

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE MEDICINA



**Carga de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del
Hospital III EsSalud Chimbote 2025**

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Autores:

Hurtado López, Vanessa Jacqueline

Honores Marcelo, Juan Anthony

Asesor:

Ucañán Leyton, Angel Raúl

(ORCID:0000-0002-2002-9156)

Chimbote – Perú

2026

ÍNDICE GENERAL

Índice de tablas	3
Índice de figuras	4
Palabras claves.....	5
Constancia de Originalidad	i
Título.....	iii
Resumen	iv
Abstrac.....	v
Introducción	6
Metodología	17
Resultados	21
Análisis y Discusión.....	28
Conclusión.....	33
Recomendaciones.....	34
Referencias.....	35
Anexo.....	38

Índice de tablas

Tabla 1 . Años de vida perdidos AVISA en pacientes con DM2 atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote durante el año 2025	21
Tabla 2. Nivel de discapacidad funcional asociado a las complicaciones crónicas de la DM 2 mediante la aplicación del cuestionario EQ-5D-3L.	23
Tabla 3. Relación entre factores clínicos y biológicos, como hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia, y una mayor carga de enfermedad en pacientes con DM 2.	25
Tabla 4. Análisis de la normalidad.....	27
Tabla 5. Magnitud de la carga de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote durante el año 2025, considerando tanto la mortalidad prematura como el grado de discapacidad funcional.....	27

Índice de figuras

Figura 1A. Años de vida perdidos AVISA en pacientes con DM2 atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote durante el año 2025	21
Figura 2B. Años de vida perdidos AVISA según sexo en pacientes con DM2 atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote durante el año 2025	21
Figura 2. Nivel de discapacidad funcional asociado a las complicaciones crónicas de la DM 2 mediante la aplicación del cuestionario EQ-5D-3L.	24
Figura 3. Relación entre factores clínicos y biológicos, como hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia, y una mayor carga de enfermedad en pacientes con DM 2.	25

Palabras claves

Tema	Diabetes Mellitus Tipo 2, Carga de Enfermedad, Años de Vida Ajustados por Discapacidad, Mortalidad Prematura
Especialidad	Endocrinología

Keywords:

Theme	Diabetes Mellitus, Type 2,Burden of Disease,Disability-Adjusted Life Years ,Premature Mortality
Specialty	Endocrinology

Línea de investigación

Línea de Programa	Enfermedades emergentes y reemergentes
Área	Ciencias Médicas, Ciencias de la Salud
Subárea	Medicina Clínica
Disciplina	Medicina General, Medicina Interna

Constancia de Originalidad



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado **"Carga de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital III EsSalud Chimbote 2025"** del (a) estudiante: **HURTADO LOPEZ VANESSA JACQUELINE**, identificado(a) con Código N° **1118100319**, se ha verificado un porcentaje de similitud del **19%**, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 03 de marzo de 2026

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Dr. JAVIER MARTÍNEZ CARRIÓN
VICERRECTOR



NOTA: Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.



USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado "**Carga de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital III EsSalud Chimbote 2025**" del (a) estudiante: **HONORES MARCELO JUAN ANTHONY**, identificado(a) con Código N° **0199710470**, se ha verificado un porcentaje de similitud del **19%**, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 03 de marzo de 2026

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Dr. JAVIER MARTÍNEZ CARRIÓN
VICERRECTOR



NOTA: Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

Título

Carga de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital III
EsSalud Chimbote 2025

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar la magnitud de la carga de enfermedad, expresada en mortalidad prematura y discapacidad, en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote durante el año 2025. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de tipo descriptivo y corte transversal. La población estuvo constituida por 306 pacientes con diagnóstico de DM 2 atendidos en el establecimiento durante el periodo de estudio. La carga de enfermedad se estimó mediante el enfoque de los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), integrando los Años de Vida Perdidos por muerte prematura (YLL) y los Años Vividos con Discapacidad (YLD). Para la estimación de la discapacidad se empleó el cuestionario EQ-5D-3L, complementado con la información clínica obtenida de los registros institucionales. Luego del procesamiento de la información se llegó a los siguientes resultados: se logró identificar que los años perdidos por muerte prematura tuvo un valor medio de 1.8 años mientras que por discapacidad fue de 18 años. En general los años de vida saludable perdidos fue de 17 años, del mismo modo la discapacidad de los pacientes se ubicó en nivel moderado; por otro lado, las complicaciones asociadas a la discapacidad fueron el compromiso cardiovascular y el pie diabético. Finalmente se concluye que existe una correlación positiva y significativa entre la discapacidad y la carga de enfermedad ($r = 0.176$; $p = 0.002$).

Abstrac

The objective of this study was to determine the magnitude of the disease burden, expressed as premature mortality and disability, in patients with type 2 diabetes mellitus treated at Hospital III EsSalud Chimbote during 2025. The study employed a quantitative, non-experimental, descriptive, and cross-sectional design. The population consisted of patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus treated at the facility during the study period (306). The disease burden was estimated using the Disability-Adjusted Life Years (DALYs) approach, integrating Years of Life Lost due to premature death (YLL) and Years Lived with Disability (YLD). Disability was estimated using the EQ-5D-3L questionnaire, supplemented with clinical information obtained from institutional records. After processing the information, the following results were obtained: it was identified that the average years of life lost due to premature death was 1.8 years, while those lost due to disability averaged 18 years. Overall, the average years of healthy life lost was 17 years. Similarly, the patients' disability was classified as moderate. Furthermore, the complications associated with disability were cardiovascular involvement and diabetic foot. Finally, it was concluded that there is a positive and significant correlation between disability and disease burden ($r = 0.176$; $p = 0.002$).

Introducción

Antecedentes y fundamentación científica

Internacional

En el contexto internacional, la DM2 es considerada como una de las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor repercusión sobre la salud poblacional. Su impacto sanitario no se expresa únicamente a través de la mortalidad, sino que se prolonga en el tiempo mediante la acumulación de limitaciones funcionales que afectan la calidad de vida de los adultos. Por esta razón, los estudios epidemiológicos contemporáneos recomiendan la utilización de indicadores integrales que permitan cuantificar de forma conjunta la pérdida de años de vida por muerte prematura y los años vividos con discapacidad a lo largo del curso de la enfermedad (GBD Collaborators, 2020; Murray & López, 2017).

En distintos países, tanto de ingresos medios como en economías desarrolladas, se ha evidenciado que el aumento en la supervivencia de los pacientes con DM2 se asocia a una mayor acumulación de discapacidad relacionada con complicaciones crónicas. Este fenómeno explica que, en muchos contextos, la mayor proporción de la carga total de enfermedad esté determinada por los años vividos con limitaciones funcionales, especialmente en población adulta mayor, más que por la mortalidad prematura (Barquera et al., 2018).

De manera similar, una investigación desarrollada en Europa analizó la carga de enfermedad de la DM2 en población adulta utilizando los componentes de mortalidad prematura y discapacidad. Los resultados evidenciaron que la discapacidad representó la mayor proporción de la carga total, especialmente en adultos de 50 años o más, lo que subraya el curso crónico y progresivo de la enfermedad. Asimismo, se identificó mayor carga de enfermedad en pacientes con comorbilidades asociadas, incrementando la pérdida de años de vida saludable (NCD Risk Factor Collaboration, 2019).

En Asia, estudios poblacionales han reportado un incremento sostenido de la carga de enfermedad asociada a la DM 2, particularmente en contextos urbanos. Los autores señalaron que el envejecimiento poblacional y las modificaciones en los patrones de vida han favorecido el incremento de años vividos con discapacidad, generando un impacto relevante tanto en los sistemas de salud como en la productividad económica (Zhou et al., 2016; GBD Collaborators, 2019).

Finalmente, investigaciones realizadas en países de Norteamérica han empleado indicadores de carga de enfermedad para la evaluación del impacto de la DM2 en distintos grupos poblacionales. Estos resultados mostraron que la combinación de mortalidad prematura y discapacidad permite una comprensión más integral del daño en salud asociado a esta enfermedad, evidenciando diferencias según edad y sexo. Los autores concluyeron que la estimación de la carga de enfermedad constituye una herramienta fundamental como soporte para la toma de decisiones en salud pública y el uso eficiente de los recursos (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Nacional

En el Perú, la DM2, se ha posicionado entre las enfermedades crónicas de mayor relevancia, en estrecha relación con el proceso de la transición demográfica caracterizada por el envejecimiento poblacional y la alta prevalencia de factores de riesgo metabólicos. Este escenario ha generado un incremento sostenido de la carga sanitaria atribuible a la enfermedad, cuyo impacto trasciende la mortalidad prematura y se expresa de manera prolongada a través de limitaciones funcionales que impactan en el desempeño cotidiano de los pacientes (Ministerio de Salud del Perú, 2022).

En el contexto hospitalario peruano, la DM 2 se caracteriza por un curso clínico prolongado que con frecuencia se acompaña de complicaciones crónicas responsables de limitaciones funcionales progresivas. Diversas investigaciones han señalado que los pacientes no solo enfrentan el riesgo de muerte prematura, sino que permanecen largos periodos con afectación de su funcionalidad física y autonomía, producto del compromiso de pequeños y grandes vasos sanguíneos vinculado a la enfermedad. Este componente de discapacidad suele quedar invisibilizado cuando el análisis se centra

exclusivamente en indicadores de mortalidad, lo que impide dimensionar de manera integral el impacto real de la DM2 en la población adulta atendida en los servicios de salud (Alarcón et al., 2019).

En este sentido, investigaciones desarrolladas en Lima Metropolitana que aplicaron el enfoque en los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) demostraron que la discapacidad constituye el principal componente de la carga total de enfermedad asociada a la DM2. Los autores señalaron que la mayor supervivencia de los pacientes, sumada a la presencia de comorbilidades como hipertensión arterial y obesidad, incrementa de forma significativa los años vividos con limitaciones funcionales, reforzando la necesidad de utilizar indicadores integrales para la evaluación del daño en salud (Velásquez et al., 2018).

Asimismo, estudios realizados en regiones del norte del Perú han identificado que variables sociodemográficas y clínicas, como la edad avanzada, el sexo y la coexistencia de HTA y dislipidemia, se asocian con una mayor pérdida de años de vida saludable en pacientes con DM2. Estos hallazgos evidencian que la carga de enfermedad presenta variaciones regionales, lo que hace necesario generar estimaciones locales que permitan una mejor planificación de las intervenciones sanitarias (Ramos et al., 2020).

En conjunto, la evidencia nacional disponible sugiere que la DM2 genera una carga de enfermedad relevante en el Perú, caracterizada por una interacción compleja entre mortalidad prematura y discapacidad funcional. No obstante, muchos de los estudios existentes presentan limitaciones en cuanto a su ámbito de aplicación y cobertura hospitalaria, lo que evidencia la necesidad de desarrollar investigaciones específicas que cuantifiquen de manera integral la magnitud de este problema en contextos asistenciales particulares (MINSA, 2022).

Local

En la región de Ancash, y específicamente en el Hospital III EsSalud Chimbote, la DM2 representa un problema sanitario significativo, evidenciado por la alta

prevalencia de complicaciones crónicas, así como la demanda de atención en servicios de salud. Según el Informe de Salud Hospitalaria de EsSalud Chimbote (2019), un porcentaje considerable de pacientes con DM2 presentaba neuropatía, retinopatía y enfermedad cardiovascular, lo que refleja una repercusión directa en la funcionalidad y en la calidad de vida de los pacientes.

Estudios locales han documentado que las complicaciones asociadas a la DM2 no solo aumentan la mortalidad prematura, sino que generan discapacidad funcional significativa, afectando la capacidad de los pacientes para llevar a cabo las actividades de la vida diaria e incrementando la necesidad de soporte médico y social (Elías, 2022). Esta situación enfatiza la relevancia de cuantificar los años vividos con discapacidad (YLD) dentro del enfoque de carga de enfermedad, lo que permite una valoración objetiva del impacto real de la enfermedad a nivel hospitalario.

Además, investigaciones realizadas en la región han identificado que factores como hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia y falta de adherencia al tratamiento están estrechamente asociados con el desarrollo progresivo de la DM2 y la aparición de manifestaciones clínicas. El análisis de estos factores locales proporciona información contextualizada para la planificación de estrategias preventivas y de manejo clínico (Corral, Pruna, & Sornoza, 2022; Fernández & Gonzáles, 2023).

En el ámbito institucional, la experiencia del Hospital III EsSalud Chimbote demuestra que existe un déficit de estudios que cuantifiquen integralmente la carga de enfermedad, combinando mortalidad prematura (YLL) y discapacidad funcional (YLD). Esto limita la capacidad del hospital para priorizar recursos y diseñar intervenciones efectivas que mitiguen el impacto de la DM2 en la población adulta atendida.

Por lo tanto, los antecedentes locales destacan la necesidad de generar evidencia específica para Chimbote, utilizando instrumentos estandarizados como el EQ-5D-3L y aplicando la metodología de AVISA, con el objetivo de caracterizar la carga de enfermedad de la DM2 en este contexto y orientar la toma de decisiones en salud pública y atención hospitalaria.

Marco Teórico

Diabetes Mellitus tipo 2

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por hiperglucemia persistente secundaria a defectos en la secreción de insulina, resistencia periférica a su acción o la combinación de ambos mecanismos fisiopatológicos. Estas alteraciones producen trastornos en el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas, generando un estado hiperglucémico crónico que favorece el daño progresivo de múltiples órganos y sistemas.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la DM2 se origina principalmente por la resistencia a la insulina en tejidos periféricos como músculo, hígado y tejido adiposo, acompañada de un deterioro progresivo de la función de las células beta pancreáticas. Esta disfunción conduce a una disminución en la captación de glucosa por los tejidos y a un incremento en la producción hepática de glucosa, lo que finalmente ocasiona hiperglucemia sostenida.

La evolución prolongada de la enfermedad favorece el desarrollo de complicaciones microvasculares y macrovasculares. Entre las complicaciones microvasculares destacan la retinopatía diabética, nefropatía diabética y neuropatía periférica; mientras que las complicaciones macrovasculares incluyen enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular y enfermedad arterial periférica. Estas complicaciones constituyen las principales causas de discapacidad y mortalidad en pacientes con diabetes.

Carga de enfermedad

La carga de enfermedad es un enfoque epidemiológico utilizado para cuantificar el impacto que una enfermedad genera en una población, considerando tanto la mortalidad prematura como la discapacidad asociada a la enfermedad.

El indicador más utilizado para medir la carga de enfermedad son los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALY), que integran dos componentes principales:

Años de Vida Perdidos por muerte prematura (YLL), que representan los años de vida perdidos debido a fallecimientos ocurridos antes de la esperanza de vida esperada.

Años Vividos con Discapacidad (YLD), que estiman el tiempo vivido con enfermedad o limitaciones funcionales derivadas de una condición de salud.

La suma de ambos componentes permite estimar el total de años de vida saludable perdidos en una población como consecuencia de una enfermedad determinada.

Carga de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2

La DM2 representa una de las principales causas de carga de enfermedad a nivel mundial debido a su alta prevalencia, evolución crónica y desarrollo frecuente de complicaciones incapacitantes.

Aunque la mortalidad asociada a la diabetes es considerable, gran parte de su impacto sanitario se relaciona con los años vividos con discapacidad ocasionados por complicaciones crónicas como neuropatía diabética, retinopatía, nefropatía, enfermedad cardiovascular y pie diabético.

Estas condiciones pueden generar limitaciones funcionales, deterioro de la movilidad, amputaciones, pérdida visual y reducción significativa de la calidad de vida. Por ello, el análisis de la carga de enfermedad en pacientes con DM2 permite comprender de manera más integral la magnitud del problema de salud pública y orientar estrategias de prevención, tratamiento y control de la enfermedad.

Calidad de vida relacionada con la salud

Para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 se utilizó el instrumento EQ-5D-3L, desarrollado por el EuroQol Group.

La selección de este instrumento se fundamenta en su validez y amplia aplicación en estudios clínicos y epidemiológicos para la medición del estado de salud percibido por los pacientes. El EQ-5D-3L evalúa cinco dimensiones fundamentales: movilidad, cuidado personal, actividades habituales, dolor o malestar y ansiedad o depresión, permitiendo identificar limitaciones funcionales asociadas a enfermedades crónicas.

Asimismo, este instrumento permite obtener valores de utilidad en salud que pueden emplearse en estudios de carga de enfermedad, particularmente en la estimación de los años vividos con discapacidad dentro del indicador de años de vida ajustados por discapacidad. Debido a su estructura sencilla, fácil aplicación y adecuada reproducibilidad, constituye una herramienta pertinente para evaluar el impacto de la diabetes en la calidad de vida de los pacientes.

Justificación

Justificación teórica

Desde el punto de vista teórico, la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) constituye una enfermedad metabólica crónica caracterizada por hiperglucemia persistente, resultante de alteraciones en la secreción de insulina, resistencia periférica a su acción o la combinación de ambos mecanismos fisiopatológicos. Esta condición se asocia con trastornos del metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas, y con el desarrollo progresivo de complicaciones microvasculares y macrovasculares que comprometen órganos diana como el riñón, retina, sistema nervioso periférico y aparato cardiovascular. La naturaleza crónica y progresiva de la enfermedad genera un impacto significativo en la salud individual y colectiva, debido a la aparición de discapacidad funcional, reducción de la calidad de vida y aumento del riesgo de mortalidad prematura.

En este contexto, el análisis del impacto sanitario de la DM2 se fundamenta en el enfoque de carga de enfermedad, el cual permite cuantificar de manera integral el daño

generado por una patología en la población. Este enfoque epidemiológico se expresa mediante los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA o DALY), indicador que integra dos componentes fundamentales: los Años de Vida Perdidos por muerte prematura (YLL) y los Años Vividos con Discapacidad (YLD). A través de esta metodología es posible estimar no solo la mortalidad atribuible a la enfermedad, sino también el tiempo durante el cual los individuos viven con limitaciones funcionales derivadas de sus complicaciones.

La aplicación del enfoque de carga de enfermedad en la DM2 resulta especialmente relevante debido a que, en la mayoría de los pacientes, el mayor impacto sanitario no se relaciona exclusivamente con la mortalidad, sino con la acumulación de años vividos con discapacidad ocasionada por complicaciones crónicas como neuropatía, retinopatía, nefropatía, enfermedad cardiovascular y pie diabético. En consecuencia, el estudio de estos indicadores permite comprender de manera más precisa la magnitud real del problema de salud pública, así como orientar la planificación de intervenciones preventivas, estrategias terapéuticas y políticas sanitarias dirigidas a reducir el impacto de la enfermedad en la población.

Justificación práctica

Desde la perspectiva práctica, los resultados de este estudio permitirán identificar la magnitud real de la carga de enfermedad en pacientes con DM 2 atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote, facilitando la detección de grupos con mayor riesgo de mortalidad prematura y discapacidad funcional.

La información generada servirá como insumo para el diseño y fortalecimiento de estrategias clínicas orientadas al control metabólico, la prevención de complicaciones crónicas y el seguimiento integral de los pacientes con DM2. Asimismo, los hallazgos podrán ser utilizados por el personal de salud para optimizar la toma de decisiones clínicas y priorizar intervenciones en pacientes con mayor deterioro funcional, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención hospitalaria.

Justificación social

En el ámbito social, la DM 2 constituye una enfermedad crónica que impacta negativamente no solo en la salud del paciente, sino también en su entorno familiar y social, al generar limitaciones funcionales, dependencia y disminución de la calidad de vida. La cuantificación de la discapacidad asociada a esta enfermedad permite visibilizar un problema que frecuentemente es subestimado en los indicadores convencionales de salud.

Los resultados de la investigación aportarán evidencia relevante para la planificación de políticas y programas de salud orientados a reducir el impacto social y económico de la DM2, favoreciendo la asignación eficiente de recursos y el desarrollo de intervenciones preventivas y educativas. De esta manera, el estudio contribuirá al bienestar de la población atendida y al fortalecimiento del sistema de salud en el contexto local.

Justificación metodológica

Desde el punto de vista metodológico, la investigación se justifica porque aplica un diseño cuantitativo, observacional y transversal con nivel descriptivo-analítico, adecuado para la estimación de la carga de enfermedad en una población definida. La combinación de fuentes secundarias (historias clínicas y registros hospitalarios) con instrumentos estandarizados y validados internacionalmente, como el EQ-5D-3L, garantiza la confiabilidad y validez de los datos obtenidos.

Además, el empleo del enfoque AVISA y la diferenciación de la esperanza de vida según sexo para el cálculo de los YLL fortalecen el rigor metodológico del estudio, permitiendo obtener estimaciones más precisas y comparables con investigaciones nacionales e internacionales. Esta metodología puede ser replicada en otros establecimientos de salud, contribuyendo al desarrollo de estudios similares en diferentes contextos.

Justificación científica

La presente investigación se justifica científicamente porque permite evaluar de manera integral el impacto de la Diabetes Mellitus Tipo 2 mediante el enfoque de carga de enfermedad, que integra los Años de Vida Perdidos por muerte prematura (YLL) y los Años Vividos con Discapacidad (YLD), expresados en Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA). Este enfoque permite comprender con mayor precisión la magnitud del daño en salud generado por esta enfermedad crónica, superando los indicadores tradicionales basados únicamente en mortalidad o morbilidad. Asimismo, la aplicación del cuestionario EQ-5D-3L permite evaluar el grado de discapacidad funcional en los pacientes, generando evidencia científica sobre el impacto real de la enfermedad y sus complicaciones. De esta manera, el estudio contribuye a ampliar el conocimiento epidemiológico sobre la carga de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote.

Problema

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) constituye uno de los principales problemas de salud pública debido a su elevada prevalencia y a las complicaciones crónicas asociadas que afectan múltiples órganos y sistemas. Su progresión suele acompañarse de complicaciones microvasculares y macrovasculares que generan limitaciones funcionales, discapacidad y aumento del riesgo de mortalidad prematura.

En el Hospital III EsSalud Chimbote, se atiende un número considerable de pacientes con DM2 que presentan diversas complicaciones; sin embargo, la información disponible se centra principalmente en aspectos clínicos y de control metabólico, existiendo escasa evidencia que permita evaluar de manera integral el impacto de esta enfermedad en términos de carga de enfermedad, considerando tanto la mortalidad prematura como los años vividos con discapacidad.

Ante esta limitada evidencia local, surge la necesidad de cuantificar la magnitud de este problema en la población atendida, lo que permitirá comprender mejor su impacto en la salud de los pacientes y orientar futuras estrategias de intervención.

En este contexto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la magnitud de la carga de enfermedad, expresada en mortalidad prematura y discapacidad, en pacientes con DM 2 atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote durante el año 2025?

Hipótesis

Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote presentan una carga de enfermedad caracterizada por mortalidad prematura y discapacidad funcional asociada a complicaciones crónicas

Objetivos

Objetivo general

Determinar la magnitud de la carga de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote durante el año 2025, considerando tanto la mortalidad prematura como el grado de discapacidad funcional.

Objetivos específicos

Estimar los años de vida perdidos AVISA en pacientes con DM2 atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote durante el año 2025.

Evaluar el nivel de discapacidad funcional asociado a las complicaciones crónicas de la DM 2 mediante la aplicación del cuestionario EQ-5D-3L.

Analizar la relación entre factores clínicos y biológicos, como como retinopatía, nefropatía, neuropatía, cardiovascular, pie diabético, otras complicaciones, y una mayor carga de enfermedad en pacientes con DM 2.

Metodología

Tipo y diseño del estudio

Tipo: Observacional

Nivel: Descriptivo-analítico

Enfoque: Cuantitativo

Diseño: No experimental

Población y Muestra.

Población: 306 pacientes diagnosticados con DM 2 atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote durante el año 2025.

Criterios de inclusión:

Diagnóstico confirmado de DM2 según criterios ADA/OMS

Edad ≥ 18 años

Historia clínica completa en el hospital

Criterios de exclusión:

Pacientes con DM tipo 1

Pacientes con historia clínica incompleta

Pacientes que no acepten participar en encuesta (EQ-5D)

Muestra:

Se empleó un muestreo censal, incluyendo a la totalidad de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión durante el periodo de estudio. Este enfoque permitió estimar con mayor precisión los años de vida perdidos por muerte prematura (YLL), al utilizar como referencia la esperanza de vida diferenciada por sexo, y evaluar de manera integral la discapacidad asociada a la DM 2 en la población atendida.

Cuadro N° 1. Esperanza de vida al nacer por sexo.

Sexo	Esperanza de vida al nacer (años)	Aplicación en el estudio
Hombres	74.9	Cálculo de YLL en pacientes masculinos fallecidos por DM2
Mujeres	80.1	Cálculo de YLL en pacientes femeninas fallecidas por DM2

Para el cálculo de los años de vida perdidos por muerte prematura (YLL), se comparó la edad al fallecimiento de cada paciente con la esperanza de vida correspondiente a su sexo. Este procedimiento permitió una estimación más precisa de la carga de enfermedad asociada a la DM2, evitando sesgos derivados del uso de una única expectativa de vida promedio.

Variables de estudio

Variable dependiente: Carga de enfermedad

La carga de enfermedad se define como el impacto global de la DM sobre la salud del paciente, expresado a través de la mortalidad prematura y la discapacidad funcional generada por sus complicaciones.

Dimensión: Mortalidad prematura (YLL)

Indicadores: número de defunciones, edad al fallecimiento y diferencia entre la esperanza de vida referencial y la edad de muerte.

Fuente de información: registros hospitalarios, historias clínicas y tablas de esperanza de vida.

Dimensión: Discapacidad (YLD)

Indicadores: presencia y tipo de complicaciones crónicas, duración de la discapacidad y grado de limitación funcional.

Instrumentos: historia clínica y cuestionario EQ-5D-3L.

Variables independientes

Incluyen características sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo y estado civil) y factores clínicos asociados a la DM 2 (retinopatía, nefropatía, neuropatía, cardiovascular, pie diabético, otras complicaciones).

Técnica e instrumentos

La técnica de recolección de datos empleada en el presente estudio fue la revisión documental y la encuesta, las cuales permitieron obtener información pertinente y confiable para el análisis de la carga de enfermedad en pacientes con DM2.

La revisión documental se realizó a través del análisis de las historias clínicas y registros hospitalarios de los pacientes atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote durante el año 2025. Esta técnica permitió recopilar información relacionada con las características sociodemográficas, antecedentes clínicos, presencia de comorbilidades, complicaciones crónicas y datos de mortalidad necesarios para el cálculo de los años de vida perdidos por muerte prematura (YLL).

Como instrumento para esta técnica se utilizó una ficha de recolección de datos, elaborada por los investigadores, que contiene los indicadores correspondientes a las variables del estudio. Dicho instrumento fue sometido a validación por juicio de expertos y a una prueba piloto para garantizar su claridad, pertinencia y consistencia.

Asimismo, para la medición de la discapacidad funcional se empleó la técnica de la encuesta, utilizando como instrumento el cuestionario EQ-5D-3L, el cual evalúa cinco dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud. Este instrumento permitió determinar el grado de discapacidad funcional y estimar los años vividos con discapacidad (YLD) en los pacientes con DM 2.

La información recolectada fue registrada de manera confidencial, asignando códigos a cada paciente, respetando los principios éticos de la investigación.

Procesamiento y análisis de información

Una vez recolectados los datos, estos fueron revisados, codificados y registrados en una base de datos elaborada en Microsoft Excel, para posteriormente ser procesados mediante

un programa estadístico. Se realizó una depuración previa de la información con el fin de garantizar la calidad y consistencia de los datos.

El análisis de la información se desarrolló en dos niveles. En primer lugar, se efectuó un análisis descriptivo, empleando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. La carga de enfermedad fue estimada mediante el cálculo de los años de vida perdidos por muerte prematura (YLL) y los años vividos con discapacidad (YLD), considerando la esperanza de vida diferenciada por sexo y los resultados del cuestionario EQ-5D-3L.

En segundo lugar, se realizó un análisis analítico, orientado a evaluar la relación entre la carga de enfermedad y los factores clínicos asociados, como hipertensión arterial, obesidad y dislipidemia. Para este propósito se emplearon pruebas estadísticas de asociación, de acuerdo con la naturaleza de las variables, considerando un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.

Los resultados obtenidos se presentaron en tablas y gráficos estadísticos, facilitando su interpretación y discusión.

Cuadro N°2. Nivel de discapacidad

Nivel de discapacidad	Peso
Leve	0.04
Moderada	0.17
Severa	0.43

Resultados

Tabla 1 . Años de vida perdidos AVISA en pacientes con DM2 atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote durante el año 2025

	Sexo	AVISA	Condición	Total
Muerte (YLL)	Femenino	5.0	1.8	17.3
	Masculino	-3.9		
Discapacidad (YDL)	Femenino	20.7	18.0	
	Masculino	14.1		

Figura 1A. Años de vida perdidos AVISA en pacientes con DM2 atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote durante el año 2025

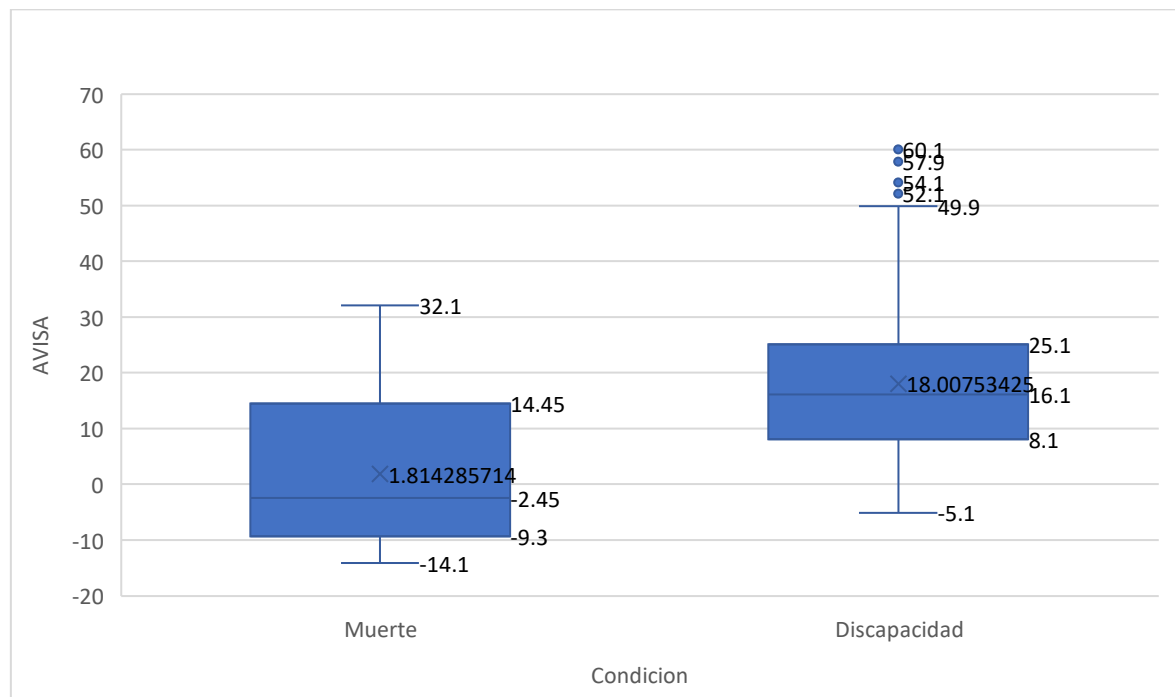
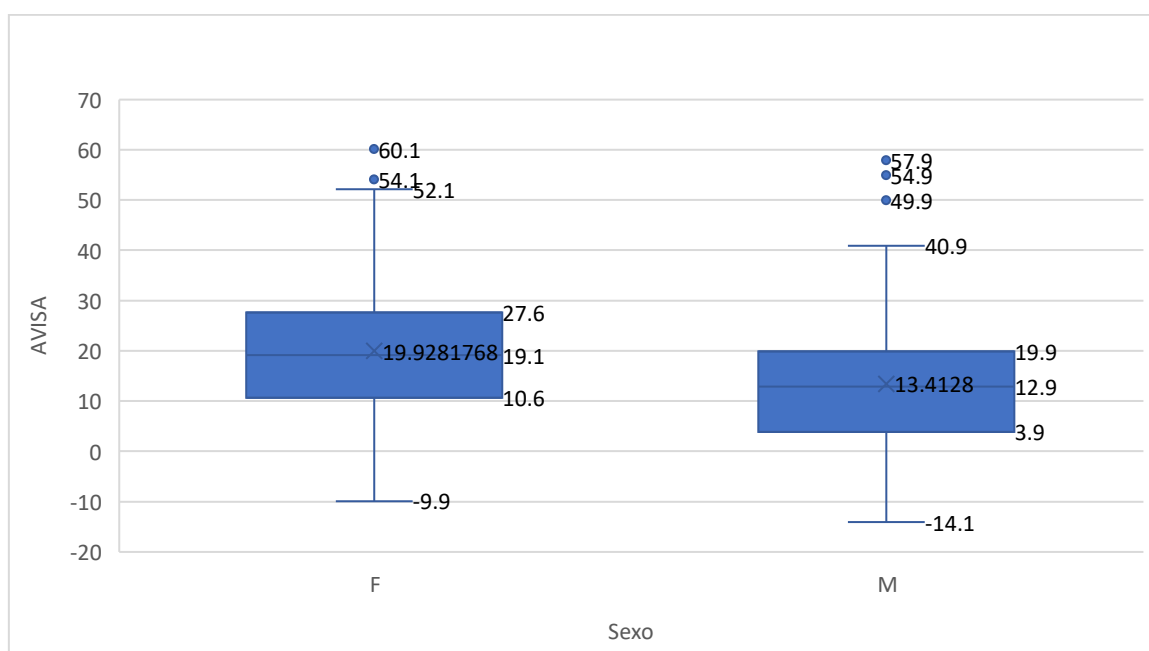


Figura 1B. Años de vida perdidos AVISA según sexo en pacientes con DM2 atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote durante el año 2025



El análisis de la carga de enfermedad expresada en años de vida saludables perdidos (AVISA) evidencia diferencias según condición y sexo reflejados en la tabla 1 y figura 1A y 2B.

En relación a la mortalidad prematura (YLL), se observa que el grupo femenino concentra una pérdida de años saludables, reflejada en los valores promedio (5.0 años) lo que sugiere la ocurrencia de fallecimiento antes de alcanzar la esperanza de vida. En contraste con el grupo masculino, que registra un valor negativo (-3.9) situación que refleja por la diferencia en la edad al fallecimiento es superior al de la esperanza de vida. En conjunto, la suma total de años perdidos por muerte alcanza los 1.8, lo que confirma que la mortalidad contribuye de manera relevante a la carga global de enfermedad de la población evaluada.

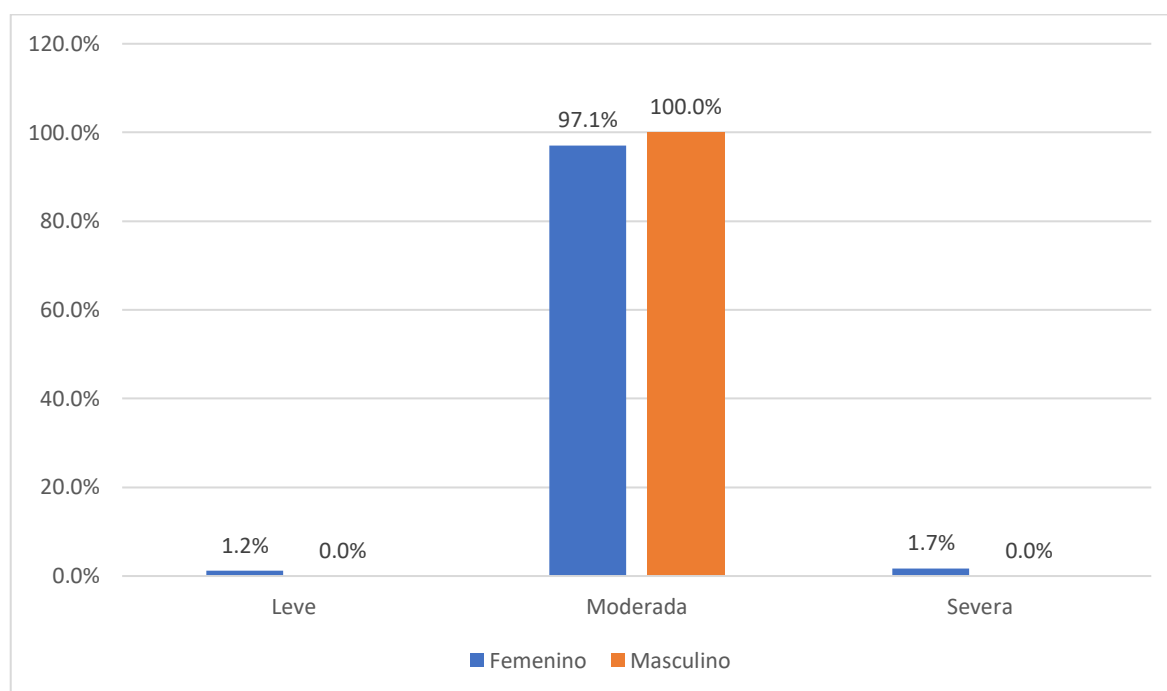
Respecto al componente de discapacidad (YLD), los resultados muestran una mayor acumulación de años vividos con pérdida de salud en el sexo femenino (20.7) en comparación con el masculino (14.1). Este patrón sugiere que, aunque la supervivencia pueda ser mayor, las mujeres presentan una carga elevada asociada a limitaciones funcionales derivadas de la enfermedad y sus complicaciones. En conjunto, la suma total de años perdidos por discapacidad alcanza los 18, lo que confirma que la discapacidad contribuye de manera relevante a la carga global de enfermedad de la población evaluada.

En términos generales la suma de los años perdidos por muerte prematura y discapacidad se evalúa en 17 años.

Tabla 2. Nivel de discapacidad funcional asociado a las complicaciones crónicas de la DM 2 mediante la aplicación del cuestionario EQ-5D-3L.

Nivel	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Leve	2	1.2%	0	0.0%	2	0.7%
Moderada	167	97.1%	120	100.0%	287	98.3%
Severa	3	1.7%	0	0.0%	3	1.0%
Total	172	100%	120	100%	292	100.0%

Figura 2. Nivel de discapacidad funcional asociado a las complicaciones crónicas de la DM 2 mediante la aplicación del cuestionario EQ-5D-3L.



El análisis de la distribución del nivel de discapacidad funcional, evaluado mediante el instrumento EQ-5D-3L, muestran en la tabla 2 y figura 2, un patrón homogéneo y claramente concentrado en la categoría moderada. Del total de 292 pacientes con discapacidad el 98.3% presentan limitaciones funcionales de intensidad intermedia, lo que convierte a este nivel en el predominante tanto en varones como en mujeres.

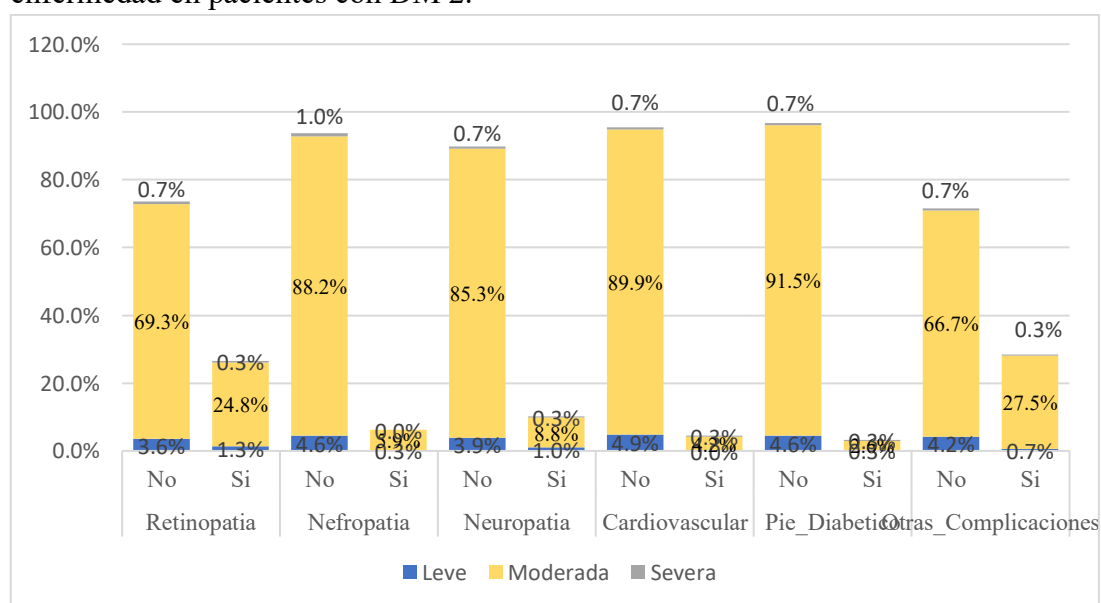
En el grupo femenino, el 97.1% se ubica en el nivel moderado, mientras que el sexo masculino la totalidad (100%) corresponda a esta misma categoría.

Los niveles leve y severo muestran una frecuencia considerablemente menor. La discapacidad leve presenta solo el 0.7% del total y se identifica exclusivamente en mujeres (1.2%). De manera similar, la categoría severa alcanza el 1% del conjunto de la muestra y también se presenta únicamente en el sexo femenino (1.7%). En los varones no se registran casos de estos dos extremos de la escala, lo que sugiere una concentración absoluta en el nivel intermedio.

Tabla 3. Relación entre factores clínicos y biológicos, como retinopatía, nefropatía, neuropatía, cardiovascular, pie diabético, otras complicaciones, y una mayor carga de enfermedad en pacientes con DM 2.

Complicaciones		Nivel Discapacidad						Prueba	
		Leve		Moderada		Severa		Chi Cuadrado	Sig. (p)
		N	%	N	%	N	%		
Retinopatía	No	11	3.6%	212	69.3%	2	0.7%	0.074	0.964
	Si	4	1.3%	76	24.8%	1	0.3%		
Nefropatía	No	14	4.6%	270	88.2%	3	1.0%	0.205	0.903
	Si	1	0.3%	18	5.9%	0	0.0%		
Neuropatía	No	12	3.9%	261	85.3%	2	0.7%	3.559	0.169
	Si	3	1.0%	27	8.8%	1	0.3%		
Cardiovascular	No	15	4.9%	275	89.9%	2	0.7%	6.405	0.041
	Si	0	0.0%	13	4.2%	1	0.3%		
Pie Diabético	No	14	4.6%	280	91.5%	2	0.7%	9.345	0.009
	Si	1	0.3%	8	2.6%	1	0.3%		
Otras Complicaciones	No	13	4.2%	204	66.7%	2	0.7%	1.792	0.408
	Si	2	0.7%	84	27.5%	1	0.3%		

Figura 3. Relación entre factores clínicos y biológicos, como retinopatía, nefropatía, neuropatía, cardiovascular, pie diabético, otras complicaciones y una mayor carga de enfermedad en pacientes con DM 2.



En análisis presentado en la tabla 3 y figura 3 examina la asociación entre las distintas complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2 y el nivel de discapacidad funcional.

En relación con la retinopatía, la distribución de los niveles de discapacidad muestra un predominio claro de la categoría moderada tanto en pacientes con esta complicación como aquellos que no la presentan. El valor de significancia ($p = 0.964$) indica ausencia de asociación entre la retinopatía y el grado de discapacidad.

Un comportamiento similar se observa en la nefropatía, donde la mayor parte de pacientes, independientemente de presentar o no compromiso renal, se ubica en el nivel moderado. El valor $p = 0.903$ confirma que no existe evidencia de asociación.

Respecto a la neuropatía, aunque se aprecia una ligera mayor proporción de discapacidad severa entre quienes la presentan, el análisis inferencial ($p = 0.0169$) no alcanza el umbral convencional de significancia ($p < 0.05$). Por lo tanto, no se puede establecer una asociación concluyente.

En contraste, las complicaciones cardiovasculares muestran una relación estadísticamente significativa con el nivel de discapacidad ($p = 0.041 < 0.05$). Este resultado indica que la presencia de compromiso cardiovascular se asocia con mayor grado de afectación funcional.

De manera aún más consistente, el pie diabético evidencia una asociación significativa ($p = 0.009 < 0.05$), lo que sugiere que esta complicación incrementa la probabilidad de presentar discapacidad más severa.

Finalmente, el grupo de otras complicaciones no mostro asociación significativa ($p = 0.408$), lo que indica que, en conjunto estas condiciones no se relacionan de manera diferenciada con el nivel de discapacidad funcional de la población evaluada.

Tabla 4. Análisis de la normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
AVISA	0.060	306	0.010
PESO (discapacidad)	0.491	306	0.000

El análisis de normalidad presentada en la tabla 4, demuestra que la distribución de las variables presenta valores de significancia (p) inferiores al 5%, por lo tanto, al no rebasar el umbral de la prueba, se concluye no cumplen con el supuesto de normalidad. Esto quiere decir, que para el análisis de correlación se tomará en cuenta la prueba no paramétrica de Rho de Spearman.

Tabla 5. Magnitud de la carga de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote durante el año 2025, considerando tanto la mortalidad prematura como el grado de discapacidad funcional.

	Peso – discapacidad	
	Coef. Correl.	,176**
AVISA	p (sig.)	0.002
	N	306

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel .01

El coeficiente de correlación obtenido en la tabla 5, $p = 0.176$ indica la existencia de una asociación positiva de magnitud leve entre ambas variables. Esto significa que, a medida que aumenta el peso asignado el grado de discapacidad funcional, se incrementa también la carga total de la enfermedad. Del mismo modo, el valor de $p = 0.002$, inferior al 1%, demuestra que la relación observada no es producto de azar y posee respaldo estadístico sólido dentro de la muestra escogida. Esto permite afirmar que existe una asociación estadísticamente significativa entre el deterioro funcional y la magnitud de la pérdida de años saludables.

Análisis y Discusión

El análisis de la carga de enfermedad expresada en años de vida saludables perdidos (AVISA) evidencia diferencias según condición y sexo, tal como se muestra en la tabla 1 y figura 1A y 2B.

En relación con la mortalidad prematura (YLL), se observa que el grupo femenino concentra una mayor pérdida promedio de años saludables (5.0 años), lo que sugiere fallecimientos ocurridos antes de alcanzar la esperanza de vida esperada. Este hallazgo resulta coherente con lo señalado por NCD Risk Factor Collaboration (2019), quienes identificaron que la carga de enfermedad por DM2 puede variar según sexo y grupo étnico, particularmente cuando coexiste comorbilidades. A nivel nacional, Ramos et al. (2020) también reportaron que variables sociodemográficas, incluido el sexo, se asocian con mayor pérdida de años de vida saludable en determinadas regiones del país. La mayor concentración (YLL) de mujeres observadas en el presente estudio podría estar influida por diferencias en edad de diagnóstico, tiempo de evolución o presencia de complicaciones; estos resultados invitan a reflexionar sobre la vulnerabilidad diferenciada que pueden enfrentar las mujeres con DM2, muchas veces vinculadas a dobles cargas sociales y limitaciones de autocuidado.

Este planteamiento se encuentra con concordancia con el enfoque metodológico propuesto por los GBD Collaborators (2020) y por Murray López (2017), quienes sostienen que la cuantificación integral de las cargas sanitarias debe considerar simultáneamente la mortalidad prematura (YLL) y los años vividos con discapacidad (YLD), permitiendo además identificar variaciones según características demográficas como el sexo. Asimismo, los reportes de Centers for Disease Control and Prevention (2020) subrayan que el análisis diferenciado por sexo mejora la comprensión del impacto real de la DM2 en distintos grupos poblacionales. En ese sentido, los resultados del Hospital III Chimbote EsSalud no solo se alinea con el marco conceptual internacional, sino que responde a la recomendación de generar estimaciones locales desagregadas.

Analizar la enfermedad considerando diferencias entre hombres y mujeres permite reconocer que el impacto no es homogéneo y que detrás de las cifras existen trayectorias vitales distintas que merecen atención diferenciada.

En contraste, el grupo masculino registra un valor negativo (- 3.9) lo que indica que la edad al fallecer supera la esperanza de vida utilizada como referencia en el cálculo (74.9 años). Si bien este resultado puede parecer atípico, metodológicamente refleja que no todos los decesos asociados a DM2 ocurren necesariamente en edades tempranas. Este comportamiento es consistente con lo descrito por Barquera et al. (2018), quienes señalan que en muchos contextos el incremento en la supervivencia de pacientes con DM2 desplaza parte de la carga hacia los años vividos con discapacidad más que hacia la mortalidad prematura. Asimismo, el Ministerio de Salud (Minsa, 2022) reconoce que la transición demográfica y el envejecimiento poblacional han modificado el perfil de la mortalidad, generando mayor supervivencia en enfermedades crónicas.

En conjunto, la suma total de años perdidos por muerte (1.8 años) confirma que la mortalidad contribuye de manera relevante a la carga global de enfermedades en la población evaluada, aunque no constituye el único determinante. Este resultado se articula con lo expuesto por Alarcón et al. (2019), quienes advierten que centrar el análisis exclusivamente en la mortalidad invisibiliza el componente de discapacidad que acompaña el curso prolongado de DM2. De igual forma, Velásquez et al. (2018) demostraron en Lima Metropolitana que la discapacidad suele presentar el componente predominante del AVISA, aun cuando la mortalidad mantiene un aporte significativo. En el ámbito local, el informe de Salud Hospitalaria de EsSalud Chimbote (2019) ya evidenciaba la presencia de complicaciones asociadas a riesgo de muerte prematura, especialmente cardiovasculares, lo que respalda la pertinencia de incluir el componente YLL en el análisis integral.

Respecto al análisis de la distribución del nivel de discapacidad funcional, evaluado mediante el EQ-5D-3L, evidencian una concentración casi absoluta en la categoría moderada (98.3%), tanto en varones como en mujeres. El predominio del nivel moderado en mujeres (97.1%) y su totalidad en varones (100%) coinciden con lo reportado con NCD Risk Factor Collaboration (2019), quienes identificaron que la población adulta con DM2, especialmente en mayores de 50 años, la discapacidad intermedia representa el estado funcional más común. Así también Barquera et al. (2018) describe que el aumento en la supervivencia de personas con DM2 en países de

ingresos medios ha desplazado la carga hacia los años vividos con limitaciones funcionales de intensas a moderadas, más que hacia discapacidad severa o muerte prematura. En el contexto peruano, el Minsa (2022) señala que el envejecimiento poblacional ha favorecido la acumulación de estados crónicos con deterioro funcional progresivo, lo que guarda coherencia con los resultados observado en Chimbote.

La baja frecuencia de discapacidad leve (0.7%) y severa (1%), ambas registradas únicamente en mujeres, también se encuentra respaldada en la literatura. Velásquez et al. (2018) demostraron en Lima que la mayor proporción de pacientes con DM2 se ubica en niveles intermedios de afectación funcional. De igual forma Alarcón et al (2019) sostienen que el deterioro funcional en DM2 suele ser progresivo, lo que explica el predominio de estados moderados antes que severos en poblaciones con seguimiento clínico continuo. En el Hospital III el informe de salud documentó alta prevalencia de complicaciones crónicas, pero no necesariamente de discapacidades extremas generalizadas, lo que es concordante con la baja proporción de casos severos hallados en el presente estudio.

Estos hallazgos resultan consistentes con el enfoque conceptual propuesto por GBD Collaborators (2020) y por Murray López (2017), quienes indican que las enfermedades crónicas no transmisibles como la DM2, la mayor proporción de las cargas sanitarias se explica por estados prolongados de discapacidad intermedia más que por condiciones extremas o desenlaces fatales inmediatos. En otras palabras, el curso crónico de la enfermedad genera deterioro sostenido, pero no necesariamente dependencia total en la mayoría de casos. Esto refleja una realidad frecuente: pacientes que continúan desarrollando sus actividades cotidianas, aunque con limitaciones persistentes que afectan su bienestar físico y mental.

En el análisis de los resultados en la tabla 3, la retinopatía no mostró asociación con el grado de discapacidad funcional ($p = 0.964$), manteniéndose el predominio del nivel moderado en ambos grupos. Este hallazgo es concordante con lo señalado por Alarcón et al. (2019), quienes explican que las complicaciones microvasculares pueden evolucionar de forma progresiva sin traducirse de inmediato en limitaciones globales en dimensiones como movilidad o autocuidado. Del mismo modo, el Minsa (2022)

reconoce que el impacto funcional de la DM2 no siempre guarda relación lineal con la presencia de complicaciones específicas, lo que sugiere que el daño ocular puede no reflejarse tempranamente en instrumentos como el EQ-5D-3L.

Un comportamiento similar se observó en la nefropatía ($p = 0.903$), donde tampoco se evidenció asociación significativa. La NCD Risk Factor Collaboration (2019) sostiene que la repercusión funcional del compromiso renal depende del estadio clínico y de la coexistencia de otras comorbilidades, por lo que en fases iniciales su impacto puede no ser perceptible en la calidad de vida evaluada.

En cuanto a la neuropatía, aunque se identificó una mayor proporción de discapacidad severa en quienes la presentan, la relación no alcanzó significancia estadística ($p = 0.169$). Este resultado se puede interpretar considerando que el efecto funcional de esta complicación varía su intensidad y progresión, tal como lo señala Barquera et al. (2018), quienes indican que no todas las complicaciones crónicas generan el mismo nivel de limitación en etapas intermedias de la enfermedad.

En contraste, las complicaciones cardiovasculares sí mostraron asociación significativa con mayor grado de discapacidad ($p = 0.041$) en concordancia con GBD Collaborators (2020), que identifican estas afecciones como determinantes centrales de las pérdidas de años de vida saludable en personas con DM2. De igual forma, Ramos et al. (2020) documentaron en el contexto peruano que la coexistencia de comorbilidades cardiovasculares incrementa tanto la carga de enfermedades como el deterioro funcional.

De manera consistente, el pie diabético evidenció una asociación significativa ($p = 0.009$), confirmado su fuerte impacto en la funcionalidad. Este hallazgo se alinea conforme al Informe de Salud del Hospital de EsSalud Chimbote (2019) y con lo reportado por Elías (2022), quienes describen que esta complicación afecta directamente la movilidad y autonomía, incrementando la dependencia y el riesgo de discapacidad severa.

Finalmente, el conjunto de otras complicaciones no mostró asociaciones significativas ($p = 0.408$). lo que coincide con Velásquez et al. (2018), quienes sostienen que el

impacto sobre la carga total de enfermedad depende del tipo, gravedad y coexistencia de factores clínicos.

En síntesis, los resultados confirman que la discapacidad en DM2 no está determinada por la mera presencia de complicaciones, sino por aquellas que comprometen de manera directa la funcionalidad física, especialmente las cardiovasculares y el pie diabético, lo que orienta la priorización de intervenciones preventivas y de manejo integral.

El análisis correlacional presentado en la tabla 5 evidencia una relación directa entre el peso asignado al grado de discapacidad funcional y la carga total de enfermedad media en años de vida saludable perdidos (AVISA). El coeficiente obtenido ($r = 0.176$) refleja una asociación positiva de magnitud leve, lo que indica que, conforme se incrementa la severidad de la discapacidad, también tiende a aumentar la pérdida acumulada en años saludables. Si bien la intensidad de la correlación no es elevada, su dirección resulta coherente con el modelo conceptual planteado por Murray López (2017), y los GBD Collaborators (2020), quienes establecen un determinante estructural del cálculo de la carga total de la enfermedad.

El valor de significancia estadística ($p = 0.002$), inferior al umbral del 1%, confirma que la asociación observada posee sustento estadístico y no responde a variaciones aleatorias dentro de la muestra analizada. Este hallazgo se alinea con lo descrito por Velásquez et al. (2018) en el contexto peruano, quienes demostraron que el incremento de la discapacidad funcional impacta directamente en la magnitud del AVISA en pacientes con DM2, particularmente cuando existen comorbilidades metabólicas. De manera complementaria, Ramos et al. (2020) señalaron que la pérdida de años saludables en población peruana con diabetes se encuentra influenciada por factores clínicos que incrementan el deterioro funcional.

Conclusiones

La estimación de la carga de enfermedad mostro que los años de vida saludables perdidos (AVISA) alcanzaron un total de 17 años. Asimismo, se describe que los años perdidos por muerte prematura es de 1.8 años mientras que los años perdidos por discapacidad fue de 18 años.

La valoración funcional mediante el EQ-5D-3L evidenció un predominio casi absoluto del nivel moderado de discapacidad, concentrado en el 98.3% de los pacientes. En mujeres se concentro en el 97.1% y en varones en el 100%. Las categorías leves con 0.7% y severas con el 1%.

El análisis de asociación mostró que no todas las complicaciones crónicas se relacionan con mayor discapacidad: retinopatía ($p = 0.964$), nefropatía ($p = 0.903$), neuropatía ($p = 0.169$) y otras complicaciones ($p = 0.408$) no evidenciaron relación significativa. En contraste, las complicaciones cardiovasculares ($p = 0.041$) y el pie diabético ($p = 0.009$) se asociaron significativamente con mayor severidad funcional.

Finalmente, la carga de enfermedad en pacientes con DM2 atendidos en el Hospital III EsSalud Chimbote durante 2025 es significativa y se expresa tanto en la mortalidad prematura (AVISA total 17 años) como en la elevada proporción de discapacidad moderada (98.3%). Además, se identificó una correlación positiva leve entre discapacidad y carga total de enfermedad ($r = 0.176$; $p = 0.002$), confirmando que el incremento del deterioro funcional se acompaña de mayor pérdida de años saludables.

Recomendaciones

Se recomienda que el Hospital III EsSalud Chimbote fortalezca la gestión integral de Diabetes Mellitus Tipo 2 mediante la implementación sistemática de estrategias de prevención secundaria y terciaria, priorizando el control metabólico continuo, la adherencia terapéutica y el monitoreo periódico de complicaciones, en concordancia con las directrices técnicas emitidas por el Ministerio de Salud del Perú para el manejo de enfermedades no transmisibles.

Se sugiere institucionalizar la evaluación periódica del estado funcional como parte del control rutinario del paciente con DM2, incorporando instrumentos validados de calidad de vida y discapacidad. Ello permitirá identificar oportunamente el deterioro progresivo y activar intervenciones multidisciplinarias orientadas a preservar la autonomía y la capacidad física.

Considerando que determinadas complicaciones generan mayor repercusión funcional, se recomienda priorizar programas específicos de prevención cardiovascular y manejo integral del pie diabético, incluyendo tamizaje oportuno, educación en autocuidado, control de factores de riesgo y acceso de rehabilitación física, conforme a los lineamientos nacionales de atención integral de la persona adulta con enfermedad crónica.

Se propone integrar la medición de la carga de enfermedad como indicador complementario de la gestión de clínica, a fin de orientar la planificación institucional y la asignación eficiente de recursos. Este enfoque permitiría articular acciones asistenciales, preventivas y de rehabilitación bajo un modelo de atención continua, centrado en la funcionalidad y calidad de la vida del paciente, en coherencia con las políticas sanitarias promovidas por el Ministerio de Salud y EsSalud.

Referencias

- Alarcón, J., Carrillo, R., & Huamán, L. (2019). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un hospital nacional del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 243–250. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4289>
- Barquera, S., Hernández-Barrera, L., Trejo, B., Shamah, T., & Campos-Nonato, I. (2018). Diabetes in Mexico: Cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy. *Global Health*, 14(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0346-2>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). National diabetes statistics report 2020. U.S. Department of Health and Human Services.
- Corral, H., Pruna, L., & Sornoza, A. (2022). Factores de riesgo asociados al estado nutricional del neonato de madres adolescentes. *Ciencias de la Salud*, 353–369.
- Elías, M. (2022). Factores de prematuridad en recién nacidos en madres de edad avanzada, hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón – Nuevo Chimbote [Tesis de licenciatura, Universidad San Pedro]. Repositorio institucional.
- EsSalud Chimbote. (2019). Informe de salud hospitalaria: pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Fernández, H., & Gonzáles, Y. (2023). Factores de riesgo asociados al parto prematuro, Policlínico Universitario “Hermanos Cruz”. *Revista de Ciencias Médicas*, 1, 1–11.
- Global Burden of Disease Collaborators. (2020). Global burden of disease results 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31325-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31325-9)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2025). Perú: Evolución de los indicadores demográficos, 1940–2025 (incluye estimaciones y proyecciones demográficas a 2025). <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes->

[publicaciones/6608076-peru-evolucion-de-los-indicadores-demograficos-1940-2025](#)

International Diabetes Federation. (2021). IDF diabetes atlas (10th ed.). <https://diabetesatlas.org>

Ministerio de Salud del Perú. (2022). Guía AVISA para la vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Ministerio de Salud del Perú. (2022b). Estrategia de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles.

Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (2017). Measuring global health: Motivation and evolution of the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 390(10100), 1460–1464. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32361-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32361-3)

NCD Risk Factor Collaboration. (2019). Worldwide trends in diabetes prevalence since 1980. *The Lancet*, 394(10199), 1513–1530. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31198-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31198-0)

Ramos, W., Hernández, A., Vargas, J., & Villanueva, M. (2020). Factores asociados a complicaciones crónicas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en hospitales del norte del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 81(3), 287–294. <https://doi.org/10.15381/anales.v81i3.17845>

Redekop, W. K., Koopmanschap, M. A., Stolk, R. P., Rutten, G. E. H. M., Wolffenbuttel, B. H. R., & Niessen, L. W. (2002). Health-related quality of life and treatment satisfaction in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25(3), 458–463. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.3.458>

Salomon, J. A., Vos, T., Hogan, D. R., Gagnon, M., Naghavi, M., Mokdad, A., Lim, S. S., Begum, N., Shah, R., Karyana, M., Kosen, S., Farje, M. R., & Murray, C. J. L. (2012). Common values in assessing health outcomes from disease and injury: Disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2129–2143. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61680-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61680-8)

- Solli, O., Stavem, K., & Kristiansen, I. S. (2010). Health-related quality of life in diabetes: The EQ-5D. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, Article 18. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-18>
- Stratton, I. M., Adler, A. I., Neil, H. A. W., Matthews, D. R., Manley, S. E., Cull, C. A., ... Holman, R. R. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35). *BMJ*, 321, 405–412. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7258.405>
- Velásquez, A., Munayco, C., Soto, G., & Escobedo, M. (2018). Carga de enfermedad en el Perú: estimación de los años de vida saludables perdidos, 2016. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(3), 399–407. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.353.3762>
- Zhou, B., Lu, Y., Hajifathalian, K., Bentham, J., Di Cesare, M., Danaei, G., ... NCD Risk Factor Collaboration. (2016). Worldwide trends in diabetes since 1980. *The Lancet*, 387(10027), 1513–1530. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00618-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00618-8)

Anexos

Conceptualización y operacionalización de variables

Dimensión	Indicador	Definición operacional	Tipo	Escala	Instrumento
Muerte prematura (YLL)	Número de defunciones	Pacientes con DM2 fallecidos en 2025	Cuantitativa	Razón	Registros hospitalarios
	Edad al fallecer	Edad en años del paciente al fallecer	Cuantitativa	Razón	Historia clínica
	YLL	Diferencia entre esperanza de vida OMS y edad al fallecer	Cuantitativa	Razón	Cálculo
Discapacidad (YLD)	Complicaciones crónicas	Retinopatía, nefropatía, neuropatía, cardiopatía	Cualitativa	Nominal	Historia clínica
	Grado de discapacidad	Leve, moderada, severa	Cualitativa	Ordinal	EQ-5D-3L
	Duración de discapacidad	Años desde el diagnóstico de complicación	Cuantitativa	Razón	Historia clínica
	Limitación funcional	Dificultad en actividades de la vida diaria	Cualitativa	Ordinal	EQ-5D-3L

**INSTRUMENTO DE
RECOLECCIÓN DE DATOS
CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS
Y DE DISCAPACIDAD (EQ-5D-3L)**

Carga de enfermedad expresada en
Años de Vida Saludables Perdidos
(AVISA) en pacientes con Diabetes
Mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital
III EsSalud Chimbote, 2025.

INSTRUCCIONES GENERALES

El presente instrumento tiene como
finalidad recolectar información
clínica, epidemiológica y del estado de
salud del paciente. La información será
utilizada exclusivamente con fines
académicos y de investigación,
garantizando la confidencialidad de los
datos.

I. DATOS GENERALES

DNI _____

Edad (años) _____

Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Estado civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐

Viudo ☐ Otro

Nivel de instrucción ☐ Primaria ☐

Secundaria ☐ Superior

Ocupación

II. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Tiempo de diagnóstico de DM2
(años) _____

Antecedentes familiares de DM2 ☐
Sí ☐ No

Tipo de tratamiento actual ☐
Insulina ☐ Hipoglicemiantes orales ☐
Mixto

Control médico regular
☐ Sí ☐ No

Hospitalizaciones previas por DM2 ☐
Sí ☐ No

III. DATOS CLÍNICOS

Diagnóstico confirmado de DM2 ☐
Sí ☐ No

Presencia de complicaciones
☐ Sí ☐ No

Tipo de complicación ☐
Retinopatía ☐ Nefropatía ☐
Neuropatía ☐ Cardiovascular ☐ Pie
diabético ☐ Otra

Número de complicaciones

**IV. ESTADO VITAL (PARA
CÁLCULO DE YLL)**

Estado vital actual ☐ Vivo ☐
Fallecido

Edad al fallecer

Año del
fallecimiento _____

Esperanza de vida estándar (80 años)

Tengo dolor o malestar intenso ☐

V. CUESTIONARIO EQ-5D-3L

Marque con una (X) la opción que mejor describa su estado de salud el día de hoy

Dimensión 5: Ansiedad / Depresión

No estoy ansioso ni deprimido ☐

Estoy moderadamente ansioso o deprimido ☐

Estoy muy ansioso o muy deprimido ☐

Dimensión 1: Movilidad

No tengo problemas para caminar ☐

Tengo algunos problemas para caminar ☐

Tengo muchos problemas para caminar o no puedo caminar ☐

Dimensión 2: Cuidado personal

No tengo problemas para lavarme o vestirme ☐

Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme ☐

Tengo muchos problemas para lavarme o vestirme ☐

Dimensión 3: Actividades cotidianas

(Trabajar, estudiar, tareas domésticas, actividades familiares o de ocio)

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas ☐

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas ☐

No puedo realizar mis actividades cotidianas ☐

Dimensión 4: Dolor / Malestar

No tengo dolor ni malestar ☐

Tengo dolor o malestar moderado ☐

VI. REGISTRO DEL PERFIL EQ-5D-3L (USO DEL INVESTIGADOR)

Dimensión	Nivel
Movilidad	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Cuidado personal	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Actividades cotidianas	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Dolor / Malestar	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Ansiedad / Depresión	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Código del perfil EQ-5D-3L:

___ - ___ - ___ - ___ - ___

VII. ASIGNACIÓN DE DISCAPACIDAD

Nivel de discapacidad global ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Severa

Peso de discapacidad asignado _____

Duración de la condición _____

VIII. CÁLCULO DE INDICADORES AVISA

Años Vividos con Discapacidad (YLD) _____

Años de Vida Perdidos (YLL) _____

AVISA individual _____

ID_P acien te	E d a d	E D A	S e x o	Estado Civil	TIPO DE SEGURO	Compli cacion es	Retin opati a	Nefr opati a	Neur opati a	Cardio vascul ar	Pie.Di abetic o	Otras Co mplicacio nes	Numero_C omplicacio nes	Mov ilidad	Cuidado _Person al	Actividade s_Cotidian as	Dolor_Malest ar	Ansiedad _Depresi on	Perfil EQS D	Edad_Fa llecimien to	Espera nza_Vi da	Duraci on Años	Y L L	Y L D	AVIS A_To tal	Com dicio n	S e x o	Estado Civil	Nivel_Di scapacid ad	Peso_Di scapacid ad
1	61	5	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	1	0	1	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	10	76	80.1	10	2.9.1	29.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17
2	76	6	F	VIUDO (A)	PENSIONISTA	1	1	0	1	0	0	0	2							0		80.1	15	4.1.3.2.1	4.1	1	F	VIUDO (A)	1	0.04
3	48	3	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	1	0	1	0	0	0	2							0	48	80.1	9	5.4.9.1.6.7.9	32.1	1	F	SOLTE RO (A)	1	0.04
4	22	1	M	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	1	0	0	1	0	1	3	1	1	2	2	2	8		74.9	2	1.1.6.7.9	54.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
5	79	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	1	1	0	3	2	2	2	2	2	10		80.1	15	1.7.9	16.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
6	77	6	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	1	1	1	0	0	0	1	3	1	1	2	2	2	8		74.9	10	1.2.9	7.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
7	62	5	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	1	0	1	0	0	1	0	2						0	62	74.9	10	3.4.1.8.1.3.0.1.7.9	0	1	M	CASAD O (A)	1	0.04	
8	56	4	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	10	1.1.8.1.3.0.1.7.9	34.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
9	77	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	1	0	1	0	2	2	2	2	3	3	12		80.1	15	1.1.3.0.1.7.9	18.1	2	F	CASAD O (A)	3	0.43	
10	70	5	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	1	0	0	1	2	2	2	2	2	2	10		80.1	20	1.4.0.1.7.9	30.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
11	50	3	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		74.9	16	1.1.7.9	40.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
12	72	6	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		74.9	15	3.8.1.3.1.0.1	17.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
13	58	4	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	16	1.3.3.1.0.1	38.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
14	59	4	F	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	12	5.9.3.5.1.6							

ID_P acien te	E d a d	E D A	S e x o	Estado Civil	TIPO DE SEGURO	Compli cacion es	Retin opati a	Nefr opati a	Neur opati a	Cardio vascul ar	Pie.Di abetic o	Otras.Co mplicacio nes	Numero_C omplicacio nes	Mov ilida d	Cuidado _Person al	Actividade s_Cotidian as	Dolor_Malest ar	Ansiedad _Depresi on	Perfil _EQS D	Edad_Fa llecimien to	Espera nza_Vi da	Duraci on_Años	Y L L	Y L D	AVIS A_To tal	Com dicio n	S e x o	Estado Civil	Nivel Di scapacid ad	Peso Di scapacid ad
24	73	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	1	0	0	0	0	2	2	2	1	2	2	9		80.1	12	1 9.1	1 3	19.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17
25	61	5	F	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	3	3	9		80.1	11	0. 1	0.	30.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17
26	74	6	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	3	3	9		74.9	10	0. 9	2	10.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17
27	63	5	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	3	3	9		74.9	15	6. 9	2	26.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17
28	64	5	F	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		80.1	15	1. 2	2	31.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17
29	68	5	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	11	3. 1	2	23.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17
30	80	6	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	12	6. 9	2	6.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17
31	75	6	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	18	7. 9	2	17.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17
32	86	7	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	2	7		74.9	15	3. 9	2	3.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17
33	60	4	F	CASAD O (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	3	9		80.1	14	4. 1	2	34.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17
34	42	3	F	SOLTE RO (A)	S.REGULARÁ À D.LEG .1057(CAS)	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	8		80.1	14	2. 1	2	52.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17
35	72	6	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	8		74.9	8	0. 1	2	10.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17
36	70	5	F	VIUDO (A)	PENSIONISTA	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		80.1	5	5. 1	2	15.1	2	F	VIUDO (A)	2	0.17
37	81	7	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	2	2	7		74.9	11	4. 9	2	4.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17
38	60	4	M	CASAD O (A)	S.REGULARÁ À D.LEG .1057(CAS)	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	7		74.9	11	5. 9	2	25.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17
39	50	3	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	3	9		74.9	10	4. 9	2	34.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17
40	20	1	M	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	1	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	10		74.9	3	7. 9	2	57.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17
41	72	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	8		80.1	15	3. 1	2	23.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17
42	82	7	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	22	4. 9	2	14.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17
43	68	5	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	10	2. 1	2	22.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17
44	71	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	1	0	0	2	2	2	2	2	2	10		80.1	8	7. 1	2	17.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17
45	74	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	1	0	0	2	1	1	2	2	2	8		80.1	9	5. 1	2	15.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17
46	75	6	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	7		80.1	10	5. 1	2	15.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17

ID_P acien te	E d a d	E D A D	S e x o	Estado Civil	TIPO DE SEGURO	Compli cacion es	Retin opati a	Nefr opati a	Neur opati a	Cardio vascul ar	Pie Di abetic o	Otras Co mplicacio nes	Numero C omplicacio nes	Mov ilidad	Cuidado _Person al	Actividade s Cotidian as	Dolor_Malest ar	Ansiedad _Depresi on	Perfil EQS D	Edad Fa llecimien to	Espera nza_Vi da	Duraci on_Años	Y L L	Y L D	AVIS A To tal	Com dicio n	S e x o	Estado Civil	Nivel Di scapacid ad	Peso Di scapacid ad
47	81	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	5	4. 1	4.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
48	77	6	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	2	7		74.9	2	0. 8	-0.1	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
49	76	6	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	10	9 3 6	8.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
50	49	3	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		74.9	11	1 2 1	36.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
51	80	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	2	8		80.1	12	1 4 0	12.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
52	48	3	F	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		80.1	8	1 2 2	40.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
53	58	4	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	3	2	8		74.9	6	9 2 5	22.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
54	53	4	M	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	4	9 1 5	25.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
55	68	5	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	3	8		74.9	9	9 4 9	15.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
56	27	1	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	3	9		74.9	2	9 5 4	49.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
57	27	1	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	3	8		80.1	1	1 5	54.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
58	79	6	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	8		74.9	10	9 4	5.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
59	89	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		80.1	13	1 8	4.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
60	82	7	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		80.1	10	1 5	8.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
61	85	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	2	9		80.1	10	1 -	5.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
62	95	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	7		80.1	10	4 9 2	-4.9	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
63	67	5	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	2	2	9		80.1	12	5 1 2	25.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
64	68	5	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5		80.1	11	3 1 2	23.1	2	F	CASAD O (A)	1	0.04	
65	67	5	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	2	9		80.1	15	8 1 2	28.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
66	74	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	14	0 1 1	20.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
67	75	6	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	8	3 1 1	13.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
68	68	5	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	4	0 9 2	10.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
69	60	4	F	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	5	5 1 4	25.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
70	87	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	11	1 4	4.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	

ID_P acien te	E d a d	E D A	S e x o	Estado Civil	TIPO DE SEGURO	Compli cacion es	Retin opati a	Nefr opati a	Neur opati a	Cardio vascul ar	Pie.Di abetic o	Otras Co mplicacio nes	Numero_C omplicacio nes	Mov ilidad	Cuidado _Person al	Actividade s Cotidian as	Dolor_Malest ar	Ansiedad _Depresi on	Perfil EQS D	Edad_Fa llecimien to	Espera nza_Vi da	Duraci on _Años	Y L L	Y L D	AVIS A To tal	Com dicio n	S e x o	Estado Civil	Nivel Di scapacid ad	Peso Di scapacid ad
71	55	4	M	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	2	3	3	10		74.9	3	2.9	22.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
72	59	4	M	CASAD O (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	0	1	0	0	0	1	2	1	1	2	2	2	8		74.9	2	7.9	17.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
73	85	7	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	1	0	1	0	1	3	2	2	2	2	2	10		74.9	9	1.1	-1.1	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
74	79	6	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		74.9	5	9.3	0.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
75	47	3	M	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	2	9		74.9	5	2.9	32.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
76	72	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		80.1	6	4.1	14.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
77	68	5	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	8		80.1	4	6.1	16.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
78	56	4	F	CASAD O (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	5	9.1	29.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
79	74	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	9	5.1	15.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
80	77	6	M	DIVOR CIADO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	6		74.9	9	6.9	6.9	2	M	DIVOR CIADO (A)	2	0.17	
81	82	7	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	8		74.9	11	3.9	3.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
82	51	4	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	5	4.1	34.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
83	83	7	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	10	9.1	1.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
84	71	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	9	8.1	18.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
85	58	4	F	CASAD O (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	2	8		80.1	5	7.1	27.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
86	62	5	M	CASAD O (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	6	8.9	18.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
87	42	3	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	3	1.1	41.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
88	67	5	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	1	0	1	2	1	1	2	2	2	8		74.9	8	9.2	15.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
89	60	4	F	CASAD O (A)	TRABAJADOR PESQUERO-LEY 28320	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	5	5.1	25.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
90	61	5	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	6	2.5	25.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
91	58	4	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		74.9	5	9.6	21.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
92	88	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	7		80.1	14	1.1	6.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
93	91	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		80.1	10	9.0	-0.9	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	

ID_P acien te	E d a d	E D A	S e x o	Estado Civil	TIPO DE SEGURO	Compli cacion es	Retin opati a	Nefr opati a	Neur opati a	Cardio vascul ar	Pie.Di abetic o	Otras Co mplicacio nes	Numero C omplicacio nes	Mov ilida d	Cuidado _Person al	Actividade s Cotidian as	Dolor_Malest ar	Ansiedad _Depresi on	Perfil EQS D	Edad_Fa llecimien to	Espera nza_Vi da	Duraci on Años	Y L L	Y L D	AVIS A To tal	Com dicio n	S e x o	Estado Civil	Nivel Di scapacida d	Peso Di scapacida d
94	85	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	1	0	1	3	2	2	2	2	2	10		80.1	15	1 0. 1 1 9.	10.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
95	72	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	7		80.1	11	1 1 1 8.	19.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
96	61	5	M	SOLTE RO (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	1	0	1	0	0	0	2	1	1	2	3	2	9		74.9	5	9 6 0. 1	18.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
97	22	1	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	3	2	8		80.1	2	1 4.	60.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
98	75	6	M	CASAD O (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	7		74.9	5	9 1 9.	4.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
99	67	5	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	3	8		80.1	6	1 9.	19.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
100	68	5	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	7		74.9	3	9 1 4.	9.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
101	77	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	7		80.1	11	1 1 3.	14.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
102	79	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	7		80.1	12	2 0. 1	13.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
103	65	5	F	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		80.1	5	1 -	20.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
104	83	7	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	8	0. 1 1	-0.1	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
105	74	6	M	SOLTE RO (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	10	9 1 8.	10.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
106	68	5	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	6	1 2 5.	18.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
107	58	4	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	3	1 -	25.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
108	82	7	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	7		74.9	2	5. 1 7.	-5.1	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
109	68	5	F	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	5	1 1 0.	17.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
110	65	5	M	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	1	9 3 6.	10.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
111	46	3	F	SOLTE RO (A)	S.REGULARÁ A D.LEG .1057(CAS)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	2	1 -	36.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
112	85	7	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	2	7		74.9	10	0. 1 3.	-0.1	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
113	82	7	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	7		74.9	11	9 5	3.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
114	26	1	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	1	2	2	7		80.1	1	5. 8.	55.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
115	80	6	F	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	2	8		80.1	8	1 3 2.	8.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
116	53	4	F	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	5	1	32.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	

ID_P acien te	E d a d	E D A	S e x o	Estado Civil	TIPO DE SEGURO	Compli cacion es	Retin opati a	Nefr opati a	Neur opati a	Cardio vascul ar	Pie Di abetic o	Otras Co mplicacio nes	Numero C omplicacio nes	Mov ilidad	Cuidado _Person al	Actividade s Cotidian as	Dolor_Malest ar	Ansiedad _Depresi on	Perfil EQS D	Edad Fa llecimien to	Espera nza_Vi da	Duraci on Años	Y L L	Y L D	AVIS A To tal	Com dicio n	S e x o	Estado Civil	Nivel Di scapacid ad	Peso Di scapacid ad
117	60	4	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	10	2	4.9	24.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17
118	65	5	F	SOLTE RO (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	1	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	10		80.1	11	6.1	26.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
119	63	5	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	10		80.1	5	1.1	22.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
120	81	7	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	7		74.9	10	9.9	3.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
121	80	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	1	0	0	1	2	1	1	2	3	2	9		80.1	9	1.1	9.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
122	60	4	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	8		80.1	5	5.1	25.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
123	70	5	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	8		80.1	9	1.1	19.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
124	87	7	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	1	0	1	3	2	2	2	3	2	11		80.1	11	4.1	4.1	2	F	SOLTE RO (A)	3	0.43	
125	86	7	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	1	0	0	0	1	2	1	1	2	2	2	8		74.9	9	1.1	-2.1	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
126	71	6	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	10	3.9	13.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
127	62	5	F	CASAD O (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	3	9		80.1	5	1.1	23.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
128	58	4	F	CASAD O (A)	TRABAJADOR PESQUERO-LEY 28320	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	2	7		80.1	2	4.1	24.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
129	73	6	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		74.9	11	1.1	12.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
130	77	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	9	1.1	12.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
131	88	7	F	VIUDO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		80.1	8	1.1	0.1	2	F	VIUDO (A)	2	0.17	
132	84	7	F	VIUDO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	15	1.1	11.1	2	F	VIUDO (A)	2	0.17	
133	62	5	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		80.1	5	3.1	23.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
134	65	5	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	1	0	1	2	1	1	2	2	2	8		74.9	6	5.9	15.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
135	46	3	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	2	2	7		80.1	4	1.1	38.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
136	44	3	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	6		80.1	3	9.1	39.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
137	79	6	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	1	0	0	0	0	2	1	1	1	2	2	7		74.9	8	3.9	3.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
138	79	6	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		74.9	6	1.1	1.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
139	29	1	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	1	0	1	0	0	1	3	2	2	1	2	2	9		80.1	1	1.1	52.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
140	67	5	M	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	7		74.9	7	4.9	14.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	

ID_P acien te	E d a d	E D A	S e x o	Estado Civil	TIPO DE SEGURO	Compli cacion es	Retin opati a	Nefr opati a	Neur opati a	Cardio vascul ar	Pie.Di abetic o	Otras Co mplicacio nes	Numero_C omplicacio nes	Mov ilidad	Cuidado _Person al	Actividade s_Cotidian as	Dolor_Malestar	Ansiedad _Depresi on	Perfil EQS D	Edad_Fa llecimien to	Espera nza_Vi da	Duraci on Años	Y L L	Y L D	AVIS A_To tal	Com dicio n	S e x o	Estado Civil	Nivel_Di scapacid ad	Peso_Di scapacid ad
141	70	5	M	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	7		74.9	5	9.9	2	M	CASAD O(A)	2	0.17		
142	77	6	F	VIUDO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	8	11.1	2	F	VIUDO (A)	2	0.17		
143	66	5	M	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	0	0	1	0	0	1	2	1	1	2	3	2	9		74.9	9	17.9	2	M	CASAD O(A)	2	0.17		
144	53	4	F	SOLTE RO(A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	2	3	2	9		80.1	3	30.1	2	F	SOLTE RO(A)	2	0.17		
145	55	4	F	SOLTE RO(A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	2	3	2	9		80.1	2	27.1	2	F	SOLTE RO(A)	2	0.17		
146	82	7	F	SOLTE RO(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	10	8.1	2	F	SOLTE RO(A)	2	0.17		
147	72	6	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	8	16.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17		
148	77	6	F	SOLTE RO(A)	BENEFICIARIO LEY 30425	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	7		80.1	9	12.1	2	F	SOLTE RO(A)	2	0.17		
149	79	6	M	CASAD O(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	9	4.9	2	M	CASAD O(A)	2	0.17		
150	81	7	M	SOLTE RO(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	8	1.9	2	M	SOLTE RO(A)	2	0.17		
151	60	4	M	CASAD O(A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		74.9	3	17.9	2	M	CASAD O(A)	2	0.17		
152	68	5	M	SOLTE RO(A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		74.9	6	12.9	2	M	SOLTE RO(A)	2	0.17		
153	81	7	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		80.1	10	9.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17		
154	75	6	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		80.1	10	15.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17		
155	63	5	F	CASAD O(A)	OBLIGATORIO	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	2	3	3	10		80.1	5	22.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17		
156	45	3	F	CASAD O(A)	OBLIGATORIO	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	2	3	2	9		80.1	2	37.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17		
157	65	5	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		80.1	6	21.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17		
158	59	4	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		80.1	5	26.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17		
159	61	5	M	SOLTE RO(A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		74.9	7	20.9	2	M	SOLTE RO(A)	2	0.17		
160	80	6	F	SOLTE RO(A)	OBLIGATORIO	1	0	0	0	0	1	1	2	1	1	2	1	2	7		80.1	8	8.1	2	F	SOLTE RO(A)	2	0.17		
161	82	7	M	SOLTE RO(A)	OBLIGATORIO	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	8		74.9	10	2.9	2	M	SOLTE RO(A)	2	0.17		
162	59	4	F	SOLTE RO(A)	OBLIGATORIO	1	1	0	0	0	1	0	2	1	1	2	2	2	8		80.1	4	25.1	2	F	SOLTE RO(A)	2	0.17		
163	83	7	M	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		74.9	15	6.9	2	M	CASAD O(A)	2	0.17		
164	61	5	M	CASAD O(A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	7		74.9	6	19.9	2	M	CASAD O(A)	2	0.17		
165	56	4	F	SOLTE RO(A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	2	26.1	2	F	SOLTE RO(A)	2	0.17		

ID_P acien te	E d a d	E D A	S e x o	Estado Civil	TIPO DE SEGURO	Compli cacion es	Retin opati a	Nefr opati a	Neur opati a	Cardio vascul ar	Pie.Di abetic o	Otras Co mplicacio nes	Numero C omplicacio nes	Mov ilidad	Cuidado _Person al	Actividade s_Cotidian as	Dolor_Malest ar	Ansiedad _Depresi on	Perfil EQS D	Edad_Fa llecimien to	Espera nza_Vi da	Duraci on Años	Y L L	Y L D	AVIS A_To tal	Com dicio n	S e x o	Estado Civil	Nivel Di scapacid ad	Peso Di scapacid ad
166	55	4	F	CASAD O (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	3	2	1	28.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17
167	85	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	7		80.1	9	1	4.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
168	81	7	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		74.9	10	9	3.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
169	74	6	F	CASAD O (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		80.1	5	1	11.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
170	38	2	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	3	1	45.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
171	78	6	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		74.9	8	9	4.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
172	83	7	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	14	9	5.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
173	57	4	F	CASAD O (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	7		80.1	6	1	29.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
174	70	5	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	7		80.1	9	1	19.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
175	46	3	F	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	7		80.1	4	1	38.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
176	77	6	F	VIUDO (A) DIVOR CIADO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5		80.1	10	3	13.1	2	F	VIUDO (A) DIVOR CIADO (A)	1	0.04	
177	55	4	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		80.1	3	1	28.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
178	90	7	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		74.9	11	4	-4.1	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
179	54	4	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		80.1	10	1	36.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
180	65	5	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	6	5	15.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
181	83	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	15	1	12.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
182	86	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	14	1	8.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
183	67	5	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	3	9		74.9	6	3	13.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
184	72	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	8		80.1	10	1	18.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
185	74	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	8		80.1	11	1	17.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	
186	60	4	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	8		74.9	5	9	19.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
187	66	5	M	SOLTE RO (A)	S.REGULARÃ D.LEG .1057(CAS)	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	8		74.9	5	3	13.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
188	81	7	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	8		74.9	9	9	2.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
189	78	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	1	2	2	7		80.1	7	1	9.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17	

ID_P acien te	E d a d	E D A	S e x o	Estado Civil	TIPO DE SEGURO	Compli cacion es	Retin opati a	Nefr opati a	Neur opati a	Cardio vascul ar	Pie.Di abetic o	Otras Co mplicacio nes	Numero_C omplicacio nes	Mov ilidad	Cuidado _Person al	Actividade s_Cotidian as	Dolor_Malestar	Ansiedad _Depresi on	Perfil EQS D	Edad_Fa llecimien to	Espera nza_Vi da	Duraci on Años	Y L L D	Y L D	AVIS A_To tal	Com dicio n	S e x o	Estado Civil	Nivel Di scapacida d	Peso Di scapacida d
190	44	3	F	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		80.1	2	3 8.1	2	F	CASAD O (A)	2		0.17	
191	37	2	M	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	1	0	1	0	0	0	2	1	1	2	3	2	9		74.9	1	8.9	2	M	SOLTE RO (A)	2		0.17	
192	84	7	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	3	1	8		74.9	12	2.9	2	M	CASAD O (A)	2		0.17	
193	84	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	1	0	0	0	2	1	1	2	2	2	8		80.1	10	6.1	2	F	CASAD O (A)	2		0.17	
194	40	2	M	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		74.9	1	5.9	2	M	SOLTE RO (A)	2		0.17	
195	43	3	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	2	9.1	2	F	SOLTE RO (A)	2		0.17	
196	85	7	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	13	2.9	2	M	SOLTE RO (A)	2		0.17	
197	71	6	M	SOLTE RO (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	9	9.2	2	M	SOLTE RO (A)	2		0.17	
198	58	4	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	4	9.1	2	M	CASAD O (A)	2		0.17	
199	64	5	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	5	5.9	2	M	CASAD O (A)	2		0.17	
200	79	6	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	9	4.9	2	M	SOLTE RO (A)	2		0.17	
201	79	6	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		74.9	8	3.9	2	M	SOLTE RO (A)	2		0.17	
202	87	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	2	8		80.1	8	1.1	2	F	CASAD O (A)	2		0.17	
203	57	4	F	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		80.1	8	1.1	2	F	CASAD O (A)	2		0.17	
204	69	5	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	1	7		80.1	5	6.1	2	F	SOLTE RO (A)	2		0.17	
205	84	7	F	DIVOR CIADO (A)	TRABAJAD.INDEPENDI ENTES (PEAS)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		80.1	10	7.1	2	F	CASAD O (A)	2		0.17	
206	78	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	1	0	0	2	1	1	2	2	2	8		80.1	5	1.1	2	F	CASAD O (A)	2		0.17	
207	69	5	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	7		80.1	5	6.2	2	F	SOLTE RO (A)	2		0.17	
208	61	5	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	1	0	1	0	0	1	0	2	1	1	2	1	2	7		74.9	10	3.9	2	M	CASAD O (A)	2		0.17	
209	44	3	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	0	0	0	0	1	1	2	1	1	1	2	2	7		80.1	12	8.1	2	F	SOLTE RO (A)	2		0.17	
210	57	4	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	8		80.1	5	8.2	2	F	SOLTE RO (A)	2		0.17	
211	61	5	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	3	8		80.1	5	4.1	2	F	CASAD O (A)	2		0.17	
212	71	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	7		80.1	9	1.1	2	F	CASAD O (A)	2		0.17	
213	85	7	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	7		74.9	10	0.1	2	M	SOLTE RO (A)	2		0.17	

ID_P acien te	E d a d	E D A	S e x o	Estado Civil	TIPO DE SEGURO	Compli cacion es	Retin opati a	Nefr opati a	Neur opati a	Cardio vascul ar	Pie Di abetic o	Otras Co mplicacio nes	Numero C omplicacio nes	Mov ilidad	Cuidado _Person al	Actividade s Cotidian as	Dolor_Malestar	Ansiedad _Depresi on	Perfil EQS D	Edad_Fa llecimien to	Espera nza_Vi da	Duraci on Años	Y L L D	Y L D	AVIS A To tal	Com dicio n	S e x o	Estado Civil	Nivel Di scapacid ad	Peso Di scapacid ad
214	61	5	M	CASAD O(A)	OBLIGATORIO	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	7	90	74.9	7	20.9	2	M	CASAD O(A)	2	0.17		
215	58	4	F	SOLTE RO(A) CASAD O(A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	1	2	2	7		80.1	1	23.1	2	F	SOLTE RO(A) CASAD O(A)	2	0.17		
216	79	6	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		80.1	5	6.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17		
217	71	6	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	0	1	1	0	0	1	0	3	1	1	1	2	2	7		80.1	8	17.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17		
218	59	4	F	CASAD O(A)	BENEFICIARIO LEY 30425	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	5	26.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17		
219	80	6	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	10	10.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17		
220	87	7	F	SOLTE RO(A) CASAD O(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	1	7		80.1	11	4.1	2	F	SOLTE RO(A) CASAD O(A)	2	0.17		
221	78	6	M	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	0	1	0	0	0	1	2	1	1	2	2	2	8		74.9	9	5.9	2	M	CASAD O(A)	2	0.17		
222	83	7	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	9	6.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17		
223	80	6	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	9	9.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17		
224	90	7	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0						0	90	80.1	8	9.9	-9.9	1	F	CASAD O(A)	1	0.04	
225	55	4	M	CASAD O(A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8	74.9	5	24.9	2	M	CASAD O(A)	2	0.17			
226	75	6	M	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	2	8	74.9	5	4.9	2	M	CASAD O(A)	2	0.17			
227	73	6	M	SOLTE RO(A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	0	0	0	0	1	1	2	1	1	1	2	2	7	74.9	10	11.9	2	M	SOLTE RO(A)	2	0.17			
228	67	5	M	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	2	2	7	74.9	6	9.9	13.9	2	M	CASAD O(A)	2	0.17		
229	67	5	F	CASAD O(A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	8	80.1	6	19.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17			
230	72	6	M	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	8	74.9	6	8.9	2	M	CASAD O(A)	2	0.17			
231	62	5	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	2	8	80.1	5	11.2	23.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17		
232	62	5	F	SOLTE RO(A)	OBLIGATORIO	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	1	7	80.1	5	11.3	23.1	2	F	SOLTE RO(A)	2	0.17		
233	85	7	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	2	8	80.1	11	6.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17			
234	71	6	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8	80.1	8	11.7	17.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17		
235	64	5	F	SOLTE RO(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0						0	64	80.1	7	11.6	16.1	1	F	SOLTE RO(A)	1	0.04	
236	85	7	M	CASAD O(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8	74.9	7	11.3	-3.1	2	M	CASAD O(A)	2	0.17		
237	73	6	F	VIUDO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	10	80.1	7	11.4	14.1	2	F	VIUDO (A)	2	0.17		
238	75	6	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8	80.1	7	11.2	12.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17		

ID_P acien te	E d a d	E D A D	S e x o	Estado Civil	TIPO DE SEGURO	Compli cacion es	Retin opati a	Nefr opati a	Neur opati a	Cardio vascul ar	Pie.Di abetic o	Otras Co mplicacio nes	Numero C omplicacio nes	Mov ilidad	Cuidado _Person al	Actividade s Cotidian as	Dolor_Malest ar	Ansiedad _Depresi on	Perfil EQS D	Edad_Fa llecimien to	Espera nza_Vi da	Duraci on_Años	Y L L	Y L D	AVIS A To tal	Com dicio n	S e x o	Estado Civil	Nivel Di scapacid ad	Peso Di scapacid ad
239	85	7	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	3	11		80.1	10	5.1	2	F	SOLTE RO (A)	3	0.43		
240	70	5	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	2	7		80.1	5	15.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17		
241	83	7	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	2	8		74.9	5	-3.1	2	M	CASAD O (A)	2	0.17		
242	59	4	F	CASAD O (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	0	0	1	0	0	1	2	1	1	2	2	2	8		80.1	5	26.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17		
243	75	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		80.1	2	7.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17		
244	77	6	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	2	8		80.1	4	7.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17		
245	48	3	F	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	7		80.1	3	35.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17		
246	84	7	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1						0	84	74.9	10	-9.1	1	M	CASAD O (A)	1	0.04		
247	57	4	F	SOLTE RO (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	7		80.1	1	24.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17		
248	69	5	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	1	7		74.9	10	15.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17		
249	58	4	F	CASAD O (A)	AGRARIO INDEPENDIENTE	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	7		80.1	1	23.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17		
250	85	7	F	VIUDO (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	7		80.1	10	5.1	2	F	VIUDO (A)	2	0.17		
251	33	2	F	SOLTE RO (A)	TRABAJADOR PESQUERO-LEY 28320	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	7		80.1	1	48.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17		
252	85	7	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	2	0	1	0	0	1	4						0	85	74.9	8	-10.1	1	M	SOLTE RO (A)	1	0.04		
253	71	6	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	7		80.1	7	16.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17	
254	68	5	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	7		74.9	7	13.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17	
255	71	6	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	7		74.9	7	10.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17	
256	65	5	M	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	2	7		74.9	7	16.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17		
257	61	5	M	CASAD O (A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0						0	61	74.9	5	13.9	1	M	CASAD O (A)	1	0.04		
258	78	6	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		74.9	6	2.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17		
259	81	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	3	9		80.1	9	8.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17		
260	62	5	M	CASAD O (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	9	21.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17		
261	77	6	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	9	12.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17		
262	58	4	M	SOLTE RO (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	5	21.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17		

ID_P acien te	E d a d	E D A	S e x o	Estado Civil	TIPO DE SEGURO	Compli cacion es	Retin opati a	Nefr opati a	Neur opati a	Cardio vascul ar	Pie.Di abetic o	Otras Co mplicacio nes	Numero_C omplicacio nes	Mov ilida d	Cuidado _Person al	Actividade s_Cotidian as	Dolor_Malest ar	Ansiedad _Depresi on	Perfil EQ5 D	Edad_Fa llecimien to	Espera nza_Vi da	Duraci on Años	Y L L	Y L D	AVIS A_To tal	Com dicio n	S e x o	Estado Civil	Nivel_Di scapacid ad	Peso_Di scapacid ad
263	64	5	M	CASAD O(A)	OBLIGATORIO	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		74.9	6	6.9	16.9	2	M	CASAD O(A)	2	0.17	
264	89	7	M	CASAD O(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0						0	89	74.9	9	4.1	-14.1	1	M	CASAD O(A)	1	0.04	
265	21	2	F	SOLTE RO(A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	3	8		80.1	1	0.1	60.1	2	F	SOLTE RO(A)	2	0.17	
266	73	6	M	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	7		74.9	10	1.9	11.9	2	M	CASAD O(A)	2	0.17	
267	59	4	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		80.1	3	4.1	24.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17	
268	56	4	M	CASAD O(A)	OBLIGATORIO	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		74.9	2	9.1	20.9	2	M	CASAD O(A)	2	0.17	
269	68	5	F	SOLTE RO(A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	0	0	0	1	0	1	2	1	1	2	2	2	8		80.1	5	7.1	17.1	2	F	SOLTE RO(A)	2	0.17	
270	66	5	F	SOLTE RO(A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	6	0.2	20.1	2	F	SOLTE RO(A)	2	0.17	
271	55	4	M	SOLTE RO(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	6	5.9	25.9	2	M	SOLTE RO(A)	2	0.17	
272	64	5	F	SOLTE RO(A)	OBLIGATORIO	1	0	0	1	0	0	1	2	1	1	2	3	1	8		80.1	5	1.3	21.1	2	F	SOLTE RO(A)	2	0.17	
273	55	4	F	CASAD O(A)	OBLIGATORIO	1	1	1	0	0	0	0	2	1	1	2	3	2	9		80.1	5	0.1	30.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17	
274	61	5	M	SOLTE RO(A)	OBLIGATORIO	1	1	0	1	0	0	0	2	1	1	2	3	2	9		74.9	2	5.9	15.9	2	M	SOLTE RO(A)	2	0.17	
275	53	4	F	SOLTE RO(A)	OBLIGATORIO	1	1	0	1	0	0	0	2	1	1	2	3	2	9		80.1	2	9.1	29.1	2	F	SOLTE RO(A)	2	0.17	
276	79	6	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	2	3.1	3.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17	
277	63	5	M	CASAD O(A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		74.9	10	1.9	21.9	2	M	CASAD O(A)	2	0.17	
278	85	7	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1						0	85	80.1	9	4.9	-4.9	1	F	CASAD O(A)	1	0.04	
279	65	5	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		80.1	9	4.1	24.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17	
280	71	6	M	SOLTE RO(A)	OBLIGATORIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	9	9.1	12.9	2	M	SOLTE RO(A)	2	0.17	
281	72	6	F	SOLTE RO(A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	1	2	3	8		80.1	8	6.1	16.1	2	F	SOLTE RO(A)	2	0.17	
282	75	6	F	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	3	9		80.1	8	1.1	13.1	2	F	CASAD O(A)	2	0.17	
283	67	5	M	CASAD O(A)	PENSIONISTA	1	1	1	0	0	0	0	2	1	1	1	2	3	8		74.9	7	4.9	14.9	2	M	CASAD O(A)	2	0.17	
284	87	7	F	SOLTE RO(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	7	1.0	0.1	2	F	SOLTE RO(A)	2	0.17	
285	79	6	M	SOLTE RO(A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		74.9	8	3.9	3.9	2	M	SOLTE RO(A)	2	0.17	

ID_P acien te	E d a d	E D A	S e x o	Estado Civil	TIPO DE SEGURO	Compli cacion es	Retin opati a	Nefr opati a	Neur opati a	Cardio vascul ar	Pie Di abetic o	Otras_Co mplicacio nes	Numero_C omplicacio nes	Mov ilidad	Cuidado _Person al	Actividade s_Cotidian as	Dolor_Malest ar	Ansiedad _Depresi on	Perfil EQS D	Edad_Fa llecimien to	Espera nza_Vi da	Duraci on Años	Y L L	Y L D	AVIS A_To tal	Com dicio n	S e x o	Estado Civil	Nivel_Di scapacid ad	Peso_Di scapacid ad
286	73	6	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	8	9.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17		
287	83	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	2	9		80.1	5	2.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17		
288	67	5	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	6		80.1	8	21.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17		
289	44	3	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	0	1	1	0	0	0	1	3	2	2	1	2	3	10		80.1	5	41.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17		
290	74	6	F	SOLTE RO (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	1	1	0	0	0	1	3	2	2	1	2	2	9		80.1	10	16.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17		
291	70	5	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	1	0	0	0	1	0	1	2	2	2	1	2	2	9		80.1	9	19.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17		
292	51	4	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	7		80.1	3	32.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17		
293	66	5	F	SOLTE RO (A)	OBLIGATORIO	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	7		80.1	6	20.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17		
294	57	4	F	SOLTE RO (A)	BENEFICIARIO LEY 30425	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	3	9		80.1	5	28.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17		
295	88	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0						0	88	80.1	11	-7.9	1	F	CASAD O (A)	1	0.04		
296	87	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		80.1	9	2.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17		
297	68	5	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	9	15.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17		
298	76	6	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	1	0	2	1	1	2	2	2	8		74.9	8	6.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17		
299	56	4	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8	56	80.1	7	24.1	1	F	SOLTE RO (A)	2	0.17		
300	80	6	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	3	9		74.9	7	1.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17		
301	75	6	M	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	8		74.9	8	7.9	2	M	CASAD O (A)	2	0.17		
302	69	5	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	8		74.9	9	14.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17		
303	89	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	1	1	0	0	0	0	0	1						0	89	80.1	8	-8.9	1	F	CASAD O (A)	1	0.04		
304	51	4	M	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	6		74.9	5	28.9	2	M	SOLTE RO (A)	2	0.17		
305	88	7	F	CASAD O (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	7		80.1	9	1.1	2	F	CASAD O (A)	2	0.17		
306	58	4	F	SOLTE RO (A)	PENSIONISTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	3	2	9		80.1	3	25.1	2	F	SOLTE RO (A)	2	0.17		



USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO



«Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia»

Chimbote, 25 de febrero 2026

DRA. CAROL GIOVANNA TORRES SOLANO

Gerente de la Red Asistencial

Ancash

Presente. -

Reciba el saludo del director del Programa de Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad San Pedro, para felicitarle por su exitosa gestión y en esta oportunidad solicitarle el apoyo de su representada para facilitar la ejecución de la investigación titulada: **"Carga de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital III EsSalud Chimbote 2025"**, a cargo de los estudiantes: Hurtado López, Vanessa Jacqueline con código 1118100319 y Honores Marcelo, Juan Anthony con código 0199714070, permitiéndole aplicar los instrumentos de investigación, para obtener información de estricto uso académico.

Agradecemos anticipadamente el apoyo a la investigación científica, brindándoles a los investigadores las facilidades del caso.

Como usted podrá apreciar el estudio no revela la razón social de su representada, cuidados éticos que tomamos muy en cuenta.

Agradezco la atención brindada a la presente, aprovecho la ocasión para reiterarle mi consideración y estima personal.

Atentamente;



UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUANUCO

[Firma]
Dra. Esp. *[Firma]* *[Firma]*
DIRECTORA
PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA



FILIALES: Cajamarca: Jr. Huánuco 2512 / Telf.: 076 342122 / **Huacho:** Calle Ausejo Salas 362 / Telf.: 012 394403
Barranca: Calle Ramón Castilla 491 / Telf.: 01 2354469 / **Piura:** Carretera Chulucanas Km 41 / Telf.: 078 695394
Trujillo: Av. América Norte 2415 - Urb. Las Quintanas / Telf. 044 470089 / **Sullana:** Av. Panamericana y José de Lama / Telf.: 073 502531
Huancayo: Jr. San Martín 1222 / Telf.: 043 423509 / **Caraz:** Jr. Sucre cuadra 15 / Telf.: 043 391540
Lima: Av. Cuba 528 - 538 / Jesús María / Telf.: 01 3309862 www.usanpedro.edu.pe - facebook/ Universidad San Pedro

ANEXO 1

SOLICITUD PARA EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Chimbote, 30 de enero del 2026

DRA. CAROL GIOVANNA TORRES SOLANO
Gerente de la Red Asistencial Ancash
Presente. –

Asunto: **Solicitud de evaluación y aprobación de protocolo de investigación**

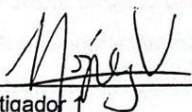
De mi consideración:

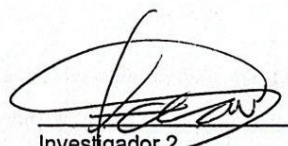
Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a su vez solicitarle la evaluación y aprobación del Proyecto de investigación denominado "CARGA DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE 2025", por parte del Comité de Investigación y el Comité Institucional de Ética en Investigación; así como la autorización respectiva de la Gerencia/Dirección.

Se trata de un estudio tipo observacional, cuyo investigador principal es HURTADO LOPEZ VANESSA JACQUEINE Y HONORES MARCELO JUAN ANTHONY. El proyecto se llevará a cabo en el servicio de Endocrinología del hospital III Chimbote de la Red Asistencial Ancash.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para renovar los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,


Investigador 1
HURTADO LOPEZ
VANESSA JACQUELINE
DNI: 44659031


Investigador 2
HONORES MARCELO
JUAN ANTHONY
DNI: 40181144



ANEXO 5

CARTA DE ACEPTACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA
INVESTIGACIÓN**DRA. CAROL GIOVANNA TORRE SOLANO**

Gerente de la Red Asistencial Ancash

Presente. –

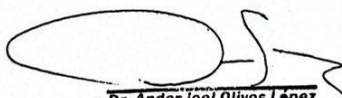
De nuestra consideración:

En mi calidad de jefe del Servicio de Especialidades Médicas del Hospital III Chimbote de la Red Asistencial Ancash, se da el visto bueno al Investigador/a HURTADO LOPEZ VANESSA JACQUELINE Y HONORES MARCELO JUAN ANTHONY, autores del Proyecto de Tesis Titulado "CARGA DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE 2025", para la realización del proyecto señalado previamente.

Este proyecto para ser aplicado en nuestra institución deberá contar además de la presente autorización, con las evaluaciones del Comité de Investigación y el Comité Institucional de Ética en Investigación y la autorización correspondiente por su despacho antes de su ejecución.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Atentamente,



Dr. Ander Joel Olivos López
Jefe Servicio Especialidades Médicas
C.M.P. 43734 R.N.E. 26397
HOSPITAL III CHIMBOTE
EsSalud





REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Información del Autor				
HURTADO LOPEZ Vanessa Jacqueline		44659031	Fonleisa22@gmail.com	
Apellidos y Nombres		DNI	Correo Electrónico	
2. Tipo de Documento de Investigación				
☒	Tesis	☐	Trabajo de Suficiencia Profesional	☐
		☐	Trabajo Académico	☐
3. Grado Académico o Título Profesional¹				
☐	Bachiller	☒	Título Profesional	☐
		☐	Título Segunda Especialidad	☐
			Maestría	☐
			Doctorado	☐
4. Título del Documento de Investigación				
Carga de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital III EsSalud Chimbote 2025				
5. Programa Académico				
Medicina Humana				
6. Tipo de Acceso al Documento				
☒	Abierto o Público ² (info:eu-repo/semantics/openAccess)		☐	
			Acceso restringido ³ (info:eu-repo/semantics/restrictedAccess)(*)	
(*) En caso de restringido sustentar motivo				

A. Originalidad del Archivo Digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

B. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS⁵

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.⁶



[Firma manuscrita]
 Firma

Lugar	Dí	Mes	Año
Chimbote	07	03	2026

Importante

- Según Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNIDU-CD: Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, Art. 8 inciso 8.2.
- Ley N° 30015, Ley que regula el Repositorio Institucional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto y D.S. 006-2015-PCM.
- Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad San Pedro una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer registro de firma en la obra y difundir en el Repositorio Institucional Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.
- En caso de que el autor elija la segunda opción, únicamente se publicará los datos del autor y resúmenes de la obra, de acuerdo a la directiva N° 004-2016-CONYTEC-DIOC (Numerales 5.2 y 6.1) que norma el funcionamiento del Repositorio Institucional Digital.
- Las licencias Creative Commons (CC) es una organización internacional sin fines de lucro que pone a disposición de los autores un conjunto de licencias flexibles y de herramientas tecnológicas que facilitan la difusión de información, recursos educativos, obras artísticas y científicas, entre otros. Estas licencias también garantizan que el autor obtenga el crédito por su obra.
- Según el inciso 12.2 del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales (RNTI) "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metalados en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido los cuales serán posteriormente recopilados por el Repositorio Digital RENAI, a través del Repositorio AGILE".

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Información del Autor				
HONORES MARCELO Juan Anthony		40181144	juanthony_79@hotmail.com	
Apellidos y Nombres		DNI	Correo Electrónico	
2. Tipo de Documento de Investigación				
☒ Tesis	☐ Trabajo de Suficiencia Profesional	☐ Trabajo Académico	☐ Trabajo de Investigación	
3. Grado Académico o Título Profesional¹				
Bachiller	☒ Título Profesional	☐ Título Segunda Especialidad	☐ Maestría	☐ Doctorado
4. Título del Documento de Investigación				
Carga de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital III EsSalud Chimbote 2025				
5. Programa Académico				
Medicina Humana				
6. Tipo de Acceso al Documento				
☒ Abierto o Público ² (info-repo/semantics/openAccess)		☐ Acceso restringido ³ (info-repo/semantics/restrictedAccess) ^(*)		
(*) En caso de restringido sustentar motivo				

A. Originalidad del Archivo Digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

B. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS⁵

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.⁶




 Firma

Legir	Dí	Mes	Año
Chimbote	07	03	2026

Importante

- Según Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU-CD Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, Art. 8, inciso 8.2.
- Ley N° 30035. Ley que regula el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto y D.S. 006-2015-PCM.
- Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad San Pedro una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer registro de firma en la obra y difundir en el Repositorio Institucional Digital. Reservando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el marco de la Ley 822.
- En caso de que el autor elija la segunda opción, únicamente se publicará los datos del autor y resumen de la obra, de acuerdo a la directiva N° 904-2016-CONYTEC-DEGC (Normativa 5.2 y 6) que define el funcionamiento del Repositorio Institucional Digital.
- Las Licencias Creative Commons (CC) es una organización internacional sin fines de lucro que posee a disposición de los autores un conjunto de licencias flexibles y de herramientas tecnológicas que facilita la difusión de información, recursos educativos, obras artísticas y científicas, entre otros. Estas licencias también garantizan que el autor obtenga el crédito por su obra.
- Según el inciso 12.2 del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales-EDUTU, es obligación de las universidades, institutos y escuelas de formación superior tener como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los resultados en sus repositorios institucionales poniendo a su disposición abierto o restringido los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital EDUTU, a través del Repositorio RITA.

Nota: En caso de dudar en los datos, se procederá de acuerdo a ley 822, art. 12, sub. 12.3.

Carga de enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital III EsSalud Chimbote 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%	19%	%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
2	dspace-uh-tmp.igniteonline.la Fuente de Internet	1%
3	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
6	tesis.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
8	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%

9	Submitted to Universidad Nacional de Cajamarca Trabajo del estudiante	1 %
10	core.ac.uk Fuente de Internet	1 %
11	documentop.com Fuente de Internet	1 %
12	img.lpderecho.pe Fuente de Internet	1 %
13	repositorio.autonoma.edu.co Fuente de Internet	<1 %
14	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	<1 %
15	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	repositorio.ucam.edu Fuente de Internet	<1 %
17	bvs.isciii.es Fuente de Internet	<1 %
18	moam.info Fuente de Internet	<1 %
19	files.core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %

20	gacetasanitaria.org Fuente de Internet	<1 %
21	repositorio.uandes.cl Fuente de Internet	<1 %
22	ru.dgb.unam.mx Fuente de Internet	<1 %
23	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
24	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
25	Submitted to Integración ABbL Trabajo del estudiante	<1 %
26	www.minsalud.gov.co Fuente de Internet	<1 %
27	prensa.farmaindustria.es Fuente de Internet	<1 %
28	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	<1 %
29	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
30	repositorioslatinoamericanos.uchile.cl Fuente de Internet	<1 %
revistainnovaeducacion.com		

31	Fuente de Internet	<1 %
32	www.hospitalitaliano.org.ar Fuente de Internet	<1 %
33	www.science.gov Fuente de Internet	<1 %
34	docslib.org Fuente de Internet	<1 %
35	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
36	www.grafiati.com Fuente de Internet	<1 %
37	www.labdeurgencias.com.ar Fuente de Internet	<1 %
38	www.proz.com Fuente de Internet	<1 %
39	Submitted to Instituto Superior Tecnológico Sudamericano Trabajo del estudiante	<1 %
40	dialnet.unirioja.es Fuente de Internet	<1 %
41	revistas.unc.edu.ar Fuente de Internet	<1 %
42	worldwidescience.org Fuente de Internet	<1 %

		<1 %
43	www.cochrane.org Fuente de Internet	<1 %
44	bibliotecadigital.udea.edu.co Fuente de Internet	<1 %
45	cd.dgb.uanl.mx Fuente de Internet	<1 %
46	cybertesis.uach.cl Fuente de Internet	<1 %
47	ddd.uab.cat Fuente de Internet	<1 %
48	eprints.uanl.mx Fuente de Internet	<1 %
49	issuu.com Fuente de Internet	<1 %
50	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
51	www.lopezrodo.com Fuente de Internet	<1 %
52	datos.cali.gov.co Fuente de Internet	<1 %
53	demografia.rcm.upr.edu Fuente de Internet	<1 %

54	doaj.org Fuente de Internet	<1 %
55	m.moam.info Fuente de Internet	<1 %
56	pmc.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	<1 %
57	qa1.scielo.br Fuente de Internet	<1 %
58	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
59	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
60	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
61	rise.ecotec.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
62	rmag.eu Fuente de Internet	<1 %
63	www.ief.es Fuente de Internet	<1 %
64	www.opsecu.org Fuente de Internet	<1 %