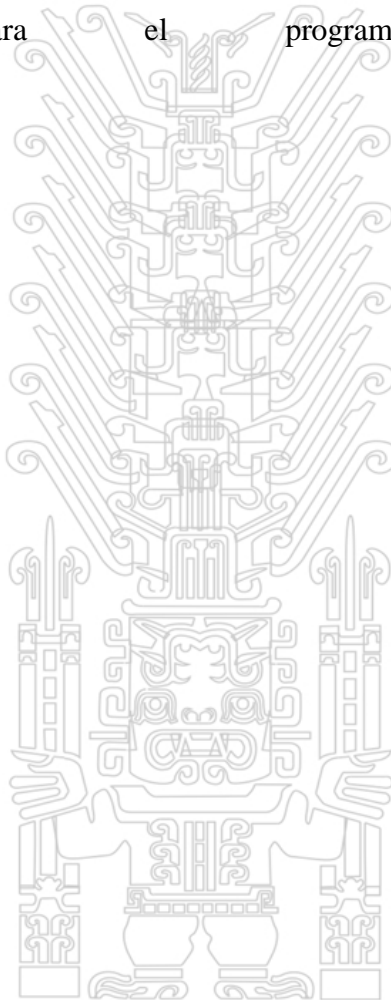


Se tuvo en cuenta los principios bioéticos y el consentimiento informado de los pacientes. Guardándose confidencialidad a las respuestas emitidas por los pacientes de estudio. Aplicando valores como:

- Beneficencia
- No maleficencia
- autonomía

7. Procesamiento de los datos

Se realizará un análisis univariado para las variables cualitativas y se calcularon frecuencias absolutas (números) y frecuencias relativas (porcentajes). Asimismo, se usará la escala de Stanones para poder medir la variable percepción, según dimensiones. Los datos serán estimados utilizándose el programa estadístico SPSS v.21. Para el formato de los gráficos se manejará el programa Excel v.13.



RESULTADOS

La investigación fue realizada con 520 pacientes diabéticos, que aceptaron formar parte de la investigación, hospitalizados por diversas patologías

Primero se evaluó la edad

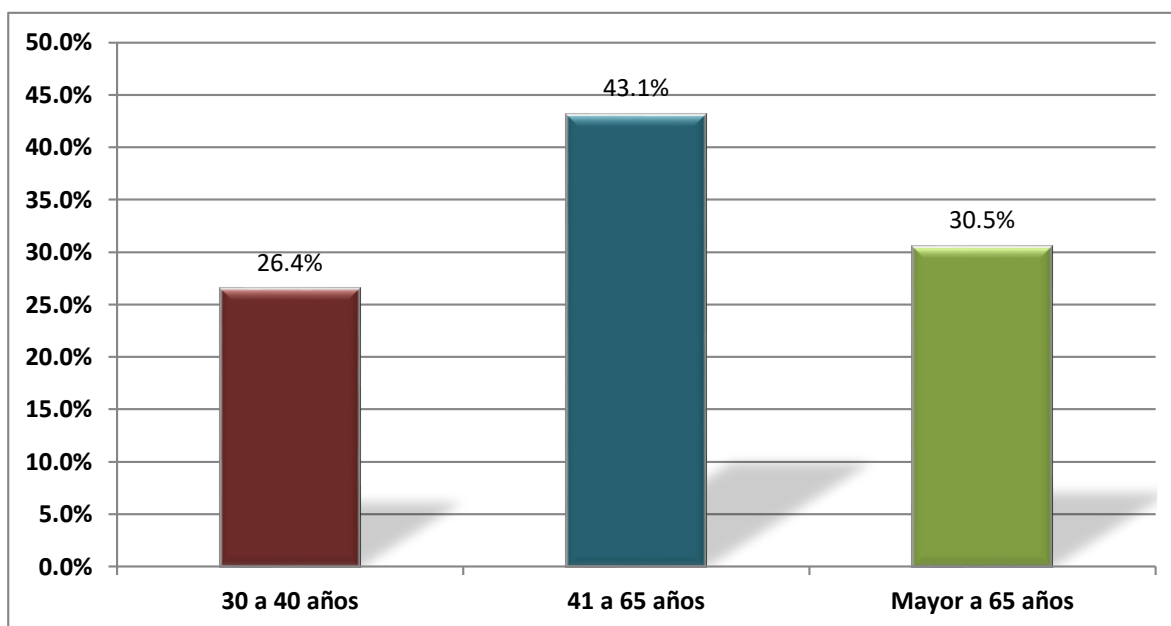
Según la tabla N° 1 la edad media de los pacientes fue 54,7 años, observándose pacientes cuyas edades varían entre 35 y 73 años.

TABLA N° 1

Edad		
N	Válidos	520
	Perdidos	0
Media		54,66
Mediana		61,00
Rango		48
Mínimo		35
Máximo		83

Fuente: datos obtenidos de la investigación del autor

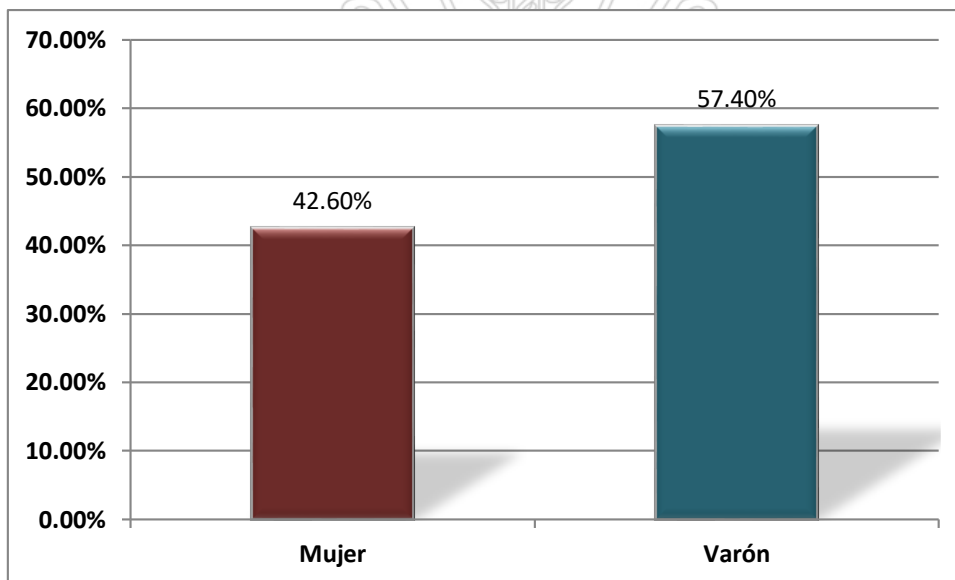
Gráfico N° 1: Edad



Fuente: datos obtenidos de la investigación del autor

El gráfico N° 1 evidencia que el mayor número de pacientes se encuentra entre 41 a 65 años.

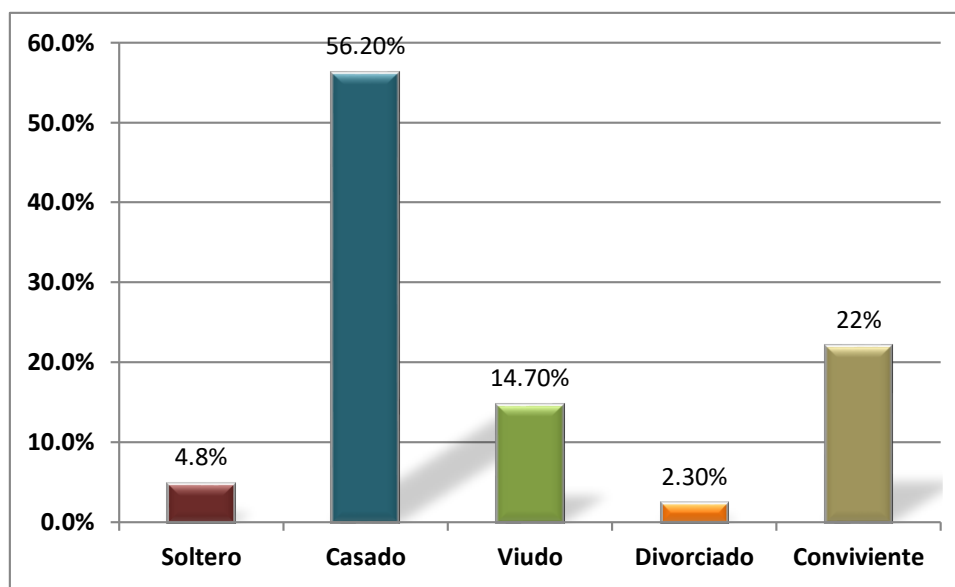
Gráfico N° 2: Sexo



Fuente: datos obtenidos de la investigación del autor

El gráfico N° 2 evidencia que en la investigación, el sexo masculino represento el 57,4% de la población.

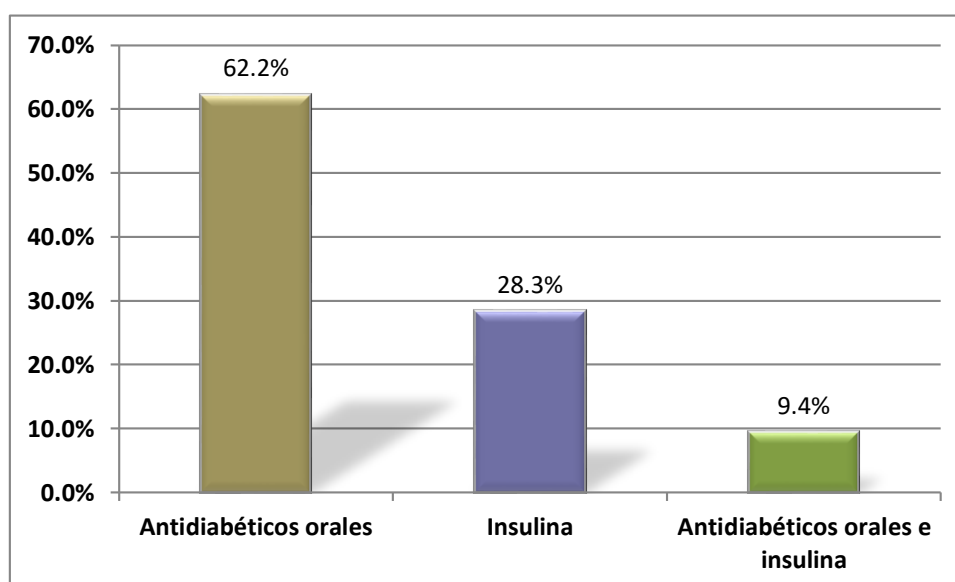
Gráfico N° 3: Estado Civil



Fuente: datos obtenidos de la investigación del autor

En el gráfico N° 3 se puede apreciar el grupo de pacientes casados son los que se presentaron con mayor frecuencia (56,2%), pero se encontraron pacientes con todos los estados civiles, apreciándose sólo un 2,3% de divorciados.

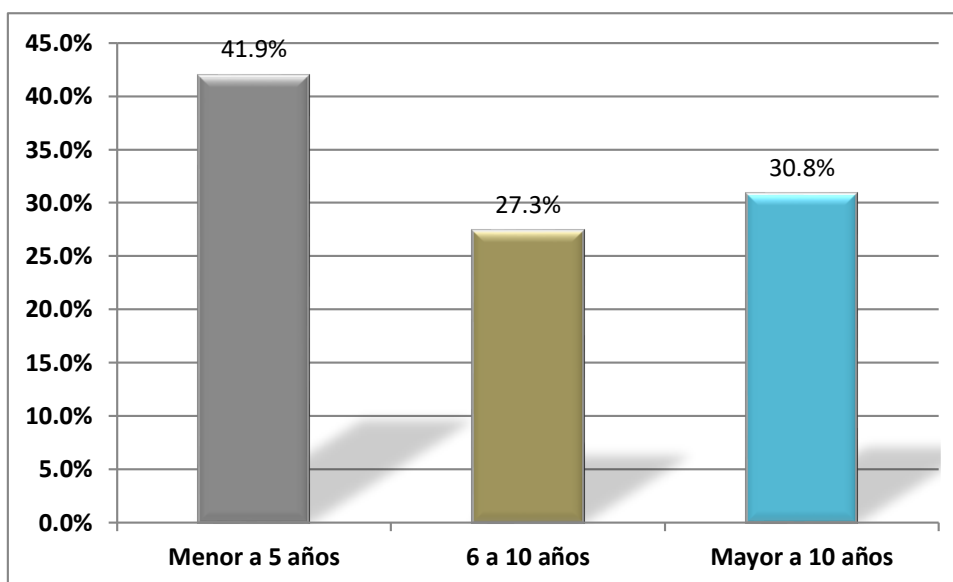
Gráfico N° 4: Tratamiento



Fuente: elaborado según los datos obtenidos en la investigación

En el gráfico N° 4 se muestra el tratamiento que reciben los pacientes con diabetes, se puede apreciar que el 62,2% es controlado con antidiabéticos orales.

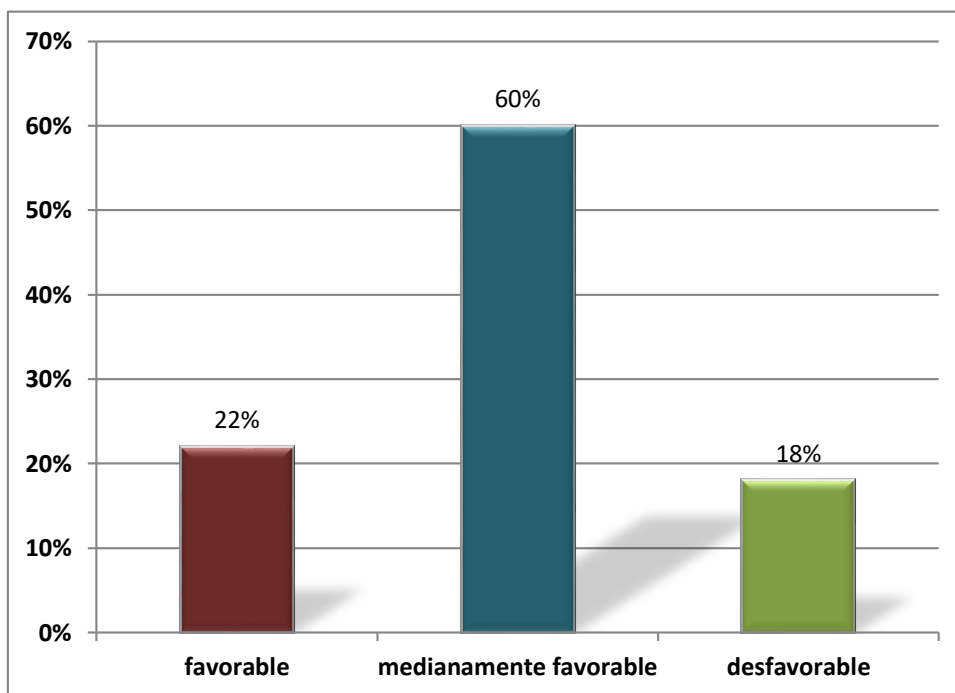
Gráfico N° 5: Tiempo de evolución



Fuente: elaborado según los datos obtenidos en la investigación

En el gráfico N°5 se puede apreciar que los pacientes en su mayoría tienen un tiempo de evolución menor a 5 años. Considerando desde el momento del diagnóstico hasta la fecha de la evaluación.

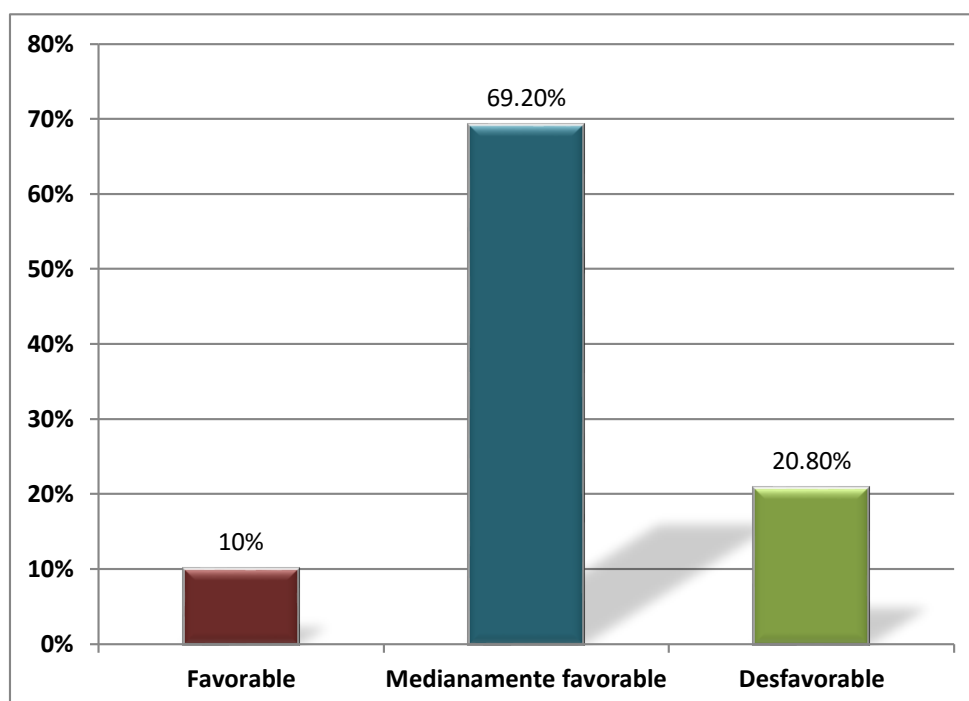
Gráfico N° 6: Calidad de vida en pacientes diabéticos y la percepción que tienen acerca de ella



Fuente: elaborado según los datos obtenidos en la investigación

La grafica N° 6 evidencia que los pacientes tiene en su mayoría (60%) una percepción medianamente favorable con respecto a su calidad de vida. Sin embargo se encontró que el 18% de los pacientes tuvo una percepción desfavorable.

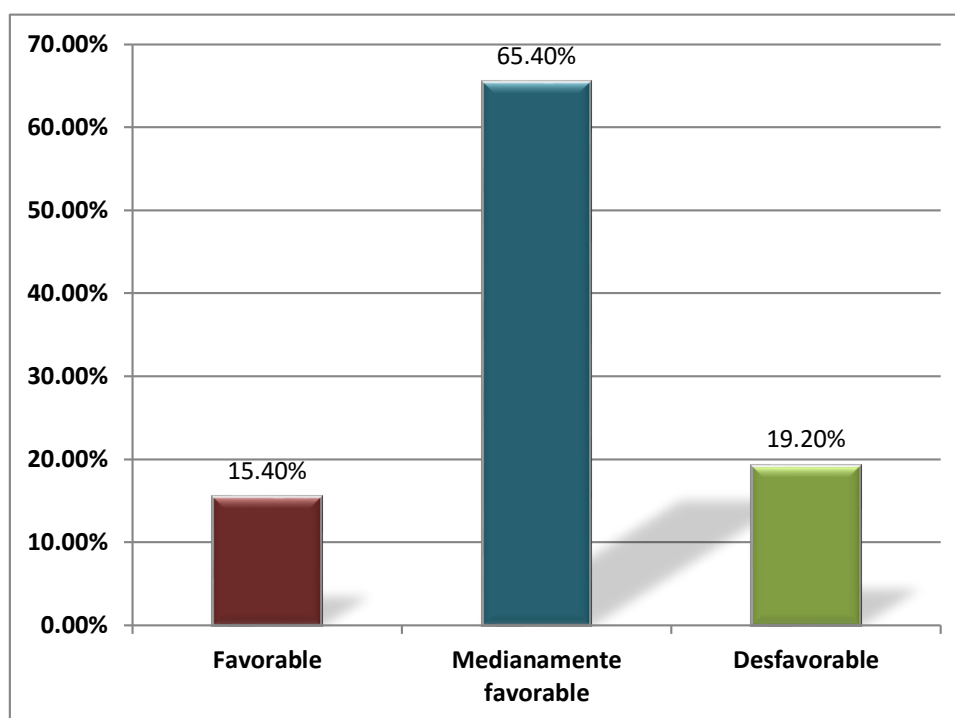
Gráfico N° 7: Dimensión Física y su percepción en pacientes diabéticos



Fuente: elaborado según los datos obtenidos en la investigación

En el Gráfico 7: según la dimensión física se observa que los pacientes diabéticos tuvieron el siguiente resultado 69,2% presentan una percepción medianamente favorable, seguida de 20,8% con una percepción desfavorable.

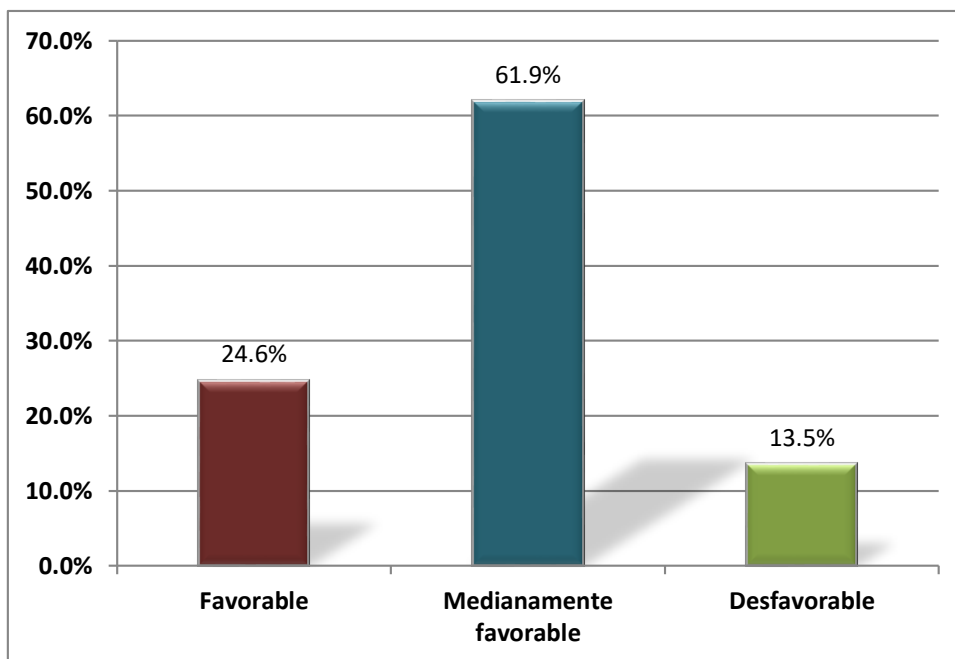
Gráfico N° 8: Dimensión psicológica y su percepción en pacientes diabéticos



Fuente: elaborado según los datos obtenidos en la investigación

Según el Gráfico N° 8 se aprecia que al evaluar la dimensión psicológica, el 15,4% tuvo una percepción favorable en este aspecto, mientras que el 19,2% tiene una percepción desfavorable.

Gráfico N° 9: Percepción de la dimensión social de la calidad de vida en pacientes diabéticos



Fuente: elaborado según los datos obtenidos en la investigación

El gráfico N° 9 muestra que para la dimensión social, el 24,6% de los pacientes reportó un percepción favorable, pero más de la mitad de pacientes (61.9%) tuvo una percepción medianamente favorable.

▪ DISCUSIÓN

En la investigación se aplicó el cuestionario a 520 pacientes con diabetes mellitus.

En los cuales se determinó que la edad promedio 54,7 años y al identificar rango de edades, los pertenecientes al rango de 41 a 65 años fueron los que tuvieron una mayor frecuencia (43,1%); sin embargo para Azañedo, y otros (2017) la edad promedio fue más elevado encontrando un promedio de 63,1 años; pero para Caballero Perales (2016) la edad media fue 55.06 años que se se diferencia en menos de un año con la edad promedio encontrada con el presente trabajo. Al respecto las diferencias en las medias de las edades pueden ser influenciadas por los criterios de inclusión y exclusión.

La población de estudio estuvo compuesta principalmente por varones, los que representaron el 57,4%; sin embargo la investigación realizada por Azañedo y otros, encuentra en su estudio un predominio femenino con 53,3%.

La población afectada por diabetes mellitus estuvo conformada por pacientes que tenían una relación estable y se apreciaron muy pocos casos de solteros con diabetes mellitus y esto puede ser influenciado por la edad, ya que puede presentarse diabetes mellitus en personas jóvenes solteras pero estas no son diagnosticadas porque no acuden a consulta al no sentir ningún síntoma.

Otra variable evaluada es el tratamiento que están recibiendo los pacientes, se aprecia que más de la mitad (62,2%) se controla con antidiabéticos orales, sin embargo existe

un grupo (9,4%) que no maneja adecuadamente los niveles de glucosa y es necesario darles tratamiento con antidiabéticos orales e insulina.

El tiempo de evolución fue dividido en tres categorías apreciándose que la tercera parte de los pacientes evaluados tuvieron más de 10 años de diagnóstico de diabetes mellitus.

Con respecto a la percepción de calidad de vida, el 22% mostró una percepción favorable, el 60% tuvo una percepción medianamente favorable y el 18% con percepción desfavorable, en la investigación realizada por Molina García (2008), el 79,5% presentó una calidad de vida regular que es superior a lo encontrado por la presente investigación y esto puede ser influenciado porque Molina realizó su investigación con pacientes que asisten a un Programa de diabetes lo cual puede influenciar en su percepción. Otra investigación que encontró una mejor percepción de la calidad de vida fue la realizada por Chavez (2013) encuentra una buena calidad de vida en 51,3% porque cuentan con apoyo familiar, pero Caballero encuentra que de 133 pacientes en 110 de ellos presentaron una baja calidad de vida. De todo esto podemos mencionar que la calidad de vida es una variable que puede ser influenciado por diversos factores por lo que es difícil encontrar resultados similares en diferentes poblaciones.

Al evaluar las diferentes dimensiones como son la física, psicológica y social. Se evidenció que la más afectada fue la física porque presentó una mayor frecuencia de percepción desfavorable (20.8%) con respecto a las otras que presentaron 19,2% la psicológica y 13,5% la social.

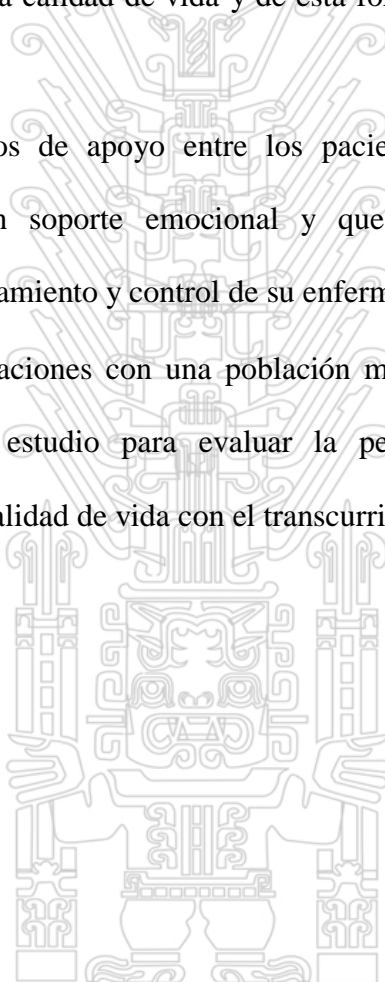
▪ CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

- Los pacientes evaluados tuvieron una edad promedio de 54,7 años con mayor presencia del grupo compuesto de 41 a 65 años (43,1%). Los varones tuvieron una frecuencia de 57,4%. Además los pacientes tenían una pareja estable, siendo 56,2% casados y 22% convivientes.
- El 62,2% usaban como tratamiento los antidiabéticos orales y el 41,9% tuvieron menos de 5 años de tiempo de evolución.
- En la población evaluada se encontró que el 60% tuvo una percepción medianamente favorable sobre su calidad de vida, 22% favorable y 18% lo percibieron como desfavorable.
- En la evaluación de la dimensión física, psicológica y social se encontró que la dimensión física fue la que más percepción desfavorable tuvo con 20,8% del total y las que más frecuencia de percepción favorable presentó fue la dimensión social en la que se observó que el 24,6% tuvo una percepción favorable.

2. Recomendaciones

- Realizar posteriores investigaciones relacionadas al tema y que se incluyan los principales factores que influyen en una percepción desfavorable de la calidad de vida y de esta forma ver posibilidades para modificarlas
- Conformar grupos de apoyo entre los pacientes diabéticos para que puedan tener un soporte emocional y que les permite una mejor adherencia al tratamiento y control de su enfermedad.
- Realizar investigaciones con una población mas grande y tiempos mas prolongados de estudio para evaluar la percepción que tienen los pacientes de su calidad de vida con el transcurrir del tiempo.



▪ Referencias Bibliográficas

1. Aguilar Sánchez, M., & Maldonado Gonzales, Y. (2016). Factores determinantes en las complicaciones de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en adultos y adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Primaria (CAP) III Es Salud – El Agustino, 2016.
2. Almanza Pérez, J. C., Blancas Flores, G., García Macedo, R., Alarcón Aguilar, F., & Cruz, M. (2008). Leptina y su relación con la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2. *Gaceta Medica De Mexico*, 535-542.
3. Azañedo, D., Bendezú Quispe, G., Lazo Porras, M., Cárdenas Montero, D., Thomas , N., Ceballos, R., y otros. (2017). Calidad de control metabólico en pacientes ambulatorios con diabetes tipo 2 atendidos en una clínica privada. *Acta médica peruana*, 106-113.
4. Bulnes Bedón, M. (2011). Calidad de vida y autoconcepto en pacientes con diabetes mellitus con y sin adherencia al tratamiento . Lima, Lima, Perú.
5. Caballero Perales, B. J. (2016). Factores asociados a bajo nivel de calidad de vida relacionados a salud en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Chiclayo,

Lambayeque, Perú.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

6. Carranza Bucio, O. (2007). Primera descripción de la Diabetes Mellitus en Michoacán. Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina, 64-70.
7. Cárdenas V, Pedraza C, Lerma R. Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Ciencia (UANL). 2005; 8(3):351-7
8. Chávez Zegarra, G. (2013). Relación entre el nivel de apoyo familiar en el cuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en la consulta externa del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú. Revista Científica de Ciencias de la Salud , 7-14.
9. Chong, E., & Herrera Novey, W. (s.f). Diabetes mellitus tipo 2: Hipoglicemiantes orales. Revista Médico-Científica , 38-42.
10. Conget, I. (2002). Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. Revista Española de Cardiología, 528-535.
11. de los Ríos Castillo, J., Barrios Santiago, P., Guerrero Sustaita, V., & Sanchez Sosa, J. J. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Medica del IMSS, 109-116.
12. Escorcía, S. (2009). Hipoglucemia por fármacos antidiabéticos. Revista de Endocrinología y Nutrición, 120-128.
13. Gil Velázquez, L. E., Sil Acosta, M. J., Domínguez Sánchez, E., Torres Arreola, L., & Medina Chávez, J. H. (2013). Guía de practica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 51(1), 104-109.
14. Hernández Rodríguez, J., & Licea Puig, M. (2010). Papel del ejercicio físico en

las personas con diabetes mellitus. Revista Cubana de Endocrinología, 182-201 .

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

15. Hernández Yero, Torres Herrera, Carrasco Martínez, Nasiff Hadad, Castelo Elías-Calles, Pérez Pérez, y otros. (2011). Tratamiento farmacológico de la prediabetes . Revista Cubana de Endocrinología, 36-45 .
16. Maradiaga Figueroa, R., Cortez Flares, A., Avila De la Puente, C., Aguilar Gutiérrez, K., Mejía Martínez, L., Granados Rodríguez, R., y otros. (2016). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el instituto Nacional del Diabético, Tegucigalpa, Honduras. Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud, 216-221.
17. Márquez, J., García, V., & Ardilla , R. (2012). Ejercicio y prevención de obesidad y diabetes mellitus gestacional. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 401-406.
18. Molina García, Y. (2008). Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo: enero - febrero 2008. Lima, Lima, Perú.
19. Medina Pérez, Sánchez Reyes, Hernández Peredo, Martínez López, Jiménez Flores, Serrano Ortiz, y otros. (2017). Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. Medicina Interna México, 91-98.
20. Ojeda González, J. J., & Dávila Cabo de Villa, E. (2012). Valoración anestésica del paciente diabético . Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos.

21. Peña Pérez, Terán Trillo, Moreno Aguilera, Bazán Castro. “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente de ISSSTE México 2009”
22. Regla Carolino, I., Molena Fernandes, C., Soares Tasca, R., Silva Marcon, S., & Nakamura Cuman, R. (2008). Factores de riesgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
23. Seguí Díaz, M., Ruiz Quintero, M., Orozco Beltran, D., Barrot de la Puente, J., & García Soidán, J. (2017). Los «Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Práctica*, 1-48.
24. SEMERGEN. (2015). *Guías Clínicas. Diabetes mellitus. Guías Clínicas Semergen*.
25. Torres Célleri, H., & Torres Costales, P. (2017). Introducción a la Diabetes. En A. Amoroso, H. Torres, J. Salvador, & F. Hervas, *Diabetes tipo 2 y riesgo alto de adquirir diabetes. Ecuador*.
26. Uribe Uribe, J. D. (2015). Evaluación de la calidad de vida mediante el cuestionario diabetes-39 en pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2. Trujillo, Perú.
27. Urzúa, A., & Caqueo Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *terapia psicológica*, 61-71.
28. Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 358-365.

ANEXOS

Anexo

Versión en español del DQOL

Por favor, lea con cuidado cada pregunta. Por favor indique qué tan satisfecho o insatisfecho está con el aspecto de su vida descrito en la pregunta. Circule el número que mejor describe como se siente. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas preguntas. Nos interesa su opinión.

	Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
A1. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que le toma manejar su diabetes?	1	2	3	4	5
A2. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que gasta en hacerse chequeos?	1	2	3	4	5
A3. ¿Qué tan satisfecho está con su tratamiento actual?	1	2	3	4	5
A5. ¿Qué tan satisfecho está con la flexibilidad en su dieta?	1	2	3	4	5
A6. ¿Qué tan satisfecho está con la carga que su diabetes es para su familia?	1	2	3	4	5
A7. ¿Qué tan satisfecho está con su conocimiento sobre su diabetes?	1	2	3	4	5
A8. ¿Qué tan satisfecho está con sus horas de sueño?	1	2	3	4	5
A9. ¿Qué tan satisfecho está con su vida social y amistades?	1	2	3	4	5
A10. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
A11. ¿Qué tan satisfecho está con su trabajo, escuela y sus actividades caseras?	1	2	3	4	5
A12. ¿Qué tan satisfecho está con la apariencia de su cuerpo?	1	2	3	4	5
A13. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que pasa haciendo ejercicio?	1	2	3	4	5
A14. ¿Qué tan satisfecho está con su tiempo libre?	1	2	3	4	5
A15. ¿Qué tan satisfecho está con su vida en general?	1	2	3	4	5

Ahora, por favor, indique qué tan frecuentemente le suceden los siguientes eventos. Circule el número apropiado.

	Nunca	Muy poco	Algunas veces	Con frecuencia	Todo el tiempo
B1. ¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento para su diabetes?	1	2	3	4	5
B2. ¿Con qué frecuencia se siente apenado de tener que lidiar con su diabetes en público?	1	2	3	4	5
B3. ¿Con qué frecuencia tiene baja el azúcar en la sangre?	1	2	3	4	5
B4. ¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?	1	2	3	4	5
B5. ¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere con su vida familiar?	1	2	3	4	5
B6. ¿Con qué frecuencia duerme mal por las noches?	1	2	3	4	5
B7. ¿Con qué frecuencia su diabetes limita su vida social y sus amistades?	1	2	3	4	5
B8. ¿Con qué frecuencia se siente bien con usted mismo?	1	2	3	4	5
B9. ¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?	1	2	3	4	5
B10. ¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su vida sexual?	1	2	3	4	5
B11. ¿Con qué frecuencia su diabetes no le permite manejar un auto o usar una máquina (ej., una máquina de escribir)?	1	2	3	4	5
B12. ¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su ejercicio?	1	2	3	4	5
B13. ¿Con qué frecuencia falta al trabajo, escuela o actividades caseras por su diabetes?	1	2	3	4	5
B14. ¿Con qué frecuencia se encuentra explicando lo que significa tener diabetes?	1	2	3	4	5
B15. ¿Con qué frecuencia se da cuenta que su diabetes interrumpe las actividades de su tiempo libre?	1	2	3	4	5
B16. ¿Con qué frecuencia le habla a los demás de su diabetes?	1	2	3	4	5
B17. ¿Con qué frecuencia lo molestan porque tiene diabetes?	1	2	3	4	5
B18. ¿Con qué frecuencia siente que va al baño más que los demás a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5
B19. ¿Con qué frecuencia se encuentra comiendo algo que no debe en vez de decirle a alguien que tiene diabetes?	1	2	3	4	5
B20. ¿Con qué frecuencia le oculta a los demás que está teniendo una reacción por la insulina?	1	2	3	4	5

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar esta tesis

Finalmente, por favor, indique con qué frecuencia le ocurren los siguientes eventos. Por favor circule el número que mejor describa sus sentimientos. Si la pregunta no es relevante a usted, circule no aplica.

UNFV

	<i>Nunca</i>	<i>Poco</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Siempre</i>	<i>No se aplica</i>
C1. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si se va a casar?	1	2	3	4	5	0
C2. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si tendrá hijos?	1	2	3	4	5	0
C3. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si conseguirá un trabajo que quiere?	1	2	3	4	5	0
C4. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si le negarán un seguro?	1	2	3	4	5	0
C5. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si podrá acabar su escuela?	1	2	3	4	5	0
C6. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si faltará a su trabajo?	1	2	3	4	5	0
C7. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si podrá tomar unas vacaciones o hacer un viaje?	1	2	3	4	5	0

	<i>Nunca</i>	<i>Poco</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Siempre</i>	<i>No se aplica</i>
D1. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si se desmayará?	1	2	3	4	5	0
D2. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo se vea diferente porque tiene diabetes?	1	2	3	4	5	0
D3. ¿Con qué frecuencia le preocupa tener complicaciones por su diabetes?	1	2	3	4	5	0
D4. ¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si alguien no saldrá con usted a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5	0

Anexo N°2: Consentimiento informado

Investigador:

Este estudio pretende conocer a través de un cuestionario denominado EsDQOL la percepción de la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus del Hospital central de la Policía.

Si usted participa en el estudio, únicamente se le va hacer una encuesta con diferentes preguntas sobre algunos aspectos relacionados a su enfermedad.

Riesgos del Estudio

Este estudio no representa ningún riesgo para usted. Para su participación sólo es necesaria su autorización y aplicar una encuesta.

Beneficios del Estudio

Es importante señalar que con su participación, ustedes contribuyen a mejorar los

Tesis publicada con autorización del autor
 conocimientos en el campo de la diabetes mellitus
 No olvide citar esta tesis

UNFV

Costo de la Participación

La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted.

Confidencialidad

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial

Requisitos de Participación

. Al aceptar la participación deberá firmar este documento llamado consentimiento, con lo cual autoriza y acepta la participación en el estudio voluntariamente. Sin embargo, si usted no desea participar en el estudio por cualquier razón, puede retirarse con toda libertad sin que esto represente algún gasto, pago o consecuencia negativa por hacerlo.

Declaración Voluntaria

Yo he sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado(a) de la forma de cómo se realizará el estudio. Estoy enterado(a) también que puedo participar o no continuar en el estudio en el momento en el que lo considere necesario, o por alguna razón específica, sin que esto represente que tenga que pagar, o recibir alguna represalia.

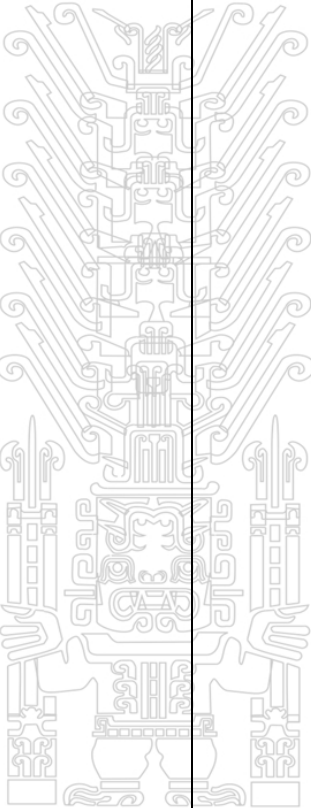
. Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación de: ____ de Lima, ____ del 2017.

Nombre del participante: _____

Firma _____ Fecha: ____/____/2017

Planteamiento del problema	Objetivos	VARIABLES e indicadores	Población	Diseño	Instrumento	estadística
¿Cuál es la percepción de calidad de vida que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo II hospitalizados en el Hospital Central De La Policía en el 2017?	<p>Objetivo general</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la percepción de calidad de vida que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo II hospitalizados en el hospital central de la policía en el 2017 	<p>Percepción de Calidad de vida</p> <p>Según puntuación del cuestionario EsDQOL . se obtiene favorable, desfavorable, parcialmente favorable</p> <p>Tiempo de evolución</p> <p>Años con la enfermedad desde</p>	<p>Pacientes diabéticos hospitalizados en el pabellón de medicina del Hospital Central de la Policía durante julio a diciembre del 2017</p>	<p>estudio cuantitativo descriptivo prospectivo</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p> <p>Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL)</p>	<p>Porcentaje</p> <p>Media</p> <p>Mediana</p> <p>Rango</p>

		<p>el momento del diagnóstico</p> <p>Sexo</p> <p>Características físicas definidas por caracteres sexuales secundarios</p>				
	<p>Objetivos</p> <p>Específicos</p> <p>Determinar la apreciación que tiene el paciente con</p>	<p>Edad</p> <p>Tiempo en años que ha vivido una persona</p>	<p>Muestra</p> <p>Se trabajó con toda la población</p>			

	<p>diabetes mellitus tipo II acerca de su Calidad vida relacionada a su preocupación relativa a la diabetes, así como impacto, preocupación socialDeterminar la percepción de calidad de vida según género y estado civil.</p>					
--	--	--	---	--	--	--