

Universidad Abierta Interamericana



Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Carrera de Medicina

Sede Regional Rosario

TESIS FINAL:

***"Factores Vinculados a la Adherencia al Tratamiento en
Pacientes Diabéticos tipo 2, en la Ciudad de Rosario,
Año 2014."***

Autor: María Belén Mora Leiva.

Tutor: Dra. Marcela Agostini.

E-Mail: bel_ml20@hotmail.com

Año: 2014

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todos los pacientes que participaron en la presente investigación, la cual no hubiera sido posible sin su colaboración.

Agradezco especialmente a mi tutora la Dra. Marcela Agostini, por su tiempo, su paciencia y compromiso para conmigo.

A los Profesionales del Servicio de Endocrinología del Hospital Provincial, en especial a las Doctoras Melba Córdoba y Marta Garibaldi, y del Policlínico PAMI I, en especial al Dr. Sergio Céspedes. Gracias por su excelente predisposición y buena voluntad.

No quiero olvidarme de agradecer a mi familia, la que me brindó apoyo incondicional durante todos los años de la carrera y los que estuvieron acompañándome y aconsejándome en todo momento.

Gracias.

INDICE

Resumen.....	5
Introducción.....	7
Marco Teórico.....	11
Problema.....	29
Objetivos.....	29
Material y Métodos.....	31
Resultados.....	36
Discusión.....	67
Conclusión.....	71

Bibliografía.....	73
Anexo I: Encuesta.....	78
Anexo II: Consentimiento In formado.....	82
Anexo III: Autorización.....	83

RESUMEN

Introducción: La diabetes se ha convertido en una de las principales causas de muerte y discapacidad. Se calcula que el número de personas con diabetes podría subir de 25 a 40 millones para el año 2030. La adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo en el que está involucrado una multiplicidad de factores, por los cuales el cumplimiento del tratamiento se verá determinado por los conocimientos y creencias que el paciente tiene de la enfermedad.

Objetivo: Conocer los niveles de adherencia auto-reportada y control metabólico, de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, en dos efectores de la localidad de Rosario.

Material y Métodos: Estudio de tipo descriptivo transversal. El universo estuvo compuesto por 80 pacientes diabéticos tipo 2, que concurren al Servicio de Endocrinología del Hospital Provincial y al Policlínico PAMI I, de la Ciudad de Rosario.

Resultados: El apego al tratamiento fue del 31% sobre el total encuestado. Se encontró que los niveles de HbA1c fueron adecuados para el control metabólico solo en un 37%. La pauta del tratamiento diabetológico que tienden a no cumplir estos pacientes es la actividad física, seguido por la dieta. Por el contrario, la mayoría de estos pacientes cumple con el tratamiento farmacológico.

Conclusiones: Los resultados del presente estudio sugieren fallas en el

tratamiento no farmacológico. La adherencia y el compromiso del paciente hacia el cuidado de su enfermedad es la base del éxito para llegar a las metas terapéuticas. La educación diabética que pueda brindarle el médico es un elemento indispensable para ayudar al paciente en la lucha contra su enfermedad.

Palabras Claves: diabetes mellitus tipo 2, adherencia al tratamiento, dieta, ejercicio físico, control metabólico, hemoglobina glicosilada.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En el año 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. ¹

La diabetes se ha convertido en una de principales causas de muerte y discapacidad en la región de las Américas y, si la tendencia actual continúa, la carga de esta enfermedad crecerá sustancialmente en las próximas dos décadas, señalaron expertos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

“La diabetes ha alcanzado proporciones de epidemia en las Américas”, James Hospedales.²

La OPS/OMS estima que alrededor de 62,8 millones de personas en las Américas padecen diabetes (dato de 2011). Si la tendencia actual continúa, se espera que este número aumente a 91,1 millones para 2030. En América Latina, se calcula que el número de personas con diabetes podría subir de 25 a 40 millones para el año 2030, y en Norteamérica y los países no hispanos del Caribe este número puede ascender de 38 a 51 millones durante este mismo período. ²

Los principales problemas de la diabetes son la ausencia de un diagnóstico oportuno y la falta de adherencia a los principios terapéuticos básicos para controlar los niveles de glucosa.³

Desde otro ángulo, algunos trabajos, ubican la adherencia al tratamiento, como una categoría de la psicología de la salud, y analizan la importancia de los principales problemas metodológicos y teóricos a la hora de tratar el problema. Consideran que se trata de un fenómeno complejo en el que están involucrados una multiplicidad de factores y en esencia se trata de un comportamiento humano modulado por componentes subjetivos, en los que se conceptualiza que la conducta de cumplir el tratamiento esta mediada por los conocimientos y creencias que el paciente tiene de la enfermedad, encontrándose implicados aquí procesos motivacionales y volitivos para recuperar la salud.⁴

Para lograr un buen control glicérico se requiere, no solamente ingesta de medicamentos, sino ajustes importantes en la alimentación habitual, control de peso y una actividad física adecuada, todos aspectos relacionados directamente con el estilo de vida.⁵

“La educación y el involucramiento del paciente son absolutamente claves para promover un mejor auto-manejo de la diabetes”, dijo Hospedales. “Esto incluye un auto-monitoreo del nivel de glucosa en la sangre, así como estar alerta a señales de posibles complicaciones.”²

Es importante destacar los efectos beneficiosos que produce el cambio de

hábito alimentario en estos pacientes. La pérdida de peso moderada (5% del peso corporal) mejora la acción de la insulina, disminuye las concentraciones séricas de glucosa y reduce la necesidad de farmacoterapia. También mejora otros factores de riesgo cardiovascular al disminuir la presión arterial, mejorar las concentraciones de lípidos en sangre (disminuye triglicéridos, colesterol total, colesterol LDL y aumenta colesterol HDL) y reduce los marcadores séricos de inflamación.³

Por otro lado, la actividad física mejora la sensibilidad a la insulina y el control glicémico mediante el aumento de la utilización de glucosa a nivel muscular y hepático e inhibe la secreción de insulina por el sistema simpático, aumenta las hormonas contra reguladoras y la producción hepática de glucosa.³

Una revisión de nueve estudios dedicados a este tema demostró que el ejercicio reducía la hemoglobina glicosilada (estándar de oro para el control del paciente diabético) en un promedio de 0.5 a 1.0% y las complicaciones crónicas (retinopatía, neuropatía y nefropatía).³

Los datos presentados en el DPP (Diabetes Prevention Program) en Estados Unidos, demostraron que la pérdida de peso (7% del peso corporal) en el primer año de tratamiento, junto con el incremento de la actividad física (150 min de caminata a la semana) reduce la incidencia de diabetes mellitus tipo 2 dentro de los primeros cuatro años en un 58% en hombres y mujeres con intolerancia a la glucosa. Por lo tanto, los cambios en el estilo de vida fueron casi 2 veces más

efectivos que el tratamiento con metformina (31% de reducción en la incidencia de diabetes).⁶

En la vida cotidiana, muchos de los tratamientos médicos quedan bajo la responsabilidad de los mismos enfermos, lo que representa un problema ya que un paciente puede o no cumplir las indicaciones médicas; se calcula que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; ese porcentaje se incrementa en el caso de las enfermedades crónicas, de allí la importancia del problema.⁷

En el caso del apego o la adherencia al tratamiento se ha buscado comprender como intervienen diversos factores en un adecuado control metabólico. Según la antropología médica, la concepción que una persona tiene sobre la salud-enfermedad va de la mano con su contexto social e individual; su actuar ante la enfermedad depende de las ideas que ha construido en torno a ella, así como de su propia historia con respecto a su padecer.⁸

MARCO TEORICO

La Diabetes mellitus (DM) no es una entidad única, sino un grupo de enfermedades metabólicas que se caracterizan fundamentalmente por la hiperglucemia. El trastorno es el resultado de defectos en la secreción de insulina, o de su acción o de ambas cosas a la vez. La hiperglucemia crónica propia de la diabetes se asocia a daño, disfunción o fallo de varios órganos, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. Diversos procesos patogénicos están involucrados en el desarrollo de la diabetes, desde la destrucción autoinmune de las células beta hasta la resistencia periférica a la acción de la insulina, aunque la base no es otra que la deficiencia en la acción de la insulina en sus tejidos diana, lo que dará lugar a anormalidades en el metabolismo de hidratos de carbono, grasas y proteínas.

Clasificación:

A medida que han ido progresando los conocimientos sobre los factores etiológicos de la enfermedad, se ha ampliado la lista de las distintas diabetes, lo que ha dado lugar a sucesivas clasificaciones. La última propuesta data del año 2003, y su obra de un comité de expertos de la American Diabetes Association (ADA).⁶

Clasificación del Comité de Expertos de la Sociedad Americana de Diabetes (2003)⁹

Diabetes tipo 1

Autoinmune

Idiopática

Diabetes tipo 2

Otros tipos específicos

Defectos genéticos en la función de la célula beta: cromosoma 12,

HNF-1 alfa (MODY 3); cromosoma 7, glucocinasa (MODY 2); cromosoma 20, HNF-4 alfa (MODY 1); cromosoma 13, factor 1 promotor de insulina (MODY 4); cromosoma 17, HNF-1 beta (MODY 5); cromosoma 2, Neuro D1 (MODY 6); mutación DNA mitocondrial; otros(LADA)

Defectos genéticos e la acción de la insulina:

Insulinorresistencia tipo A, leprechaunismo, síndrome de Rabson-Mendenhall, diabetes lipoatrófica, otros

Enfermedades del páncreas exocrino:

Pancreatitis, traumatismos, pancreatectomía, neoplasias, fibrosis quística, hemocromatosis, pancreatopatiafibrocalculosa, otras.

Endocrinopatías:

Acromegalia, síndrome de Cushing, glaucoma, feocromocitoma, hipertiroidismo, somatostatina, aldosterona, otras

Inducida por medicamentos o agentes químicos:

Pentamidina, ácido nicotínico, glucocorticoides, hormona tiroidea, diazóxido, agonistas beta adrenérgicos, tiazidas, dilantina, interferón alfa, otros

Infecciones:

Rubeola congénita, citomegalovirus, otras

Formas no comunes de diabetes autoinmune:

Síndrome del hombre rígido, anticuerpos anti receptor de insulina

Otros síndromes genéticos asociados ocasionalmente:

Síndrome de Down, síndrome de Klinefelter, síndrome de Turner, síndrome de Wolfram, ataxia de Friedreich, corea de Huntington, síndrome de Lawrence-Moon-Biedl, distrofia miótica, porfiria, síndrome de Prader- Willi, otros

Diabetes mellitus gestacional (DMG)

ADA: diabetes del adulto tardía autoinmune; MODY: diabetes juvenil de inicio en la madurez.

Diabetes tipo 1

La diabetes tipo 1 (DM tipo 1) corresponde a la previamente denominada insulino dependiente o de comienzo juvenil y constituye el 5%-10% de todas las formas de diabetes en el mundo occidental. Comprende la gran mayoría de casos debidos a la destrucción de las células beta pancreáticas, que conduce a deficiencia absoluta de insulina y propensión a la cetoacidosis. La forma autoinmune se caracteriza por un inicio en general brusco y en general, antes de los 30 años, tendencia a la cetosis y ausencia de obesidad. En su etiología se evidencian fenómenos autoinmunes y asociación con otras enfermedades autoinmunes, como enfermedad de Graves, tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Addison, vitíligo, anemia perniciosa. Los factores genéticos son importantes y se ha demostrado asociación con algunos antígenos de histocompatibilidad. La velocidad de la destrucción de los islotes es bastante variable, rápida en algunos casos (principalmente en niños) y lenta en otros (principalmente adultos), por lo que la cetosis puede ser la primera manifestación, pero en otros mantiene una reserva funcional que previene esta complicación durante varios años.⁹

Los pacientes con DM tipo 1 idiopática no tienen una etiología conocida. La mayoría de los portadores de esta forma de diabetes, tienen una carga hereditaria importante pero que no se asocia al complejo HLA. La prevalencia de complicaciones es menor que en la DM tipo 1 autoinmune.⁹

Diabetes tipo 2

La diabetes tipo 2 (DM tipo 2), conocida anteriormente como diabetes no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, es la forma más prevalente de diabetes (90%-95%), el riesgo de desarrollarla aumenta con la edad, la obesidad y el sedentarismo. Resulta de la asociación de insulinoresistencia y secreción deficiente de insulina pudiendo predominar la insulinoresistencia o el déficit secretor relativo, aunque ambas condiciones son necesarias.¹⁰

Suele iniciarse de forma progresiva después de los 40 años, a pesar de que existe un incremento notable en personas más jóvenes e incluso en niños. No tiende a la cetoacidosis, aunque esta complicación puede desencadenarse en algunas circunstancias como el estrés o enfermedades intercurrentes. A menudo cursa con obesidad, en su defecto los pacientes que no son obesos suelen tener una mayor proporción de grasa abdominal. Tiene pronunciada agregación familiar, causas múltiples y diferentes.¹⁰

Los pacientes permanecen a menudo sin diagnóstico, en consecuencia sin tratamiento durante años dado el desarrollo lento de la enfermedad, la ausencia de síntomas o su infravaloración. Este hecho suele ocasionar que los pacientes tengan complicaciones crónicas en el momento del diagnóstico.¹⁰

Epidemiología de la DM tipo 2

Su prevalencia no ha dejado de aumentar en las últimas décadas. En España ha pasado del 5,5% en los años ochenta al 10% a finales de los noventa y

al 12% en la actualidad. Es un problema que algunos no dudan en definir como una auténtica pandemia. Así, se calcula que pasará de 212 millones en el año 2011 a aproximadamente 300 millones en el 2025. Esto acontece como consecuencia de una serie de factores, entre ellos la mayor longevidad de la población, el progresivo incremento de la obesidad, el sedentarismo y el tabaquismo, que pueden ser importantes por su contribución a la producción de insulinoresistencia. Un factor que condiciona su prevalencia es el origen étnico, de modo que algunos grupos tienen cifras muy elevadas, como los individuos de raza negra (10,3% en EE.UU., casi el doble que en blancos no hispanos).¹¹

La prevalencia de DM tipo2 es parecida entre varones y mujeres. Depende en gran medida del índice de masa corporal, de la actividad física y de la reducción en años del exceso de peso.⁹

La coexistencia de muchos de estos trastornos junto a la insulinoresistencia constituye el síndrome metabólico (SM). En la sociedad occidental, el número de enfermos con SM está aumentando con cifras de carácter epidémico: en la actualidad afecta a un 20% de la población general y aproximadamente a un 40% de las personas mayores de 60 años.¹²

Los últimos datos epidemiológicos y biológicos indican que las etiologías de estas enfermedades pueden compartir mecanismos genéticos y bioquímicos comunes¹³. Un paso muy importante encaminado a la comprensión de la DM2, el SM y la obesidad es la identificación de los genes de susceptibilidad comunes,

cuyos mecanismos podrían llevar a establecer objetivos terapéuticos adicionales para el futuro diseño de fármacos. ¹⁴

En un estudio propuesto por el Ministerio de Salud de la República Argentina en el año 2011, se comprobó que la prevalencia de realización de al menos una medición de la glucemia mostró un incremento significativo cercano al 6% en el año 2009 (75,7%) tomando en comparación con el año 2005 (69,3%). Los mayores incrementos se observaron en las provincias de Jujuy, Buenos Aires, Salta, Chubut, La Pampa, Santa Fe, Río Negro y Tucumán.¹⁵

El análisis por sexo mostró que a nivel nacional la realización de al menos una medición de glucemia fue mayor en mujeres (81,4%) que en hombres. A su vez, se observó una mayor frecuencia de medición a mayor edad. Estas asociaciones se evidenciaron en todas las provincias. Se detectó una mayor prevalencia de este indicador en individuos con nivel educativo secundario completo (80,2%), en comparación con aquellos con primario incompleto (71,2%) o primario completo/secundario incompleto (71,4%). En relación con el nivel de ingresos, se observó una mayor realización de medición de glucemia en los grupos de mayores ingresos (85,1%) en comparación con los de menores niveles (69,2%). Si bien esta tendencia se encontró en todas las provincias, en algunas jurisdicciones las brechas fueron más pronunciadas, como en las provincias de las regiones Noreste y Noroeste.

Un 55,2% de las personas con glucemia elevada o diabetes recibía algún

tratamiento. Los mayores niveles de tratamiento se reportaron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (69,6%), Chaco (65,7%) y San Juan (71,3%), mientras que la provincia con menor nivel de tratamiento fue Santiago del Estero (34,5%). No hubo una diferencia significativa en este indicador de acuerdo al sexo. En relación con la edad, se observó un progresivo incremento de la prevalencia de tratamiento de la diabetes en los grupos etarios mayores (18-24 años: 22,4%; 25-34 años: 26,6%; 35-49 años: 40,0%; 50-64 años: 63,2% y más de 65 años: 74,1%). Por su parte, el nivel de ingresos y de educación no se asoció significativamente al tratamiento recibido.¹⁵

De las personas tratadas por haber presentado diabetes o glucemia elevada un 39,5% recibía tratamiento médico, un 16,9% únicamente tratamiento no farmacológico y el 43,6% recibió ambos. El tratamiento no farmacológico aislado fue más frecuente en mujeres (22,3%) que en varones (10,4%), en los grupos etarios más jóvenes (34,9% de 18 a 24 años vs. 11,4% en mayores de 65 años) y en pacientes con cobertura social pública (23,8%vs. 15,1%).¹⁵

Diagnóstico:

Criterios actuales para el diagnóstico de diabetes:¹⁶

- Hb A1c=6.5%. La prueba se debe realizar en un laboratorio que utilice un método estandarizado según el NationalGlycohemoglobin Stan-darizationProgram (NGSP), certificado y estandarizado para el Diabetes Control and Complications Trial.

- Glucemia en ayunas (GA) =126 mg/dl (7 mmol/L). El ayuno se define como la no ingesta calórica durante por lo menos 8 horas.
- Glucemia 2 horas postprandial (GP) =200 mg/dl (11.1 mmol/L) durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). La prueba debe ser realizada con las indicaciones de la OMS, con una carga de hidratos de carbono equivalente a 75 g glucosa anhidra disuelta en agua.
- Glucemia al azar =200 mg/dl (11.1 mmol/L) en un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia.

Categorías de alto riesgo para diabetes (pre diabetes):

1. Glucemia en ayunas alterada o intolerancia a la glucosa en ayunas (IGA) = glucemia en ayunas entre 100 a 125.
2. Tolerancia a la glucosa alterada o intolerancia a la glucosa (IG)= glucemia 2 h pos-carga de glucosa de 140 a 199.
3. HbA1c= 5,7 a 6,4%.

Criterios para realizar pruebas de diabetes en adultos asintomáticos:¹⁶

- En todos los adultos con sobrepeso mayor a 25 kg/m² de IMC y factores de riesgo adicionales.
- Inactividad física.
- Parientes en primer grado con diabetes

- Alto riesgo por raza.
- Mujeres que han tenido hijos con alto peso o con diagnóstico de diabetes gestacional.
- Hipertensión arterial o en tratamiento para HTA.
- Colesterol HDL bajo (<35 mg/dl) o Triglicéridos >250mg/dl
- Mujeres con síndrome de ovario poliquístico.
- HbA1C >5.7% o intolerancia a la glucosa en ayunas o glucemia en ayunas elevada en pruebas anteriores.
- Otras condiciones clínicas asociadas con resistencia a la insulina (obesidad severa, acantosis nigricans).
- Historia de enfermedad cardiovascular.

Monitoreo de la glucosa:¹⁶

Automonitoreo y monitoreo continuo:

El automonitoreo de la glucemia (AMG) debe llevarse a cabo 3 o más veces al día en los pacientes con inyecciones múltiples de insulina o tratamiento con bomba de insulina. Al menos antes de las comidas y refrigerios, en ocasiones después de la ingesta, al acostarse, antes de hacer ejercicio, cuando sospechen la hipoglucemia, después de tratar la hipoglucemia hasta que estén normo glucémicos y antes de tareas críticas como manejar.

Para los pacientes que usan inyecciones de insulina con menor frecuencia o no son insulino dependientes, la prescripción del AMG (dentro de contexto educativo) puede ser útil como guía para orientar el manejo del paciente.

El monitoreo continuo de la glucosa (MCG) junto con los regímenes insulínicos intensivos pueden ser una herramienta útil para reducir la HbA1c en adultos seleccionados (mayores de 25 años) con diabetes tipo 1.

Aunque la evidencia para el descenso de la HbA1c es menos contundente en los niños, los adolescentes y los adultos más jóvenes, en estos grupos el MCG puede ser útil. El éxito se correlaciona con la adherencia al uso continuo del dispositivo.

Hemoglobina glicosilada (HbA1c):¹⁶

Se debe realizar la prueba de HbA1c por lo menos 2 veces al año en los pacientes que están cumpliendo con el objetivo terapéutico (o quienes tienen control glicémico estable).

En aquellos casos de pacientes cuya terapia ha cambiado, o no están cumpliendo los objetivos glucémicos, es conveniente realizar la prueba de HbA1c cada 3 meses.

Objetivo - Metas glucémicas en adultos:¹⁶

Se ha demostrado que la reducción de la HbA1c a cifras cercanas a 7% reduce las complicaciones microvasculares de la diabetes, y si se logra poco después del diagnóstico de diabetes, ese beneficio a largo plazo también reduce las complicaciones macrovasculares. Por lo tanto, una meta razonable para muchos adultos.

Los tratantes podrían perseguir objetivos más estrictos de HbA1C (como 6,5%) para pacientes seleccionados (diabetes de corta duración, expectativa de vida larga, enfermedades cardiovasculares no significativas), siempre que esto se logre sin que presenten hipoglucemias significativas u otros efectos adversos del tratamiento.

Para los pacientes con antecedentes de hipoglucemia grave, esperanza de vida limitada, enfermedad microvascular avanzada o complicaciones macrovasculares, condiciones mórbidas extensas y personas con diabetes de larga duración, el objetivo de la HbA1C podría ser menos estricto (8%), ya que en ellos es difícil alcanzar el objetivo general a pesar de la educación para el autocontrol de la diabetes, el auto monitoreo de la glicemia y las dosis efectivas de múltiples hipoglucemiantes, incluyendo la insulina.¹⁶

Tratamiento de la diabetes tipo 2

Si no existe contraindicación y es tolerada, la metformina es el tratamiento de elección inicial para el tratamiento de la diabetes tipo 2.

En la diabetes tipo 2 de diagnóstico reciente, los pacientes con síntomas marcados y/o glucemias o HbA1C elevadas, considerar hacer tratamiento con insulina desde el principio, con o sin agentes adicionales.

Si la monoterapia con agente no insulínicos a las dosis máximas toleradas no alcanzan o mantiene la meta de HbA1c en un tiempo de 3 a 6 meses, debería añadirse un segundo agente oral, un agonista del receptor GLP-1 o insulina.

Para la elección del fármaco se recomienda un enfoque centrado en el paciente, considerar la eficacia, el costo, los efectos adversos, efectos sobre el peso, las comorbilidades, el riesgo de hipoglucemia y las preferencias del paciente.¹⁶

Insulina:

Debido a la disfunción de las células β progresiva que caracteriza a la diabetes tipo 2, con frecuencia se requiere terapia de reemplazo de insulina. Es importante destacar que, la mayoría de los pacientes mantienen mínimamente la secreción de insulina endógena, incluso en etapas tardías de la enfermedad. En consecuencia, las estrategias más complejas e intensivo de la diabetes tipo 1 no son típicamente necesarias.¹⁷

Debido a la naturaleza progresiva de la diabetes tipo 2, la terapia con

insulina eventualmente en el tiempo es la terapia final para muchos pacientes con diabetes tipo 2.¹⁷

Tratamiento médico nutricional (TMN)¹⁶

Recomendaciones generales: Las personas con pre diabetes o diabetes deben recibir TMN individualizado preferentemente indicado por un profesional en nutrición, con el fin de lograr los objetivos terapéuticos.

✓ Balance calórico, sobrepeso y obesidad:

Para todas las personas con sobrepeso u obesas que tienen o están en riesgo de diabetes se recomienda la pérdida de peso.

Para bajar de peso son efectivas las dietas bajas en carbohidratos, bajas en grasas con restricción de carbohidratos o la dieta mediterránea pueden ser efectivas en el corto plazo (hasta 2 años).

En los pacientes con dietas bajas en carbohidratos se debe monitorear el perfil lipídico, la función renal y la ingesta de proteínas (en aquellos con nefropatía) y ajustar la terapia hipoglucemiante según sea necesario.¹⁶

La actividad física y la modificación de hábitos son componentes importantes de los programas para bajar de peso y son más útiles en el mantenimiento de la pérdida de peso.¹⁷

✓ Ejercicio físico:

La actividad física regular es un componente esencial en el tratamiento de los pacientes diabéticos, en particular para los pacientes con DM tipo 2, y su recomendación por parte de los médicos es una práctica muy generalizada pero imprecisa porque raramente se concretan aspectos importantes que tienen que ver con una prescripción personalizada: como, cuanto y cuando. Se deben tener en cuenta aspectos como la evaluación clínica previa y aptitud física del paciente. Las características generales de la actividad física deberían ser: aeróbica, de grandes masas musculares y con una frecuencia y regularidad especificadas. Datos recientes indican que el ejercicio de resistencia muscular puede ser efectivo para personas con resistencia insulínica (RI) y por eso se han incluido recomendaciones, con una correcta prescripción y aprendizaje de las técnicas junto al clásico ejercicio de resistencia cardiorrespiratoria.⁹

El ejercicio agudo en pacientes bien controlados promueve la captación celular de glucosa por el musculo (en particular en la fase de recuperación) y, por tanto, determina una disminución progresiva de la glucemia, que es más importante cuanto mayor es el ejercicio y más elevada la insulinemia del momento.⁹

Los diabéticos deben realizar al menos 150 min/semana de actividad física aeróbica de intensidad moderada (50-70% de la frecuencia cardíaca máxima), repartidas en al menos 3 días de la semana con no más de 2 días consecutivos

sin ejercicio.¹⁸

En ausencia de contraindicaciones, estos pacientes deben ser animados a realizar entrenamiento de la resistencia por lo menos 2 veces por semana.¹⁶

Complicaciones

Se hace énfasis en el aspecto de las complicaciones de la diabetes debido a que también representan la principal causa de mortalidad de la misma. Los problemas principales que presentan los pacientes diabéticos en miembros inferiores son las ulceraciones, infecciones y procesos gangrenosos. Y son la causa más común de hospitalización de los mismos.³

El impacto se observa en que se llevan a cabo más de 80.000 amputaciones anuales en los Estados Unidos, de los cuales, alrededor del 50% desarrollan infecciones y nuevas ulceraciones en los siguientes 18 meses.¹⁹

Altos niveles de glucosa en la sangre pueden conducir a enfermedades graves que afectan al corazón y los vasos sanguíneos, ojos, riñones, nervios y dientes. En casi todos los países de ingresos altos, la diabetes es la principal causa de enfermedades cardiovasculares, ceguera, insuficiencia renal y amputaciones de miembros inferiores.²⁰

- El mantenimiento de los niveles de glucosa en sangre, la presión arterial y el colesterol en o cerca de lo normal puede ayudar a retrasar o prevenir las

complicaciones de la diabetes. Por lo tanto, las personas con diabetes necesitan una monitorización regular.²⁰

- Enfermedad cardiovascular.²⁰ afecta al corazón y los vasos sanguíneos y puede causar complicaciones graves como enfermedad de las arterias coronarias (infarto agudo de miocardio) y de accidente cerebrovascular. La enfermedad cardiovascular es la causa más común de muerte en personas con diabetes. La hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hiperglucemia y otros factores de riesgo contribuyen a aumentar el riesgo de complicaciones cardiovasculares.
- Enfermedad renal (nefropatía diabética).²⁰ causada por el daño de los capilares glomerulares generan daño renal, y compromiso de los glomérulos, las arteriolas, los túbulos y el espacio intersticial. La enfermedad renal es mucho más común en personas con diabetes que en aquellos sin diabetes.
- Complicaciones neurológicas (neuropatía diabética).²⁰ Es la complicación más frecuente y precoz de la diabetes. A pesar de ello suele ser la más tardíamente diagnosticada. Dentro de ella la neuropatía periférica es la más común. Se caracteriza por una disminución de los umbrales de sensibilidad distal simétrica, disminución de los reflejos tendinosos distales en forma simétrica, disminución de la fuerza muscular, alteración de los estudios electrofisiológicos. La diabetes puede causar daño a los nervios de todo el cuerpo cuando la glucosa en sangre y la presión de la sangre son demasiado altos. Entre las áreas más comúnmente afectadas son las extremidades, especialmente de los pies. La pérdida de la

sensibilidad es particularmente importante, ya que puede permitir que las lesiones que pasan desapercibidas, dando lugar a infecciones graves y posibles amputaciones. Las personas con diabetes deben examinar regularmente sus pies.

- Complicaciones oftalmológicas (retinopatía diabética):²⁰ Entre un 20 y un 80% las padecen a lo largo de la evolución de la enfermedad. La diabetes es la segunda causa de ceguera en el mundo.

La importancia de la adherencia al tratamiento

Se han reportado factores que de forma directa o indirecta influyen en el apego al tratamiento por parte del paciente diabético, tales como: la edad, la dificultad del tratamiento, la duración de la enfermedad, la depresión, alguna discapacidad y los problemas psicosociales.⁷

A diferencia del tratamiento farmacológico, el control de la diabetes desde la perspectiva no farmacológica considera acciones que tienen que ver con el autocuidado del paciente, tales como el plan de alimentación y el ejercicio físico. La atención no farmacológica está relacionada con la educación para la salud que la persona con diabetes recibe.⁷

Algunos autores sostienen que existe un alto nivel de conocimientos y actitudes sobre la educación dietética, pero un bajo nivel de prácticas educativo dietéticas, lo cual se ve reflejado en una baja adherencia hacia la dieta por parte

de los pacientes con DM2, ya que hace falta no sólo darles información, sino instruirlos en lo que tienen que hacer, por qué lo tienen que hacer y reconocer cuándo lo tienen que hacer. La dieta es la piedra angular del tratamiento, ya que a través de ella se puede lograr un adecuado control metabólico de la enfermedad, disminuir el número de medicamentos y reducir los niveles de sobrepeso que frecuentemente presentan las personas con diabetes y que son causa de muchas de sus complicaciones; sin embargo, se ha encontrado que un gran número de diabéticos no se adhiere de forma efectiva a la dieta prescrita.²¹

En la vida cotidiana, muchos de los tratamientos médicos quedan bajo la responsabilidad de los mismos enfermos, lo que representa un problema ya que un paciente puede o no cumplir las indicaciones médicas. Se calcula que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas.⁷

PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de cumplimiento con respecto al tratamiento farmacológico y no farmacológico los pacientes diabéticos tipo 2, que concurren al Hospital Provincial y al Policlínico PAMI I de la Ciudad de Rosario?

OBJETIVOS

Generales:

Conocer los niveles de adherencia auto-reportada y control metabólico, de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, en dos efectores de la localidad de Rosario.

Específicos:

- Caracterizar la falta de cumplimiento al tratamiento, según sea farmacológico, no farmacológico, o ambos.
- Detectar las causas por las que los diabéticos tipo 2, abandonan en algún momento el tratamiento.
- Determinar que grupos etarios cumplen con el tratamiento.
- Averiguar si el grado de instrucción escolar influye en el apego al tratamiento de estos pacientes.

- Investigar qué complicaciones y/o problemas médicos relacionados a la diabetes son los más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño:

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en base a encuestas realizadas a una población de pacientes diabéticos tipo 2, que concurrieron al Hospital Provincial y al Policlínico PAMI I, de la Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, durante el periodo comprendido entre Febrero y Abril de 2014.

Población estudiada

Para la búsqueda de información se realizó una entrevista personalizada a cada paciente por separado, de ambos sexos, que asisten a la consulta endocrinológica de dichos efectores, considerando variables que permitieron revelar información para generar conocimiento respecto a los objetivos propuestos.

Método de Muestreo:

La recolección de datos se realizó mediante cuestionario para variables socio-demográficas y variables propias de la enfermedad, variables para adherencia al tratamiento con excepción del valor de la hemoglobina glicosilada, que se obtuvo de registros institucionales. Por otra parte se detectó el valor nutricional basado en el índice de masa corporal (IMC). Para el cual se pesaron en balanza de pie, siempre la misma en cada institución. Los pacientes estaban vestidos con pantalón, remera y medias, sin calzado. Para la toma de talla se

utilizó el mismo estadiómetro de las balanzas.

El cuestionario es de tipo entrevista personalizada a cada paciente del estudio, previo consentimiento informado (Anexo II) para participar en la investigación. El proyecto se ajustó a los términos de la Ley 26.529 Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e Instituciones de la Salud. Se realizó respetando la autonomía y autodeterminación de los sujetos a estudiar, teniendo como premisa el consentimiento informado, para lo cual quedó explícito el derecho de no participar en la investigación y del anonimato.

Procedimiento de muestreo:

El universo está constituido por 80 pacientes diabéticos tipo 2.

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2.
- ✓ Pacientes entre 18 y 80 años.
- ✓ En tratamiento farmacológico mayor a un año.
- ✓ Valor de hemoglobina glicosilada del año en curso.

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes diabéticos menores a 18 y mayores de 80 años de edad.
- ✓ Sin examen de hemoglobina glicosilada.

- ✓ Mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional.
- ✓ Pacientes que no desean participar.

Variables principales:

La variable principal es el control metabólico del paciente. Considerándose:

- ❖ Adecuado control metabólico: hemoglobina glicosilada menor o igual a 7%.
- ❖ Moderado control metabólico: hemoglobina glicosilada entre 7 % y 8%.
- ❖ Pobre control metabólico: hemoglobina glicosilada mayor a 8%.

Variables socio-demográficas:

- ❖ Edad: rangos de menores de 35 años, entre 35 a 50, de 50 a 66 y mayores de 66 años.
- ❖ Sexo: femenino o masculino.
- ❖ Escolaridad: primario completo, secundario completo, terciario, universitario o no ha completado ninguno de ellos.
- ❖ Ingesta de alcohol: todos los días, fines de semana, ocasionalmente.
- ❖ Hábito tabáquico: fuma, no fuma, o si es ex fumador.

Variables propias de la enfermedad:

- ❖ Tiempo de diagnóstico: edad en la que le diagnosticaron la enfermedad.
- ❖ Tipo de tratamiento: farmacológico, no farmacológico o ambos.
- ❖ Estado nutricional: se calculó el índice de masa corporal (IMC), para cada paciente.
- ❖ Complicaciones de la diabetes: problemas oftalmológicos, problemas renales, entumecimiento/hormigueo/pérdida de la sensibilidad en pies o piernas, problemas dentales, hipertensión arterial, alteraciones en el perfil lipídico, depresión.

Variables para determinar adherencia al tratamiento:

Está conformada por tres factores:

- ❖ Tratamiento farmacológico: cumple con horarios, dosis y frecuencia de toma.
- ❖ Ejercicio físico: realiza actividad física, cuantas veces por semana lo hace. Control médico: asiste a las consultas programadas por su médico, siempre u ocasionalmente.
- ❖ Dieta: cumple con alimentación propuesta por su médicoendocrinólogo o nutricionista, sea siempre, a veces, raramente o nunca.

Tipo de análisis estadístico utilizado:

Los datos obtenidos se volcaron a una planilla de Excel 2007. Los mismos se tabularon para su presentación. Para el análisis se confeccionaron tablas y gráficos, se calcularon medidas de resumen de tendencia central (media aritmética), de dispersión (desvío estándar), para las variables cuantitativas.

Para probar una posible asociación entre variables se utilizó el cálculo del Odds Ratio (OR) junto con su Intervalo de Confianza ($p < 0.05$).

Fuente:

Hospital Provincial, servicio de endocrinología , a cargo de la Dra. Melba Córdoba y PAMI I, servicio de endocrinología a cargo del Dr. Sergio Céspedes. Ambas en Rosario, Provincia de Santa Fe.

RESULTADOS

Se encuestaron a 80 pacientes con diabetes tipo 2 que concurren al Hospital provincial y al Policlínico PAMI I, de la Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe.

Se realizó un análisis descriptivo de los 80 pacientes con diabetes tipo 2.

○ VARIABLES SOCIO-DEMOGRAFICAS

Tabla 1 – Edad del paciente

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
<35 años	1	1%
Entre 35 y 50	10	12%
Entre 51 y 66	38	48%
> 66	31	39%
Total	80	100%

La edad promedio de estos pacientes es de 63.5 años con un desvío estándar de 11.07; mientras que la edad promedio al momento de la diabetes es de 52.64 años con un desvío estándar de 11.62.

Se puede observar que el rango de edad más frecuente de los pacientes encuestados es de 51 y 66 años; mientras que la menor cantidad de los mismos es menor a 35 años.

Tabla 2 – Sexo del paciente

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Femenino	54	67%
Masculino	26	33%
Total	80	100%

Se encontró que el 67% (n=54) es de sexo femenino; y el 33% (n=26) es de sexo masculino.

Tabla 3 – Distribución de frecuencias absoluta y relativa de empleo

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	23	29%
No	57	71%
Total	80	100%

Según los datos obtenidos la mayor cantidad de pacientes con diabetes tipo 2 que concurren al Hospital Provincial y al Policlínico PAMI I de la Ciudad de Rosario, actualmente no están empleados. El 29% (n=23) son empleados, mientras que el 71% (n=57) no son empleados.

Aclaración: es importante recalcar que la totalidad de pacientes encuestados en el Policlínico PAMI I, fue compuesta por personas jubiladas, por ende respondieron que actualmente no están empleados.

Tabla 4 – Distribución de frecuencias absoluta y relativa de estudios completos

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	66	82%
No	14	18%
Total	80	100%

Se vio que el 82% (N=66), tienen estudios completos, y el 18% (n= 14) no ha completado ningún nivel escolar.

Tabla 5 – Distribución de frecuencias absolutas y relativas de alfabetización

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Primario	45	68%
Secundario	14	21%
Terciario	6	9%
Universitario	1	2%
Total	66	100%

Los pacientes encuestados con diabetes tipo 2 que concurren al Hospital provincial y al Policlínico PAMI I de la Ciudad de Rosario que completaron sus estudios, el 68% (n=45) completó solamente el primario, el 21% (n=14) el secundario, el 9% (n=6) el terciario y solamente el 2% (n=1) ha finalizado el nivel universitario.

Tabla 6 – Distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad al momento del diagnóstico de la enfermedad

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
<35 años	5	6%
Entre 35 y 50	24	30%
Entre 51 y 66	42	53%
> 66	9	11%
Total	80	100%

La mayor cantidad de pacientes encuestados tuvieron entre 51 y 66 años de edad (53%) al momento que le diagnosticaron diabetes mellitus tipo 2.

- VARIABLES PROPIAS DE LA ENFERMEDAD

Tabla 7 – Frecuencia absoluta y relativa de información sobre cuidados de su DBT

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	42	52%
No	38	48%
Total	80	100%

De acuerdo a los datos obtenidos se encontró que el 52% (n=42) pacientes han recibido información sobre los cuidados de su enfermedad. El 48% (n=38) no ha recibido esa información.

Tabla 8 – Frecuencia absoluta y relativa de asistencia a consultas medicas

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	63	79%
No	17	21%
Total	80	100%

El 79% (n=63) ha referido asistir a las consultas programadas por el médico, mientras que el 21% (n=17), asisten ocasionalmente.

Tabla 9 – Distribución de frecuencias absolutas y relativas de control glicémico

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	79	99%
No	1	1%
Total	80	100%

De los 80 encuestados el 99% han referido controlarse la glicemia, mientras que el 1 % no se la controla.

Tabla 10 – Distribución de frecuencia absoluta y relativa de control glicémico en tiempo

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Una o más veces al día	34	43%
Una o más veces a la semana	2	2%
Una vez por mes	29	37%
Una vez cada tres meses	14	18%
Total	79	100%

El 43% (n=34) de los encuestados dijo controlarse la glicemia una o más veces por día. 2% (n=2) se la controla una o más veces a la semana. 37% (n=29), una vez por mes. El 18% (n=14) una vez cada tres meses.

Tabla 11– Distribución absoluta y relativa de glicemia menor a 70

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Nunca	61	76%
Una vez	18	23%
Más de una vez	1	1%
Total	80	100%

La gran mayoría, 76% (n=61), dijo no haber presentado glicemias menores a 70 en el último mes.

○ CONTROL METABÓLICO

Tabla 12 –Distribución absoluta y relativa del valor de la glicemia en ayunas

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Menor o igual a 126 mg/dl (Buen Control Glicémico)	33	41%
Mayor a 126 mg/dl (Control Glicémico Pobre)	47	59%
Total	80	100%

De los 80 pacientes encuestados el 59% (n=47) tuvieron glicemias mayores a 126 mg/dl. El 41% (n=33) tuvieron glicemias menores a 126 mg/dl.

Tabla 13–Distribución absoluta y relativa del valor de HbA1c

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Menor o igual a 7% (Adecuado Control Metabólico)	30	37%
Entre 7% y 8% (Moderado Control Metabólico)	23	29%
Mayor a 8% (Pobre Control Metabólico)	27	34%
Total	80	100%

Se encontró que el 37% (n=30) presentaron HbA1c menor a 7%. El 29% (n=23) tuvieron HbA1c entre 7-8%. Y el 34% (n=27), presento HbA1c mayor a 8%.

○ ESTADO NUTRICIONAL

Tabla 14 – Distribución absoluta y relativa del IMC (kg/m²)

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Bajo peso (<18.50)	0	0%
Normal (18.50-24.99)	8	10%
Sobrepeso (25-29.99)	23	28%
Obesidad leve (30-34.99)	31	39%
Obesidad media (35-39.99)	11	14%
Obesidad mórbida (>=40)	7	9%
Total	80	100%

Se ha determinado según el IMC que ninguno de estos pacientes presento bajo peso. Un 10% (n=8) de los pacientes está en su peso normal. El 28% (n=23) presenta sobrepeso. El 39% (n=31) presenta obesidad leve. El 14% (n=11), obesidad media. Y tienen obesidad mórbida un 9% (n=7).

○ TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Tabla 15 – Distribución de frecuencias absolutas y relativas de prescripción de fármacos hipoglucemiantes orales o insulina para el tratamiento de la DBT

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	77	96%
No	3	4%
Total	80	100%

Del total de pacientes se determinó que al 96% (n=77), le han prescrito fármacos para controlar su diabetes. No lo han hecho para el restante 4% (n=3).

Tabla 16 – Distribución de frecuencia absoluta y relativa de cumplimiento farmacológico

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	68	88%
No	9	12%
Total	77	100%

Del 100% (n=77) que le prescribieron fármacos, el 88% (n=68), cumple con el tratamiento farmacológico, en cuanto a dosis, horario y frecuencia de toma.

Observación:Existieron 3 pacientes a los que no se le ha prescrito ninguna medicación para controlar la diabetes.

Tabla 17 – Causas que lo llevan a no cumplir con dicho tratamiento

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Olvido	5	62%
Falta de voluntad	1	13%
Olvido y falta de voluntad	2	25%
Total	9	100%

Del total de pacientes que contestaron no cumplir con dicho tratamiento el 62% (n=5) refirieron como causa al olvido. El 25% (n=2) combino el olvido con la falta de voluntad. Y el 13% (n=1) dijo falta de voluntad.

- TRATAMIENTO NOFARMACOLÓGICO

Tabla 18 – Distribución absoluta y relativa de plan de alimentación

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	62	77%
No	18	23%
Total	80	100%

De la totalidad de pacientes el 77% (n=62) recibieron un plan de alimentación. El restante 23% (n=18) no lo ha recibido.

Tabla 19 – Frecuencia absoluta y relativa del cumplimiento del plan alimentario

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	13	21%
A veces	41	66%
Raramente	6	10%
Nunca	2	3%
Total	62	100%

El 21% (n=13) refirieron cumplir siempre con dicho plan. El 66% (n=41) lo cumplen a veces. El 10% (n=6) raramente lo cumple. Y por último el 3% (n=2) dijeron no cumplirlo nunca.

Tabla 20- Frecuencia absoluta y relativa de restricciones dietarias

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Sal	3	4%
Grasas	1	1%
Dulces	14	17%
Ninguna	4	5%
Sal y Grasas	1	1%
Sal y Dulces	6	8%
Grasas y Dulces	14	18%
Sal, Grasas y Dulces	37	46%
Total	80	100%

Se vio que de los 80 pacientes encuestados, el 46% (n=37) han referido que le restringieron la sal, las grasas y los dulces en su plan alimentario. El 18% (n=14) las grasas y los dulces, y un 17% (n=14) solo les restringieron los dulces.

Tabla 21- Distribución absoluta y relativa de realización de ejercicio físico

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	33	41%
No	47	59%
Total	80	100%

Del total de pacientes, el 59% (n=47), no realiza actividad física, mientras que el 41% (n=33) dijo realizar actividad física regularmente.

Entendemos por ejercicio físico a la actividad de tipo aeróbico, que se realiza más de tres veces a la semana y durante 40 y 60 minutos. En la tabla anterior no se consideró la frecuencia de realización de dicha actividad.

Tabla 22 – Frecuencia con la que realiza actividad física

	<i>Frecuencia Absoluta</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>
Más de tres veces por semana	20	61%
Entre dos y tres veces por semana	11	33%
Una sola vez por semana	2	6%
Total	33	100%

Del total de pacientes que realiza actividad física, el 61% (n=20), la realiza más de tres veces por semana, el 33% (n=11) entre dos y tres veces por semana, por último el 6% (n=2) solo se ejercita una sola vez por semana.

Aclaración: El 100% de los pacientes dijeron realizar ejercicio aeróbico, del cual el más nombrado fue la caminata.

- HÁBITOS

Tabla 23 – Frecuencia absoluta y relativa de consumo de alcohol

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	31	39%
No	49	61%
Total	80	100%

Del total de pacientes encuestados, el 39% (n=31) dijo consumir alcohol. El 61% (n=49), refiere no consumirlo

Tabla 24 – Frecuencia absoluta y relativa de consumo de alcohol

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Una vez al día	10	32%
Una vez a la semana	12	39%
Ocasionalmente	9	29%
Total	31	100%

Del total de los pacientes que refirieron consumir alcohol, un 32% (n=10), lo consume una vez al día, el 39% (n=12), lo hace una vez a la semana, y el 29% (n=9) dijo tomar alcohol ocasionalmente.

Tabla 25 – Distribución absoluta y relativa del hábito tabáquico en la población estudiada

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Fumador	6	8%
Nunca fumó	45	56%
Ex fumador	29	46%
Total	80	100%

De los pacientes encuestados se vio que el 8% (n=6) son fumadores, el 56% (n=45) nunca fumó, mientras que el 46% (n=29) refirieron ser ex fumadores.

Tabla 26 – Frecuencia absoluta y relativa de diferentes causas de incumplimiento del tratamiento no farmacológico

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Económicas	5	7%
Falta de Voluntad	10	15%
Falta de Tiempo	14	21%
Olvido	3	4%
Discapacidad Motriz	21	31%
Causa económica y falta de voluntad	2	3%
Causa económica y falta de tiempo	1	2%
Causa económica y discapacidad motriz	2	3%
Falta de voluntad y de tiempo	3	4%
Falta de voluntad y olvido	4	6%
Falta de tiempo y olvido	1	2%
Causa económica, olvido y discapacidad motriz	1	2%
Total	67	100%

Se vio que la discapacidad motriz fue la causa mayormente nombrada de incumplimiento del tratamiento no farmacológico en un 31% (n=21), seguido por la falta de tiempo en un 21% (n=14) y por falta de voluntad en un 15% (n=10).

Tabla 27 – Frecuencia absoluta y relativa de utilización del servicio de emergencia

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	21	26%
No	59	74%
Total	80	100%

Del total de 80 pacientes, el 26% (n=21) han utilizado el servicio de emergencia el último año. El 74% restante no lo han utilizado.

Tabla 28 – Frecuencia absoluta y relativa de internación en el último año

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	17	21%
No	63	79%
Total	80	100%

Se evidencia que de los 80 pacientes, el 21% (n=17) han estado internados el último año, mientras que el 79% (n=63) no lo han estado.

Tabla 29 – Frecuencia absoluta y relativa de internación relacionada con la DBT

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	6	35%
No	11	65%
Total	17	100%

Del total de pacientes que dijeron estar internados el 35% (n=6) fueron internados a causa de su diabetes, el 65% (n=11) estuvieron internados por otras razones.

Tabla 30 – Distribución de frecuencia absoluta y relativa de cantidad de problemas médicos que presentan los pacientes

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Uno	6	7%
Dos	19	24%
Tres	26	33%
Cuatro	18	23%
Cinco	9	11%
Seis	1	1%
Siete	1	1%
Total	80	100%

De los 80 pacientes encuestados con diabetes tipo 2 que asisten al Hospital Provincial y al Policlínico PAMI I, de la Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, el 1% tiene seis problemas, y otro 1% tiene siete problemas médicos, el 7% tiene un solo problema médica, el 11% tiene 5 problemas médicos, el 23% tienen cuatro problemas médicos, el 24% tiene dos problemas médicos, mientras que el 33% tiene tres.

Tabla 31 – Frecuencia absoluta y relativa de problemas médicos más frecuentes

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Hipertensión arterial	58	28%
Dislipemia	46	22%
Polineuropatías	48	23%
Retinopatías	30	14%
Problemas Dentales	28	13%

El problema médico más padecido por los encuestados fue la hipertensión arterial en un 28% (n=58), polineuropatías 23% (n=48), dislipemia 22% (n=46), retinopatías 14% (n=30) y problemas dentales 13% (n=28).

Aclaración: como se ve en la tabla 26, los pacientes tenían más de un problema médico, por ende el total de pacientes en la tabla 27 no es 80. Ya que se analizaron las variables por separado.

Tabla 32 – Frecuencia absoluta y relativa de pacientes que se adhieren al tratamiento de fármacos, al plan alimentario y hacen actividad física

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	25	31%
No	55	69%
Total	80	100%

Esta tabla demuestra que aquellos pacientes que se adhieren al tratamiento integrado por la dieta, ejercicio físico y fármacos fueron 31 % (n=25), y los que no se adhirieron en al menos unode estas áreas fueron un 69% (n=55).

Tabla 32.1 – Frecuencia de pacientes que si se adhieren al tratamiento de fármacos, al plan alimentario y hacen actividad física en relación con la hemoglobina glicosilada

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Menor o igual a 7% (Bien Controlados)	13	52%
Entre 7% y 8% (Parcialmente Controlados)	9	36%
Mayor a 8% (Mal Controlados)	3	13%

Se observó que de los 25 pacientes que cumplen con el tratamiento integrado, el 13% (n=13) son los que están bien controlados metabólicamente. El 36% (n=9) están parcialmente controlados y el 13% (n=3) están mal controlados.

Tabla 33 – Determinar que grupos etarios se adhiere al tratamiento farmacológico

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
<35 años	1	1%
Entre 35 y 50	6	9%
Entre 51 y 66	36	53%
> 66	25	37%
Total	68	100%

De los 68 pacientes encuestados en el Hospital Provincial y al Policlínico PAMI I con diabetes tipo 2 que cumplen con el tratamiento, solamente el 1% es menor a 35 años, el 9% tiene entre 35 y 50, el 37% es mayor a 66 años, y el 53% comprende un rango etario entre 51 y 66 años.

Para probar una posible asociación entre dos variables, el cumplimiento del tratamiento y la edad se calculará el Odds Ratio (OR) junto con su Intervalo de Confianza ($p < 0.05$).

Tabla 34 – Cumplimiento del tratamiento farmacológico vs Edad

	Cumple con el tratamiento	No cumple con el tratamiento
<35 años	1.5	0.5
Entre 35 y 50	6.5	3.5
Entre 51 y 66	36.5	1.5
> 66	25.5	5.5

- $OR_{<35 \text{ vs } 35-50}=1.62$ IC=(0.05; 50.89)
- $OR_{<35 \text{ vs } 51-66}=0.12$ IC=(0.004; 4.47)
- $OR_{<35 \text{ vs } >66}=0.65$ IC=(0.02; 18.03)

Dado que el intervalo de confianza del Odds Ratio (OR) cubre al uno, podemos concluir que no se encontró una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre los pacientes encuestados con diabetes tipo 2 que concurren al Hospital Provincial y Policlínico PAMI I, de la Ciudad de Rosario que cumplen con el tratamiento con menos de 35 años versus pacientes con edad entre 35 y 50, entre 51 y 66 y mayores de 66 años de edad y si los mismos no cumplen con dicho tratamiento.

Tabla 35 – Determinar si el grado de instrucción escolar influye en la adherencia al tratamiento

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Primario	39	68%
Secundario	12	21%
Terciario	5	9%
Universitario	1	2%
Total	57	100%

De los pacientes encuestados en el Hospital Provincial y al Policlínico PAMI I con diabetes tipo 2 que cumplen con el tratamiento, solamente el 2% tiene completo el nivel universitario, el 9% tiene completo el nivel terciario, el 21% el secundario, y el 68% solo tiene finalizado el nivel primario.

Ahora se probará si existe una relación entre el nivel de instrucción y si los pacientes cumplen o no con el tratamiento. Para probar una posible asociación entre estas variables se calculará el Odds Ratio (OR) junto con su Intervalo de Confianza ($p < 0.05$).

Tabla 36 – Nivel de Instrucción vs cumplimiento del tratamiento farmacológico

	Cumple con el tratamiento	No cumple con el tratamiento
Primario	39.5	6.5
Secundario	12.5	2.5
Terciario	5.5	1.5
Universitario	1.5	0.5

- $OR_{\text{Primario vs Secundario}}=1.22$ IC=(0.25; 5.96)
- $OR_{\text{Primario vs Terciario}}=1.66$ IC=(0.23; 12.06)
- $OR_{\text{Primario vs Universitario}}=2.03$ IC=(0.07; 55.83)

Dado que el intervalo de confianza del Odds Ratio cubre al uno, podemos concluir que no se encontró una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre los pacientes encuestados con diabetes tipo 2 que asisten al Hospital Provincial y al Policlínico PAMI I de la Ciudad de Rosario, que cumplen con el tratamiento con nivel de instrucción primario versus pacientes que han finalizado el nivel secundario, terciario o universitario y si los mismos no cumplen con dicho tratamiento.

DISCUSIÓN

Según los datos obtenidos por las encuestas realizadas, observamos que la edad promedio de estos pacientes es de 63.5 años. Al igual que en otros trabajos hallados^{22, 23}. Mientras que la edad promedio al momento del diagnóstico de la enfermedad fue de 52.64 años.

La presente investigación tuvo como objetivo específico conocer los niveles de adherencia auto-reportada y control metabólico. De un total de 80 pacientes diabéticos no insulínico dependiente que fueron encuestados, se observó que la adherencia al tratamiento es de solo el 31% para esto se ha evaluado la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento farmacológico, consideradas como el tratamiento médico integral de la enfermedad. Los resultados fueron similares a los encontrados en las investigaciones propuestas por Quintana y col⁵ (23 %), Camarillo Guzmán⁷ (45%) y por último Alayón y Mosquera Vásquez²⁶.

Otro aspecto de importancia a evaluar es el control metabólico, el cual puede determinarse midiendo niveles de glicemia en ayunas o mediante la cuantificación de la hemoglobina glucosilada (HbA1c). Este último indicador ha sido considerado como el mejor para el pronóstico y complicaciones. Se aplicaron los criterios de la Asociación Americana de Diabetes encontrándose niveles similares de HbA1c menor a 7 % en los trabajos planteados por Lavalle²⁵ y un porcentaje inferior en el estudio hecho por Fanghanel Salomón²⁴. Los resultados obtenidos

en estos estudios^{22, 23, 27} reflejan valores de hemoglobina glicosilada muy por encima de los propuestos por las guías ADA y Sociedad Argentina de Diabetes.

Con respecto al cumplimiento del tratamiento farmacológico se vio que a un 96% de los pacientes le han prescrito fármacos para el control de su diabetes, de los cuales la gran mayoría (88%) han referido cumplir con dicho tratamiento en dosis, horario y frecuencia de toma. Este resultado concuerda con un estudio publicado en Colombia llamado "Adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos"²⁶. Lo que es coincidente con los resultados obtenidos en el estudio realizado en Chile publicado por Quintana⁵, aunque las cifras de los estudios citados con anterioridad arrojan porcentajes del cumplimiento farmacológico algo inferiores.

Refiriéndonos al tratamiento no farmacológico, el 77% de los pacientes (n=62) tienen un plan de alimentación de los cuales solo el 21% dijo cumplir siempre con dicho plan, 66% lo cumple a veces, 10% raramente y un 3% nunca. Fueron similares los datos expuestos por Jiménez Corona y col.²⁷. En cuanto al ejercicio físico más de la mitad expresó no realizar ningún tipo de actividad física, estas circunstancias son replicadas en otros estudios^{5, 6, 26, 28} las cuales demostraron que el ejercicio físico fue el área de mayor dificultad de cumplimiento. Sucede lo mismo en un estudio publicado por Ortiz²², en el año 2012, en el cual estipula que los pacientes tienden a rotular como ejercicio a las conductas cotidianas que refieren esfuerzo físico mínimo, tales como caminar en la casa o en el trabajo.

La causa más comúnmente manifestada por la que los pacientes dejan de cumplir en algún momento el tratamiento farmacológico es el olvido en un 62%, seguida por la falta de voluntad de tomar la medicación (25%). Lo mismo expone Aular y col.²⁹, en su trabajo, donde el olvido registro un porcentaje de 58%. Esto difiere de Meneses Rentería y López³⁰, donde se manifestó que el olvido es una causa menor. Troncoso Pantoja y col.³³ tampoco reveló lo mismo, en este caso los pacientes expresaron no mantener su tratamiento de fármacos por presentar efectos adversos o molestias luego de ingerir la medicación.

De los pacientes encuestados podemos decir que el rango de edad que mayormente se apegan al tratamiento farmacológico va desde los 51 a los 66 años. Comparados con los datos obtenidos en el estudio publicado por Aular y col.²⁹, el grupo de edad que mayormente cumple con el tratamiento eran pacientes de entre 60 y 69 años y mayores de 70.

En cuanto al grado de instrucción escolar como determinante de cumplimiento farmacológico Salas A.³¹ identificó la escolaridad primaria como principal factor de desapego al tratamiento (62%). Sin embargo los hallazgos en el presente estudio no permitieron establecer una relación uniforme entre las variables descritas, aunque se pudo observar que el 68% con el nivel primario completo cumplen regularmente con el tratamiento farmacológico. Sucedió lo mismo en el análisis de Pérez Prodrogo³² y Aular y col.²⁹ que manifestaron no encontrar significancia estadística entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el grado de instrucción escolar.

Por último, se analizaron las complicaciones asociadas a los pacientes encuestados, y se vieron gran diversidad de problemas médicos, de los cuales la mayoría de los diabéticos tienen por lo menos tres de ellos. Los problemas médicos más comúnmente expresados fueron: hipertensión arterial, dislipemia, entumecimiento-hormigueo y falta de la sensibilidad en miembros, retinopatía y problemas dentales. En coincidencia con en el estudio “Adaptación en Pacientes con diabetes tipo 2, según Modelo de Roy”²⁸, en el cual los problemas cardiovasculares se llevaron el mayor porcentaje con un 59%, seguido por neuropatía diabética en un 57,5%. Este último problema resulto ser el más frecuente en el estudio publicado por Lavallo González ²⁵, y un porcentaje menor se halló en relación a la retinopatía diabética. La investigación planteada por Jiménez Corona ²⁷ titulada “Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control”, refiere como mayor frecuencia de daño en la retina en un 13,9%, seguido por el ardor, dolor o pérdida de la sensibilidad en miembros con un 10%.

CONCLUSIÓN

La diabetes es un problema endocrinológico de alto impacto en los pacientes, por eso es importante educar a la población para prevenir que la enfermedad se manifieste, y de ser así, evitar que surjan complicaciones.

Es sabido que el tratamiento en esta patología es complejo y multidisciplinario, sin embargo se consideran tres pilares fundamentales que ayudan al paciente a tener un buen control de su enfermedad, estos son: la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento farmacológico. Los resultados obtenidos en cuanto a la adherencia del tratamiento integrado no fueron los esperados, y se vieron reflejados en los valores de HbA1c.

Se comprobó que el incumplimiento de una dieta apropiada para la patología y la no realización de ejercicio físico sistematizado fueron los principales factores de fracaso en el apego al tratamiento. Por otro lado, se aprecia que la adherencia a la medicación, tanto en dosis como en horario fue adecuada.

Las principales acciones a futuro consisten en la educación, prevención y promoción de esta patología a cargo de los profesionales de la salud responsables de la atención médica. Para ello, es importante promover campañas de atención, estimular una vida saludable y fortalecer las estrategias exclusivas al tratamiento.

El éxito no sólo depende de la información que el médico pueda brindar, sino también de que el paciente opte por realizar voluntariamente un cambio en las conductas para el cuidado de su salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS).“Enfermedades crónicas”. Disponible en:<http://www.who.int/countries/arg/es>. [Consulta: 14 de agosto de 2013].
2. Organización mundial de la Salud (OMS).Organización Panamericana de la Salud (OPS). “La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas”. Disponible en: <http://www.paho.org/arg/>. [Consulta: 27 de agosto de 2013].
3. González García J. Programa de atención integral para una vida sana aplicada en pacientes con DM tipo 2. PRATIVSA-DM. RevFacMed UNAM (2009); 52: 150-155.
4. Granados E., Escalante E. Estilo de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. Liberabit. Rev de psicología. (2010):16 (2): 203-216.
5. Quintana AA., Merino JM., Merino P., Cea J. Variables psicosociales asociados a compensación metabólica de pacientes diabéticos tipo 2”. Rev Med Chile (2008); 136: 1007-1014.
6. American Diabetes Association. Weight management using lifestyle modification in prevention and management of type 2 diabetes: rationale and strategies. Clinical Diabetes (2005); 23: 130-136.

7. Camarillo Guzmán G. Grado de apego al tratamiento en pacientes diabéticos adscriptos a la unidad de medicina familiar y sus creencias sobre el uso de terapias alternativas y complementaria. Tesis de Maestría. Veracruz, México: Universidad Veracruzana, 2012.
8. Moreno Altamirano L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención. Una mirada socioantropológica. Rev Salud Pública México (2007); 49:63-70.
9. Figuerola Pino y Col. Diabetes Mellitus. En: Farreras y Rozman, Medicina Interna, España. Edit.Elsevier, 16a ed. 2009, v. 2, p. 1955-1957.
10. McGraw-Hill (2007). Manual CTO de Medicina y Cirugía, 7a ed. Interamericana, Madrid, España.
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Promoción de la salud de las Américas. Documento oficial N° 302. Washington D. C. 2011. Disponible en: <http://www.paho.org>. [Consulta: 02 de septiembre].
12. Misra A, Khurana L. Obesity and the metabolic syndrome in developing countries. J Clin Endocrinol Metab 2008; 93:S9-30.
13. Cornier MA, Dabelea D, Hernandez TL, Lindstrom RC, Steig AJ, Stob NR, Van Pelt RE, Wang H, Eckel RH. The metabolic syndrome. Endocr Rev (2008); 29: 777-822.
14. Pérez F. Epidemiología y Fisiopatología de la diabetes tipo 2. Rev. Med. Clin.

Condes(2009); 20: 565-571.

15. Argentina. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Trasmisibles. Diabetes. 2011 (1a, ed, pp 141-157). Buenos Aires, Argentina.

16. American Diabetes Association.Recomendaciones para la práctica clínica sobre diabetes. Guía completa y actualizada para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las complicaciones de la Diabetes Mellitus.Diabetes Care; 2012. 35 (supp1).

17. Holman RR., Farmer AJ., Davies MJ. Eficacia de tres años de los regímenes de insulina complejas en la diabetes tipo 2. N Engl J Med(2009); 361: 1736– 1747.

18. Arauz A. [et al.]. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. RevPanamSaludPública(2001); 9: 145-153.

19. Kruse I.[et al.].Evaluation and treatment of diabetic foot ulcers.RevClinical Diabetes (2006); 24: 91-93.

20. Nyenwe EA. [et al.]. Manejo de la diabetes tipo 2: la evolución de las estrategias para el tratamiento de pacientes con diabetes tipo 2 (2011); 60: 1– 23.

21. Rodriguez Campuzano M., García Rodríguez J.C. Modelo psicológico de la salud y la diabetes. Rev.Electrónica de Psicología Iztacala (2011); 14: 210-221.

22. Ortiz M., Ortiz E., Gatiga A., Gómez A. Factores psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2: Terapia Psicológica. Red

de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (2011); 29: 5-11.

23. Conrrado Aguilar S., Calderon Estrada R. Metas Terapéuticas en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus 2: servicio de consulta externa de Medicina Interna del Hospital Regional 1° de Octubre. Rev. De Especialidades Médico-Quirúrgicas(2011); 16: 18-26.

24.FanghanelSalomón G., Sanchez Reyes L. Registro multicéntrico internacional para evaluar la prácticaclínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: subanálisis de la experiencia en México. Rev. Gaceta Médica de México(2011); 147: 226-33.

25.Lavalle González F. [et al.]. Achivement of Therapeutic targets in mexican patients with diabetes mellitus. RevEndocrinolNutr(2012); 59: 591-598.

26. Alayón AN., Mosquera Vásquez M. Adherencia al Tratamiento basado en Comportamientos en Pacientes Diabéticos Cartagena de Indias, Colombia.” Rev. Salud pública(2008); 10:777-787.

27.Jiménez Corona A., Aguilar Salinas CA., y col. Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control”. Salud Pública Mex. (2012); 55:137-143.

28. Lazcano Ortiz M., Salazar González BC. Adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, según Modelo de Roy. Rev. AQUICHAN.ISSN (2009); 9: 236-245.

29. Aular JE., Freites ML. [et al.]. Cumplimiento del esquema terapéutico farmacológico y factores influyentes en pacientes diabéticos mayores a 30 años. Tesis de maestría. Venezuela, Estado Lara: Universidad Centroccidental, 2009.
30. Meneses Rentería A., López DI., (Septiembre, 2012). "Factores que influyen en el abandono del tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo II en los usuarios del centro de salud de Tlacoachistlahuaca". 2º Congreso Internacional Pre-ALASRU. Cuernavaca, México.
31. Salas A. Incumplimiento del tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Consulta de Medicina Integral. Tesis de maestría. Venezuela, Estado Lara: Universidad Centroccidental, 2006.
32. Pérez Prodrogo C., Martínez Taboas A. Factores asociados a sintomatología depresiva en adultos/as con diabetes y el impacto en su autoeficacia y en el cuidado de su salud". Rev. Salud y Sociedad (2011);2: 44- 61.
33. Troncoso Pantoja C., Delgado Segura D., Rubilar Villalobos C. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2. RevCostarr, Salud Pública (2013); 22:9- 13.

ANEXO I: CUESTIONARIO

“Factores vinculados a la Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus tipo 2, Ciudad de Rosario, Santa Fe, año 2014”

Edad: _____

Sexo: F M

Peso: _____

Altura: _____

¿Es actualmente empleado? Si No

¿Ha completado estudios? Sí No

¿Cuáles?

Primario

Secundario

Universitario

Historia de Diabetes

Edad al momento de diagnóstico de la diabetes: _____

¿Ha sido informado previamente sobre los cuidados de su enfermedad?

Sí No

Chequeo de Glucosa Sanguínea

¿Asiste a consultas programadas por su médico? Sí No

? Siempre: solo falta si ocurre algo inesperado, o las condiciones climáticas lo impiden.

? Ocasionalmente: solo cuando considera que es necesario consultar con un profesional.

¿Se controla la glicemia? Sí No

¿Cada cuánto? Una o más veces al día
Una vez por mes o menos

Cada tres meses o más

¿Cuál fue su última glicemia? _____

¿Cuál fue su última hemoglobina A1c? _____

Hipoglucemias

En el último mes, ¿ha tenido la glicemia menos a 70?

Nunca

Una vez

Una o mas

Tratamiento Farmacológico

¿A usted le han prescrito fármacos para controlar su diabetes?

Si No

¿Cumple con ese tratamiento en dosis, horarios y frecuencia de toma?

Si No

¿Cuáles son las causas que lo llevan a usted a no cumplir el tratamiento correctamente?

Económicas

Olvido

Falta de Voluntad

Efectos Adversos

Plan de Alimentación

¿Tiene un plan de alimentación para la diabetes?

Si No

¿Cada cuánto usa este plan alimentario?

Siempre A veces Raramente Nunca

¿Tienes restricciones dietarías?

Sal Grasas Dulces Ninguna

Actividad Física

¿Hace ejercicio físico regularmente? Si No

¿De qué tipo? Aeróbico Anaeróbico

¿Cada cuánto? Más de 3 veces por semana

Entre 2 y 3 veces por semana

1 sola vez por semana

Hábitos

¿Toma alcohol? Si No

¿Cada cuánto? Una vez al día

Una vez a la semana

Ocasionalmente

Usted es.... Fumador Nunca fumó Ex fumador

¿Cuáles son las causas por las que no cumple con lo anteriormente citado, en cuanto a plan alimentario, actividad física y hábitos?

Económicas

Olvido

Falta de Voluntad

Discapacidad motriz

Falta de tiempo

Complicaciones

En el último año, usted...

Uso el servicio de emergencia Sí No

Ha estado internado Sí No

¿Estuvo relacionado con su diabetes Sí No

¿Tuvo o tiene algunos de los siguientes problemas médicos?

Problemas oftalmológicos

Problemas renales

Entumecimiento/hormigueo/perdida de la sensibilidad en sus pies

Problemas dentales

Hipertensión arterial

Aumento de colesterol

Depresión

ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Rosario, 2014

Acepto voluntariamente a participar en la entrevista “Factores vinculados a la Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus tipo 2”, conservando el anonimato de mis datos personales. Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto.

Firma:

ANEXO III: AUTORIZACIÓN

Sr. Director Hospital Provincial

Presente

Mi nombre es Mora Leiva, Ma. Belén, D.N.I. 33961465, tengo 25 años, soy estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana (U.A.I.), estoy desarrollando mi Tesis final, sobre “Factores vinculados a la Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus tipo 2, en la Ciudad de Rosario, año 2014.”, solicito a través de esta nota, autorización para realizar entrevistas personalizadas a personas que asisten a dicho instituto, aproximadamente setenta, para completar mi trabajo de investigación.

Aprovecho dicha oportunidad para saludarlo muy atte. y a la espera de una pronta y favorable respuesta.

Mora Leiva, Ma. Belén

D.N.I. 33961465

Mail: bel_ml20@hotmail.com

Cel: 2473449236

DEPARTAMENTO DE CENCIA e INVESTIGACION

Dr. Francisco Corvalan

Presente

Mi nombre es Mora Leiva, Ma. Belén, D.N.I. 33961465, tengo 25 años, soy estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana (U.A.I.), estoy desarrollando mi Tesis final, sobre “Factores vinculados a la Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus tipo 2, en la Ciudad de Rosario, Santa Fe, año 2014.”, solicito a través de esta nota, autorización para realizar entrevistas personalizadas a personas que asisten a dicho instituto, aproximadamente setenta, para completar mi trabajo de investigación.

Aprovecho dicha oportunidad para saludarlo atentamente.

Mora Leiva, Ma. Belén

D.N.I. 33961465

Mail: bel_ml20@hotmail.com

Teléfono: (02473)-15449236

