

Nivel de conocimiento sobre Diabetes Mellitus que tienen los pacientes diagnosticados del servicio médico Sanitas de Venezuela entre diciembre 2015 a julio 2016

Level of knowledge about diabetes mellitus patients diagnosed with the Sanitas de Venezuela medical service from december 2015 to july 2016

Casanova Karina
Médico Cirujano. Universidad Central de Venezuela. Maestría en Educación Terapéutica para Diabetes.
Universidad Alcalá de Henares
Maestría en Nutrición y Dietética. Universidad Europea Miguel de Cervantes
drakarincasanova@hotmail.com

Resumen

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 que tienen los pacientes diagnosticados con esta enfermedad que acuden al servicio médico de clínica Santa Paula y Clinisanitas entre diciembre (2015) a julio (2016).

Método: Investigación descriptiva, explorativa y de campo, con una población y muestra (censo poblacional) de 150 pacientes, a quienes se les aplicó un instrumento de recolección de datos para valorar el nivel de conocimiento sobre diabetes (DKQ, 24), el cual presenta una confiabilidad alta (coeficiente de combrah de 0,78). Resultados: Se observó que, de 24 preguntas, 10 se ellas presentaron resultados errados, superior al 69%, donde tres de ellas, presentaron resultados totalmente ambiguos (44,7%). **Conclusiones:** No hubo cuestionario que presentara resultados ideal o sugerido para el instrumento DKQ en Español, los niveles de conocimiento sobre su enfermedad en paciente diabéticos son claramente inadecuado, ameritando la creación de estrategias educativas que intervengan en el conocimiento del paciente con esta condición crónica para disminuir morbimortalidad.

Palabras claves: Diabetes, mellitus, prevención, intervención educativa.

Abstract

Objective: To evaluate the level of knowledge about diabetes mellitus patients diagnosed with this disease (DM II) who come to the Santa Paula and Clinisanitas clinic of the Sanitas de Venezuela corporation from December (2015) to July (2016).

Method: Descriptive, exploratory and field research, with a population and sample (population census) of 150 patients, who were given a data collection tool to assess the level of knowledge about diabetes (DKQ, 24), which Presents a high reliability (coefficient of combrah of 0.78). Results: It was observed that of 24 questions, 10 presented wrong results, higher than 69%, where three of them presented totally ambiguous results (44.7%).

Conclusions: There was no questionnaire that presented ideal or suggested results for the DKQ instrument in Spanish. The levels of knowledge about their disease in diabetic patients are clearly inadequate, warranting the creation of educational strategies that intervene in the patient's knowledge with this chronic condition to decrease morbidity and mortality.

Key words: Diabetes, mellitus, prevention, educational intervention.

Introducción

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) es una enfermedad crónica la cual se asocia a complicaciones irreversibles, invalidantes con gran afectación a la calidad de vida de quienes la padecen, sobre todo si el tratamiento es inadecuado, existe falta de adherencia al mismo o el paciente no se encuentra consciente de su condición. En la actualidad se considera un grave problema de salud pública por su creciente magnitud y su impacto en la enfermedad cardiovascular, primera causa de mortalidad en países en desarrollo. Entre las estrategias de tratamiento se encuentra la educación como herramienta que presenta el equipo de salud para modificar conductas de riesgo en los pacientes. Con este trabajo buscamos determinar el nivel de conocimiento sobre su enfermedad de los pacientes diabéticos que acuden a la consulta de medicina interna.

Marco Teórico: Según datos de la Federación Internacional de Diabetes (IDF) para el 2015, 4.72 billones de personas presentan diabetes (adultos entre 20-79 años), se estima que para el 2040 esta cifra se incrementa a 6.16 billones de casos. El informe de la OMS revela una prevalencia estimada de DMT2 en Venezuela para el 2014 de 8.8% y las estimaciones de la IDF para el 2015 del 11%. La DMT2 se asocia a grandes cargas económicas y sociales tanto para los pacientes como para las personas que los rodean y sin duda para el estado y la sociedad, sus costos están relacionados principalmente con la alta frecuencia de complicaciones agudas y crónicas que son causa de discapacidad y muerte. La Declaración de Saint Vincent definió como objetivos terapéuticos básicos generales para las personas con diabetes: el alivio de los síntomas de la enfermedad mediante la corrección del trastorno metabólico, mejorar la calidad de vida mediante la prevención de complicaciones agudas y crónicas, disminución de la mortalidad atribuible a la condición y tratamiento de las enfermedades intercurrentes. Estos objetivos deben ser individualizados e integrales correspondiendo a la Educación Terapéutica crear desde el punto de vista holístico estrategias centradas en el paciente con el fin de mejorar su control metabólico y disminuir las complicaciones crónicas. Tomando en cuenta todo esto, el presente trabajo estudio tiene como objetivo fundamental identificar las áreas de conocimiento que tienen los pacientes de DMT2 ya diagnosticados y que no han recibido ningún proceso de inducción educativa en cuanto a este padecimiento. Para ello la presente investigación tomo objeto de estudio la población conformada por los pacientes que acuden a la consulta en las clínicas de la Organización Sanitas de Venezuela, utilizando como herramienta el cuestionario DKQ 24 el cual ha sido validado varias veces en Latinoamérica y se deriva del cuestionario original 60 preguntas del estudio Starr County Diabetes Education Study (1994-1998).

Metodología investigación de tipo descriptivo, población objeto pacientes que acuden por primera vez a la consulta de medicina interna entre diciembre 2015 y julio 2016.

Criterios de inclusión: pacientes diabéticos tipo 2, con diagnóstico menor a 5 años, sin daños a órganos blancos, que no utilicen insulina, saber leer y escribir, que no hayan participado en protocolos educativos terapéuticos en diabetes.

Criterios de exclusión: diabéticos tipo 1, diabéticos tipo 2 con más de 5 años de diagnóstico, con daño a órganos blancos, analfabetas, con discapacidad visual o escritura, que hayan asistido a programas educativos de diabetes anteriormente.

Se utilizó el cuestionario "diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ24), el cual consta de 24 preguntas de selección simple, validada internacionalmente en especial entre los hablantes hispanos. Se procedió a realizar la encuesta previa firma del consentimiento informado. Las opciones ofrecidas de respuesta eran si, no o no se. Para el estudio se aceptaron aquellas que realmente estaban adecuadamente contestadas. Las 24 preguntas indagan sobre conocimientos básicos sobre la enfermedad, control de la glucemia y prevención de complicaciones. Posterior a la recolección se procedió con la obtención de la estadística descriptiva en términos de frecuencia absoluta y relativa y medidas de tendencia central.

Resultados

De los 150 pacientes encuestados el predominio fue el sexo femenino mayor de 65 años con 71.6% y 73.7% respectivamente.

Tabla 1 Distribución de la población según frecuencia del cuestionario DQK24

Reactivos	Sí		No		No Se	
	Fr	(%)	Fr	(%)	Fr	(%)
Pregunta 1	125	83,3	25	16,7	0	0,0
Pregunta 2	60	40,0	43	28,7	47	31,3
Pregunta 3	20	13,3	100	66,7	30	20,0
Pregunta 4	17	11,3	66	44,0	67	44,7
Pregunta 5	136	90,7	5	3,3	9	6,0
Pregunta 6	96	64,0	12	8,0	42	28,0
Pregunta 7	35	23,3	98	65,3	17	11,3
Pregunta 8	38	25,3	104	69,3	8	5,3
Pregunta 9	52	34,7	45	30,0	53	35,3
Pregunta 10	5	3,3	85	56,7	60	40,0
Pregunta 11	96	64,0	6	4,0	48	32,0
Pregunta 12	10	6,7	60	40,0	80	53,3
Pregunta 13	110	73,3	12	8,0	28	18,7
Pregunta 14	131	87,3	6	4,0	13	8,7
Pregunta 15	96	64,0	45	30,0	9	6,0
Pregunta 16	87	58,0	46	30,7	17	11,3
Pregunta 17	100	66,7	13	8,7	37	24,7
Pregunta 18	63	42,0	67	44,7	20	13,3
Pregunta 19	96	64,0	50	33,3	4	2,7
Pregunta 20	112	74,7	30	20,0	8	5,3
Pregunta 21	102	68,0	43	28,7	5	3,3
Pregunta 22	25	16,7	120	80,0	5	3,3
Pregunta 23	95	63,3	31	20,7	24	16,0
Pregunta 24	125	83,3	25	16,7	0	0,0

En el caso de las respuestas positivas, es decir, en aquellas donde los pacientes seleccionaron como respuesta "Sí", se observa que las preguntas 5, 14, y 24, tuvieron la mayor frecuencia relativa, superior al 80 % de los resultados del resto de las opciones de las respuestas. Igualmente, se observó que las preguntas 6, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21 y 23; presentaron un valor relativo superior al 50 % de los resultados. Mientras que las preguntas que presentaron una relatividad menor al 50 % están identificadas como 2, 3 y 4; de la 7 a la 10; la 12, 18 y 22.

Por otra parte, en el caso donde los pacientes utilizaron la opción respuesta "No", para las diferentes preguntas del instrumento de recolección de datos utilizado, se evidencia que la pregunta 22, fue la que acumuló la mayor relatividad, con el 80%; seguido de las preguntas 3, 7, 8, 10 y 22; mostrando resultados superiores al 50%. Para el resto de las preguntas, la relatividad estuvo inferior al 50%.

En el caso de la opción de respuesta "No Sé", la mayor relatividad la presentó la pregunta 12, con el 53,3% de los resultados, mientras que el resto de los reactivos, fueron inferiores al 50% de los resultados.

Tabla 2. Distribución de los reactivos por resultados positivos (Sí), en donde se reflejan las respuestas erradas emitidas por la unidad de observación (paciente).

N°	Reactivo	Sí	(%)	Valor
1	El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de la diabetes.	125	83,3	Error
2	La cause común de la diabetes es la falta de insulina efectiva en el cuerpo.	60	40,0	
5	En la diabetes que no se está tratando, la cantidad de azúcar en la sangre usualmente sube.	136	90,7	
6	Si yo soy diabético, mis hijos tendrán más riesgo de ser diabéticos.	96	64,0	
11	Hay dos tipos principales de diabetes: Tipo 1 (dependiente de insulina) y Tipo 2 (no-dependiente de insulina).	96	64,0	
13	La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio para controlar mi diabetes.	110	73,3	Error
14	La diabetes frecuentemente cause mala circulación.	131	87,3	
15	Cortaduras y rasguños cicatrizan más despacio en diabéticos.	96	64,0	
16	Los diabéticos deberían poner cuidado extra al cortarse las uñas de los dedos de los pies.	87	58,0	
17	Una persona con diabetes debería limpiar una cortadura primero yodo y alcohol.	100	66,7	
19	La diabetes puede dañar mis riñones.	96	64,0	
20	La diabetes puede causar que no sienta en mis manos, dedos y pies.	112	74,7	
21	El temblar y sudar son señales de azúcar alta en la sangre.	102	68,0	Error
23	Los calcetines y las medias elásticas apretadas no son malos para los diabéticos.	95	63,3	Error
24	Una dicta diabética consiste principalmente de comidas especiales.	125	83,3	Error

Fuente: Elaboración propia (Casanova, 2016).

En la tabla 2, relacionada con la distribución de los reactivos por resultados positivos (Sí) de las respuestas emitidas por los participantes en el estudio, se seleccionaron todas aquellas respuestas que presentaron significativamente la mayor frecuencia relativa en la opción de respuesta antes señalada.

Se observó que la pregunta 1, presentó un 83,3 % de los resultados; la pregunta 13, con el 73,3 % de la relatividad, la pregunta 21, con el 68 %; la pregunta 23, con el 63 % y la 24, con el 83 % respectivamente. Es importante acotar que estas

preguntas presentaron resultados errados a la forma ideal de responder el instrumento de recolección de datos.

Tabla 3. Distribución de los reactivos por resultados negativos (No), en donde se reflejan las respuestas erradas emitidas por la unidad de observación (paciente).

N°	Reactivo	No	(%)	Valor
3	La diabetes es causada porque los riñones no pueden mantener el azúcar fuera de la orina.	100	66,7	
7	Se puede curar la diabetes.	98	65,3	
8	Un nivel de azúcar de 210 en prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto.	104	69,3	Error
10	El ejercicio regular aumentará la necesidad de insulina u otro medicamento para la diabetes.	85	56,7	
18	La manera en que preparo mi comida es igual de importante que las comidas que como.	67	44,7	Error
22	El orinar seguido y la sed son señales de azúcar baja en la sangre.	120	80,0	

Fuente: Elaboración propia (Casanova, 2016).

En la tabla 3, destinada a la distribución de los reactivos por resultados negativos (No), se observaron seis preguntas (3, 7, 8, 10, 18 y 22), donde el paciente respondió con la opción del No, errando en las preguntas 8 (69,3 %) y la pregunta 18 (44,7 %).

Tabla 4. Distribución de los reactivos por resultados ambiguo (No sé), en donde se reflejan las respuestas erradas emitidas por la unidad de observación (paciente).

N°	Reactivo	No Se	(%)	Valor
4	Los riñones Producen la insulina.	67	44,7	Error
9	La mejor manera de checar mi diabetes es haciendo pruebas de orina.	53	35,3	Error
12	Una reacción de insulina es causada por mucha comida.	80	53,3	Error

Fuente: Elaboración propia (Casanova, 2016).

Al observar los resultados de la tabla 4, relacionada con las opciones de respuesta “No sé”, emitida por las personas que participaron como parte de la muestra y población del estudio, se evidencia que la pregunta 4, obtuvo el 44,7 % de frecuencia relativa; seguido de la respuesta 9 con el 35,3 % y la 12, con el 53,3 % de relatividad.

Tabla 5. Distribución de los reactivos por resultados errados en donde se reflejan las respuestas emitidas por la unidad de observación (paciente).

N°	Reactivo	Fr	(%)	Valor
1	El comer mucha azúcar y otras comidas dulces es una causa de la diabetes.	125	83,3	Error
4	Los riñones Producen la insulina.	67	44,7	Error
8	Un nivel de azúcar de 210 en prueba de sangre hecha en ayunas es muy alto.	104	69,3	Error
9	La mejor manera de checar mi diabetes es haciendo pruebas de orina.	53	35,3	Error
12	Una reacción de insulina es causada por mucha comida.	80	53,3	Error
13	La medicina es más importante que la dieta y el ejercicio pare controlar mi diabetes.	110	73,3	Error
18	La manera en que preparo mi comida es igual de importante que las comidas que como.	67	44,7	Error
21	El temblar y sudar son señales de azúcar alta en la sangre.	102	68,0	Error
23	Los calcetines y las medias elásticas apretadas no son malos para los diabéticos.	95	63,3	Error
24	Una dicta diabética consiste principalmente de comidas especiales.	125	83,3	Error

Fuente: Elaboración propia (Casanova, 2016).

Al juntar todos los resultados errados con mayor frecuencia relativa de las preguntas o reactivos del instrumento de recolección de datos, se evidencia que en esta categoría están la pregunta 1 (83,3%), la 4 (44,7%), la pregunta 8 (69,3%), la 9 (35,3%), la 12 (53,3%); la pregunta 13 (73,3%), la 18 (44,7%), la pregunta 21 (68%), la 23 (63,3%) y la pregunta 24 (83,3%).

Conclusiones: Nuestra población en estudio no se encuentra debidamente informada sobre su condición; esto conlleva al desafío de generar estrategias efectivas de educación diabetológica que deben ser implementadas ya sea en grupo o individualizadas. La falta de información de los pacientes con DMT2 ocasiona que los casos vayan en aumento por el desconocimiento y mito de esta condición, el cual provoca que la mitad de las personas que viven con ella no lo saben y por lo tanto se encuentra en alto riesgo de desarrollar complicaciones al momento del diagnóstico.

Referencias

1. Aguilar-Salinas, C.A.; Gómez-Díaz, R.A; y Gómez-Pérez, F.J. (2011). La diabetes tipo 2 en México: principales retos y posibles soluciones. Rev ALAD, 19, pp. 148-161.
2. Aguillar, SM, Landsman PB, Teutsh SM, Haffner SM. (2015). Definición de síndrome metabólico, diabetes y la prevalencia de enfermedad coronaria en participantes del estudio NHANES III de 50 años de edad y ancianos. Diabetes Care; 52: 1210-1214.

3. American Diabetes Association (2014). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care.*, 31, pp. 4-80
4. American Diabetes Association (ADA, 2010). Diabetes Mellitus tipo 2 en niños y adolescentes. *Diabetes Care* 2009 23:381-389.
5. Anuario de mortalidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), 2007. (INE). Diabetes Mellitus E10-E14. Mortalidad Venezuela 1990-2007.
6. Barajas Martínez, A; Islas García, J.; Sánchez Novoa, E; Bustos Saldaña, R; López Hernández, G; Palomera Palacios, R; (2007). Conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. *Archivos en Medicina Familiar*, Julio-Septiembre, 147-155.
7. Barceló, A.; Karkashian, C.D; Duarte de Muñoz, D (2002). Atlas de educación en diabetes en América Latina y el Caribe: inventario de programas para personas con diabetes tipo 2. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
8. Bavaresco, A. (2006). Proceso Metodológico en la Investigación. (Cómo hacer un diseño de investigación). Maracaibo: La Universidad del Zulia.
9. Booth F, Manu v. (2013). Waging war on physical inactivity: using modern molecular ammunition against an ancient enemy. *J appl physiol.* 93:3-30.
10. Contreras F, Hernández C, Hernández P, et al. Diseño e implementación de un Diplomado en Educación Terapéutica en Diabetes dirigido a profesionales de la salud en Venezuela. *Academia Biomedica Digital*
11. DCCT Research Group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine.* 1993;329:977-8.
12. Federation International de Diabetes (FID, 2015). Atlas de la diabetes de la FID 7th-Edition (Internet); Noviembre 2015. www.idf.org. [citado 22 abril 2016]. Disponible en:
13. http://www.idf.org/sites/default/files/SP_6E_Atlas_Full.pdf
14. Gonzalez y Col (2015). Conocimientos del diabético tipo 2 acerca de su enfermedad: estudio en un centro de salud. *Revista Medicina General de Familia*, edición digital. Disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
15. González-Pedraza y Col (2007), publicaron una investigación con el siguiente título: "Nivel de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2 del primer nivel de atención médica". *Gac Méd Méx* Vol. 143 No. 6. Disponible en: www.anmm.org.mx
16. Gonzalez-Bustillos M, Ballesteros-Alvaro A, Otero-Lopez M et al. Educación para la salud grupal o individual en diabetes mellitus. *Revision sistematica*. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y Leon. Disponible www.bazar.fundacionsigno.com
17. Hurtado, Jose (2004). Metodología de la Investigación. Editorial de La Universidad del Zulia (Ediluz). Maracaibo - Venezuela.
18. López R, Hurtado D, López L, Acosta J, Gerardo Chazzin G, et al. (2014). Una aproximación a conocer la prevalencia de hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida en Venezuela. *Avances Cardiol*; 34 (2):128-34.
19. López, Erica; Ortíz, Alicia; y López Mario (2016). Intervención educativa sobre el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes y baja o nula escolaridad. *Inv Ed Med.* 2016;5(17):11-16. Investigación en Educación Médica. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S200750571500040X/1-s2.0-S200750571500040X-main.pdf?_tid=e58a7b6a-a93b-11e6-7c00000aacb361&acdnat=1478998720_b74fb8b16467bf9dc61fb806bf4423d2
20. Menshikova, Elizabeth V., Vladimir B. Ritov, Frederico G. S. Toledo, Robert E. Ferrell, Bret H. Goodpaster, and David E. Kelley. (2015). Efecto de la pérdida de peso y actividad física sobre la función mitocondrial del músculo esquelético en la obesidad. *Am J Physiol Endocrinol Metab*, Apr 2015; 288: E818 - E825
21. Miyar, Ludmila; Zanetti, María; y Daguano, Michelle (2008). El conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad, antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 março-abril; 6(2).
22. Parra, Javier (2007). Guía del Muestreo. Editorial norma. Bogotá - Colombia.
23. Schargrodsky H; Hernández R; Marcet B. Carmela (2008). Assessment of cardiovascular risk in seven Latin American cities. *Am J Med*; 121(1): 58-65.
24. Sherifali, D; Bai, J.W; Kenny, M; Warren, R; y Ali, M.U. (2015). Diabetes self-management programmes in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Diabet Med.* Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/dme.12780>
25. Tamayo y Tamayo (2010). Diccionario de la Investigación Científica. Editorial Blanco, México, DF.
26. Vázquez, Luisa; Cruz, Francisco; Laynez, Carolina; Pérez, Miguel; y Godoy, Débora (2008). Impacto del nivel de conocimientos, la fuente de información y la experiencia con la enfermedad sobre las actitudes, creencias, conocimientos y emociones asociadas a la diabetes en un grupo de estudiantes de educación secundaria. *Apuntes de Psicología*, Vol. 26, número 3, págs. 479-499. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla.
27. Whiting D, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF Diabetes Atlas (2011). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011; 94:311-21.
28. World Health Organization (WHO, 2016). Informe Mundial sobre la Diabetes 2016. WHO/NMH/NVI/16.3. [citado 22 abril 2016]. Disponible en: www.who.int/diabetes/global-report.

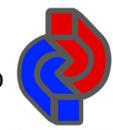
Manuel Velasco (Venezuela) **Editor en Jefe** - Felipe Alberto Espino Comercialización y Producción

Reg Registrada en los siguientes índices y bases de datos:

OPEN JOURNAL SYSTEMS (OJS), REDALYC (Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal),
 LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)
 LIVECS (Literatura Venezolana para la Ciencias de la Salud), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)
 PERIÓDICA (Índices de Revistas Latinoamericanas en Ciencias), REVENCYT (Índice y Biblioteca Electrónica de Revistas Venezolanas de Ciencias y Tecnología)
 SCIELO (Scientific Electronic Library Online), SABER UCV, DRJI (Directory of Research Journal Indexing)
 CLaCALIA (Conocimiento Latinoamericano y Caribeño de Libre Acceso), EBSCO Publishing, PROQUEST



Esta Revista se publica bajo el auspicio del
 Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico
 Universidad Central de Venezuela.



www.cdch-ucv.net

publicaciones@cdch-ucv.net

www.revistahipertension.com.ve
www.revistadiabetes.com.ve
www.revistasindrome.com.ve
www.revistaavft.com.ve