



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

TEMA:

Adherencia al tratamiento en pacientes de 20 años y más con diabetes mellitus tipo 2 en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sauces 3. Año 2021.

AUTORA:

Pulla Pulla María Rosario

**Trabajo de investigación previo a la obtención del título de:
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

DIRECTOR:

Ortiz Hidalgo Darío Mesías

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dra. María Rosario Pulla Pulla*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dr. Darío Mesías Ortiz Hidalgo

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, María Rosario Pulla Pulla

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Adherencia al tratamiento en pacientes de 20 años y más con diabetes mellitus tipo 2 en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Sauces 3. Año 2021” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

LA AUTORA:

Dra. María Rosario Pulla Pulla



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORIZACIÓN:

Yo, María Rosario Pulla Pulla

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Adherencia al tratamiento en pacientes de 20 años y más con diabetes mellitus tipo 2 en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Sauces 3. Año 2021”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

LA AUTORA:

Dra. María Rosario Pulla Pulla

URKUND



Document Information

Analysed document FULLA FULLA MARIA ROSARIO INFORME DE INVESTIGACION.pdf 02834696
Submitted 2022-02-28T03:02:00.0000000
Submitted by
Submitter email may@urkund.com
Verdicty IN 
Analysis address www.furthur.com@afabeta.urkund.com

Sources included in the report

SA	Evaluacion de Proyecto (Proyecto).docx Document Evaluacion de Proyecto (Proyecto).docx 02834696	1
W	URL: http://portal-02-nu/portal.php?seccion=articulos&id=2840-43822690000000 Fecha: 2021-11-07T17:54:00.0000000	1
SA	SEMIJURO SEGUNDA REVISION URKUND.docx Documento SEMIJURO (SEGUNDA REVISION) URKUND.docx 02834696	1
SA	DIHNERAS FRANCIS MARIA FERRANDE, Informe Final de Investigacion.docx Documento DIHNERAS FRANCIS MARIA FERRANDE, Informe Final de Investigacion.docx 02834696	4
W	URL: http://repositorio.ug.edu.co/bitstream/handle/10278/1/02834696- 02834696/1/02834696-02834696-02834696.pdf Fecha: 2022-06-20T09:29:24.0000000	1

Agradecimiento

A Dios, por darme el regalo más grande de vida y salud para cumplir con mis metas.

A mis padres Enrique y María, por ser mi ejemplo a seguir al haberme guiado desde la infancia y seguirlo haciendo en todo momento; por apoyarme sin objeción alguna, sino más bien dándome siempre ese empujón para continuar mi camino de superación.

A mi hermosa hija Natasha, por ser mi más grande inspiración de progreso y superación; por ser una personita tan especial para mí y toda mi familia, por producir en mí los mejores sentimientos que jamás había tenido.

A mis hermanos, por siempre apoyarme en todo mi caminar y darme su amor.

A mi estimado tutor Dr. Darío Ortiz, como profesional por sus asesorías, ideas, recomendaciones y gran experiencia debido a su trayectoria, encaminó mi proyecto para que sobresalga a pesar de los obstáculos.

A mis amigos y amigas, quienes siempre me dieron un aliento en los momentos de estrés; supieron ayudarme cuanto más estuvo a su alcance.

Dedicatoria

A mis padres, por brindarme su amor, trabajo y sacrificios en toda esta travesía, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Son los mejores padres que pude haber tenido.

A mi amada hija, por estar siempre a mi lado dándome todo su amor; por ser una niña hermosa en todos los aspectos y ser la mejor hija que existe.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
III COHORTE

ACTA DE CALIFICACIÓN

TEMA: Adherencia al tratamiento en pacientes de 20 años y más con diabetes mellitus tipo 2 en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.
POSGRADISTA: María Rosario Pulla Pulla
FECHA:

NNo	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
11	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
22	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
.3	DR.YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____

Lo certifico

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR.YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
ÍNDICE DE TABLAS	XII
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XIII
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT.....	XV
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA	5
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	5
2.2 FORMULACIÓN	6
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	7
3.1 GENERAL	7
3.2 ESPECÍFICOS.....	7
4. MARCO TEÓRICO.....	8
4.1 MARCO CONCEPTUAL	8
4.1.1 Diabetes mellitus tipo 2	8
4.1.2 Fisiopatología de la diabetes mellitus:	8
4.1.3 Clasificación de la diabetes mellitus:.....	9
4.1.4 Diagnóstico de la diabetes mellitus:	9
4.1.5 Factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2:	10
4.1.6 Complicaciones de la diabetes mellitus	11
4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.	24
5. MÉTODO.....	29
5.1 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.	29
5.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	29
5.4 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	29
5.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO.	30
5.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	30

5.5.2 Criterios de inclusión.....	30
5.5.3 Criterios de exclusión.....	30
5.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	30
5.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	32
5.8 TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	32
5.9 VARIABLES.....	32
5.9.1 Operacionalización de variables	33
6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	36
7. CONCLUSIONES.....	46
8. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS.....	60

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN EDAD Y SEXO. CONSULTORIOS 4, 7 Y 8. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	36
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN SEXO. CONSULTORIOS 4, 7 Y 8. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021	37
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN ETNIA Y SEXO. CONSULTORIOS 4, 7 Y 8. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	38
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD Y SEXO. CONSULTORIOS 4, 7 Y 8. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021	38
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN OCUPACIÓN Y SEXO. CONSULTORIOS 4, 7 Y 8. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	40
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN INGRESO ECONÓMICO Y SEXO. CONSULTORIOS 4, 7 Y 8. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	41
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN ESTADO CIVIL Y SEXO. CONSULTORIOS 4, 7 Y 8. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021.....	42
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y SEXO. CONSULTORIOS 4, 7 Y 8. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021	43
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN VALORES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA Y SEXO. CONSULTORIOS 4, 7 Y 8. CENTRO DE SALUD SAUCES 3. AÑO 2021..	44

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	60
ANEXO 2: ENCUESTA DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	62
ANEXO 3: TEST DE MORISKY-GREEN PARA IDENTIFICAR SI ES O NO ADHERENTE.....	63
ANEXO 4: RECOGIDA DE VALORES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA REALIZADAS A CADA PACIENTE	64

RESUMEN

Antecedentes: La adherencia terapéutica es clave para un buen control de la diabetes mellitus tipo 2 para evitar fracasos terapéuticos, ingresos hospitalarios e incremento de los costos sanitarios. Actualmente se dispone de una amplia variedad de test de valoración indirecta de cumplimiento terapéutico, entre estos el más utilizado ha sido de test de Morisky-Green, para medir el grado de adherencia; para así definir si es o no adherente.

Métodos: Estudio de nivel descriptivo, de tipo observacional, prospectivo, transversal; que incluyó a 81 pacientes de 20 años y más con diabetes mellitus tipo 2 de dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Sauces 3 en el Año 2021. La información se obtuvo a través de una encuesta y la utilización del test de Morisky-Green.

Resultados: 81 encuestados con diabetes mellitus tipo 2, se adhiere 48,1%, no se adhiere 51,9%, controlado 46,9%, no controlado 53,1%, 65-69 años (23,5%), sexo femenino 63%, mestizo 91,3%, bachillerato 37%, ama de casa 49,4%, ingreso adecuado 86,4%, casado 46,9%.

Conclusiones: predomina el grupo etario de 65-69 años, el sexo femenino, la etnia mestiza, la instrucción bachillerato, la ocupación ama de casa, el ingreso económico adecuado, el estado civil casado/a, la no adherencia y no controlado.

Palabras Clave: DIABETES MELLITUS TIPO 2, ENFERMEDAD CRÓNICA, CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, /TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

ABSTRACT

Background: Therapeutic adherence is key to good control of Type 2 diabetes mellitus to avoid therapeutic failures, hospital admissions, and increased healthcare costs. Currently, there is a wide variety of indirect assessment tests of therapeutic compliance, among which the most widely used has been the Morisky-Green test, to measure the degree of adherence; in order to define whether or not it is adherent. **Methods:** Descriptive, observational, prospective, cross-sectional study; which included 81 patients aged 20 years and over with diabetes mellitus type 2 from two Family and Community Medicine clinics of the Sauces 3 Health Center in the year 2021. The information was obtained through a poll and the use of the Morisky-Green test. **Results:** 81 respondents with DM2, adhere 48.1%, do not adhere 51.9%, controlled 46.9%, uncontrolled 53.1%, 65-69 years (23.5%), female sex 63% , mestizo 91.3%, high school 37%, housewife 49.4%, adequate income 86.4%, married 46.9%. **Conclusions:** the age group of 65-69 years old predominates, the female sex, the mixed ethnic group, the high school education, the housewife occupation, the adequate economic income, the married marital status, the non-adherence and the uncontrolled.

Keywords: DIABETES MELLITUS, TYPE 2, CHRONIC DISEASE, TREATMENT ADHERENCE AND COMPLIANCE, /DRUG THERAPY.

1. INTRODUCCIÓN

Es importante tener claros los conceptos en un tema tan importante, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la diabetes mellitus como una enfermedad crónica que se presenta en el momento en que el páncreas no produce insulina eficazmente o cuando el organismo no es capaz de utilizar de manera eficiente la insulina que produce. La insulina es denominada como una hormona producida por el páncreas y, que tiene como función la de regular la glucosa en la sangre. Como resultado de mantener la diabetes mellitus sin realizar un control correcto produce la hiperglucemia “cantidad excesiva de glucosa en sangre”; la cual, con el tiempo va deteriorando gravemente determinados órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. (1)

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las enfermedades crónicas de mayor impacto sobre la calidad de vida a nivel de la población mundial y forma un gran problema de salud, llegando a pertenecer al grupo de las enfermedades que ocasionan invalidez física debido a sus variadas complicaciones multiorgánicas, con un exagerado incremento en la morbilidad y mortalidad, durante los últimos años, indistintamente de las particularidades económicas, culturales y sociales, de los países. Es un síndrome crónico múltiple, que se origina tanto por la interacción genética como ambiental; el cual es distinguido por una hiperglucemia crónica, como resultado de una deficiencia en la secreción o la acción de la insulina, produciendo complicaciones agudas, tales como la cetoacidosis diabética y el coma hiperosmolar, además puede presentar complicaciones microvasculares como las retinopatías y neuropatías; y, macrovasculares como la cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y vasculares periféricas. (2)

Según el informe mundial sobre la diabetes mellitus, en el año 2014 existía una de diabetes mellitus del 8,5% a nivel mundial y se calcula que esta cifra aumentará hacia los 552 millones de personas para el año 2030 (9,9% de los adultos). Ante el gran impacto de estas cifras, resulta esencial lograr los objetivos terapéuticos y conseguir una adecuada adherencia, tanto al tratamiento farmacológico como a los estilos de vida saludables mediante la

educación para la salud, ya que se ha visto que la falta de cumplimiento terapéutico y estilos de vida poco saludables se asocian con mayores complicaciones, aumento de la comorbilidad cardiovascular, incremento de los gastos sanitarios y por lo tanto la disminución de la calidad de vida del paciente. (3)

La diabetes tipo 2 es uno de los mayores problemas que produce un impacto a los sistemas de salud de Latinoamérica, cuya región comprende veintiún países y quinientos sesenta y nueve millones de habitantes o más. La Federación Internacional de Diabetes (IDF) consideró en el 2017 que la prevalencia ajustada de diabetes en la región era de 9.2 % entre los adultos de 20 a 79 años, Norteamérica (11.1 %) y el Sur de Asia (10.8 %) presentaban mayores tasas. El crecimiento del número de casos esperado (62 %) para el año 2045 es superior en estos países que lo han pronosticado para otras áreas. La perspectiva de incremento se basa en la prevalencia mayor de las diferentes condiciones que preceden a la diabetes, entre las cuales encontramos a la obesidad y la intolerancia a la glucosa. (4)

La adherencia terapéutica (AT) se define como el grado en que el comportamiento de una persona sobre la toma del medicamento, su seguimiento de un régimen alimenticio y/o de realizar cambios en el estilo de vida se correlacionan con las recomendaciones pactadas con el personal de salud que brinda su atención médica. (5) El mejorar la adherencia terapéutica tiene las características de que se se produzca un proceso complejo de reconocer su naturaleza multidimensional. (6) La AT es la clave para un buen control de la diabetes mellitus tipo 2; la OMS estima la falta de adherencia un tema de prioridad para la salud pública debido a las consecuencias negativas, como son los fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización e incremento de costes sanitarios. (7)

El test de Morisky-Green-Levine es definido como uno de los métodos indirectos de valoración acerca de la adherencia al tratamiento, que se emplea con frecuencia en diversas enfermedades crónicas tales como la diabetes mellitus. Está conformado por cuatro preguntas con respuesta dicotómica que procura valorar si el paciente adopta actitudes correctas en relación con el tratamiento (es considerado cumplidor al paciente si responde de la forma que

se indica a las cuatro interrogantes). Se caracteriza por presentar una especificidad alta, valor predictivo positivo alto, emplea escasos requisitos de índole sociocultural para ser comprendido y con bajos costes económicos. Entre sus desventajas podemos encontrar su bajo valor predictivo negativo, baja sensibilidad y que tiende a sobreestimar el cumplimiento. (8)

El propósito de esta investigación es caracterizar la adherencia terapéutica que presentan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se ha establecido la presencia de pacientes que han sabido llevar un control de su enfermedad y los que no la han sabido controlar, lo cual ha permitido transferir y actualizar información de esta patología de gran demanda en los dos consultorios del centro de salud Sauces 3. Para modificar en alguna forma la falta de adherencia terapéutica y de control de la enfermedad, con la consiguiente disminución de las complicaciones en aquellos que se determinen como no adherentes; y, para reforzar la adherencia en quienes se identifiquen como adherentes.

Por esto es importante la realización de cambios en el modo y estilo de vida de las personas, ya que sería beneficioso para el control y en muchos casos la prevención de complicaciones, la utilización eficiente de los recursos sanitarios, y resultados clínicos objetivos para la realización de estudios científicos.

El trabajo está constituido por: índice, resumen, introducción, planteamiento del problema, objetivo general y específicos, marco teórico, metodología, presentación de los resultados, análisis y discusión de los resultados, conclusiones, valoración crítica de la investigación, referencias bibliográficas y anexos.

2. EL PROBLEMA

2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ha venido presentándose de manera epidémica en la mayoría de países, sobre todo en los de menores recursos económicos, por ello, se considera como una gran dificultad de Salud Pública a nivel mundial. La directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció que la diabetes mellitus causa anualmente alrededor de 1,5 millones de muertes. A lo cual se debe añadir 2,2 millones de defunciones cada año, que se asocian con la hiperglucemia, lo que implica un total de 3,7 millones de muertes anuales causadas por la persistencia de elevados niveles de glucosa en sangre. El 43 % de esas muertes se producen prematuramente, antes de los 70 años. Se calcula que 250 millones de personas se encuentran afectadas por ella, y que se presente en el doble esta cifra para el año 2030; sobre todo en los países que están en vías de desarrollo, a causa de los problemas económicos y el envejecimiento demográfico que estos experimentarán. (9)

Se ha apreciado que la tasa de adherencia en tratamientos crónicos es baja; tanto así que la OMS la sitúa alrededor del 50 %, y otros estudios estiman que la prevalencia de la no adherencia varía entre el 25 y el 50 %. De acuerdo con la encuesta realizada por la National Community Pharmacists Association (NCPA), cerca de la mitad de encuestados indicaba haber olvidado tomar la medicación; casi un tercio no se presentaba a recoger la medicación prescrita; un 29% abandonaba las tomas de la medicación una vez iniciada y un 24% aseguraba tomar menos de la dosis recomendada. (10)

A nivel del centro de salud Sauces 3 no se han realizado estudios que indiquen la adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2, razón por la cual nació la iniciativa de realizar la presente investigación y así tener una evidencia de que si los pacientes se adhieren o no y determinar sus porcentajes para utilizar en un futuro en la población antes descrita, para mejora de la misma.

2.2 Formulación

¿Cuál es el comportamiento de la adherencia al tratamiento farmacológico vía oral en pacientes de 20 años y más con diabetes mellitus tipo 2 en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Sauces 3?

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

Caracterizar la adherencia al tratamiento farmacológico antidiabético vía oral en la población de 20 años y más con diabetes mellitus tipo 2 asignada a dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Sauces 3, en el año 2021.

3.2 Específicos

- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas.
- Determinar si la población de estudio con manejo farmacológico vía oral para DM2 son adherentes o no adherentes al tratamiento.
- Determinar el nivel del control de la diabetes mellitus en la población de estudio.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco conceptual

4.1.1 Diabetes mellitus tipo 2

La presentación de DM2 es atribuida a un desorden metabólico con afección multisistémica, siendo de causa multifactorial cuyo final es una alteración en la secreción u obtención de la insulina; provocando de esta forma la presentación de hiperglucemia crónica la cual de no ser regulada tiende a aumentar el riesgo de complicaciones de pequeños y grandes vasos sanguíneos. (11)

La DM2 es tomada como factor independiente de riesgo para afecciones cardíacas y vasculares que incluso duplican la probabilidad de presentar una patología de estas cuando se padece este trastorno metabólico. No se debe dejar de lado las alteraciones de grandes vasos sanguíneos, patología cerebrovascular, coronaria y arterial periférica, ya que representan las principales causas de mortalidad del paciente con DM2. (11)

4.1.2 Fisiopatología de la diabetes mellitus:

El desarrollo de DM2 involucra varios mecanismos de los cuales en gran parte aún se desconocen, sin embargo se entiende que la base principal es a causa de una insulinoresistencia de tejidos más la alteración funcional de las células β del páncreas que conlleva a una disminución en la secreción insulínica; al cual se le suman más alteraciones metabólicas produciendo hiperglucemia, lo cual es distintivo en la DM2. (12)

La disminución de sensibilización de la insulina o un defecto al eliminar la glucosa por intervención de la insulina por distintos órganos se denomina resistencia a la insulina (RI), a lo cual se lo relaciona la interacción de varios factores tanto ambientales como genéticos: exceso de peso corporal (obesidad), inflamación y defecto en receptor de insulina que abarca las vías transductivas de señal (imposibilidad de unión del receptor insulínico a la insulina o alteración postreceptor). Una vez dada la RI se presentan varias alteraciones, de las cuales destaca un exceso en la producción hepática de

glucosa y disminución de su depuración periférica por tejidos (adiposo y músculo esquelético). (12)

4.1.3 Clasificación de la diabetes mellitus:

Clasificación de DM. (13)	
Tipo de diabetes	Característica
DM tipo 1 (DM1)	Debido a autólisis de células β , dando un déficit total de insulina
DM tipo 2 (DM2)	Causada por una disminución de insulina progresiva, cuya base es la insulinoresistencia
Diabetes gestacional (DG)	Diagnosticada en el embarazo
Otros tipos específicos de DM	Debido a otras causas, como alteración genética que provoca defecto de células β o de la insulina, páncreas exocrino o debido a infección, farmacológica o química (trasplante o manejo de paciente con VIH/sida).

4.1.4 Diagnóstico de la diabetes mellitus:

El diagnóstico de la diabetes mellitus se lo puede realizar mediante cualquiera de los siguientes criterios:

Criterios diagnósticos de DM2. (14)		
Número de pruebas necesarias	Tipo de prueba	Valor
2 de la misma o 2 distintas	HbA1c	$\geq 6,5\%$
	Glucosa plasmática en ayunas	≥ 125 mg/dl
	PTOG	≥ 200 mg/dl a las 2 horas
1	Glucosa plasmática al azar	≥ 200 mg/dl más síntomas*

* poliuria, polidipsia y pérdida de peso
 PTOG: 75mg de glucosa para prueba de tolerancia oral a la glucosa
 HbA1c: Hemoglobina glicosilada

4.1.5 Factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2:

Si se expone un individuo a los factores de riesgo para diabetes es muy probable que la desarrolle. Dentro de los principales factores se encuentran en relación con la edad, industrialización, cambios en el estilo de vida al igual que los nutricionales que interactúan a nivel genético pudiendo dar paso al desarrollo de DM.

Los factores potenciales son:

Herencia: se ha relacionado bastante bien el hecho de que un paciente diabético en su mayoría ha tenido ascendencia de otros familiares con diabetes, por lo cual la transmisión genética es una de las principales bases de este trastorno metabólico. (15)

Raza: se ha relacionado a la DM con con grupos raciales de los cuales destaca la mestiza a lo cual se le ha atribuido el sedentarismo y aumento en su urbanización al igual que malos hábitos dietéticos, sobresaliendo el exceso de alimentación, potenciando así la probabilidad de presentar DM2. (15)

Edad: aunque se puede presentar a cualquier edad la DM es mucho más probable que se de luego de los 40 años. (15)

Sexo: la DM 2 se da con mayor frecuencia en mujeres en especial mayores y si a esto se le suma obesidad su riesgo aumenta. (15)

Obesidad: este es uno de los principales factores para desarrollar diabetes debido a que se ha evidenciado que 2/3 de las personas con DM2 tenían obesidad al momento del diagnóstico, siendo así que más de la mitad de los obesos presentarán DM. Dentro de la obesidad el exceso de panículo adiposo se le atribuye más al desarrollo de DM si se encuentra distribuida a nivel abdominal. (15)

Malos hábitos nutricionales: el desarrollo de DM2 se predispone más si hay un exceso en la ingesta alimenticia rica en grasas, carbohidratos muy elaborados ricos en azúcares y baja ingesta de carbohidratos complejos al igual que fibra vegetal. Constituyendo un riesgo enorme por el consumo de productos alimenticios con elevado nivel de azúcar y grasa debido a que son consumidos en gran medida a nivel mundial, cuya predisposición de

desarrollar DM2 es evidente. (15)

Estilos de vida: un mal estilo de vida aumenta la probabilidad de desarrollar DM, siendo el sedentarismo el principal factor predisponente, el cual está bastante relacionado con la obesidad sumándose así un aumento de presentar esta enfermedad. (15)

Estrés: una reacción emocional, física o mental debida al estrés puede provocar un aumento de los niveles de glucosa en sangre, debido a que el organismo en respuesta al estrés tiende a desarrollar y liberar sustancias químicas hormonales antagonistas de insulina cuya persona con predisposición genética puede desarrollar la enfermedad. (15)

El consumo excesivo de alcohol, hábito tabáquico, falta de actividad física y la ingesta de alimentos no saludables, representan los principales cuatro factores de riesgo predisponentes para enfermedades no transmisibles, de las cuales no está exenta la DM. De similar forma se ha puesto en relieve la asociación de la ingesta de bebidas azucaradas con el riesgo de presentar DM2. (16)

Tanto el sexo como la edad son importantes factores de DM2. El servicio de salud pública estadounidense refiere que de cada 1000 personas 17 presentan DM en grupo etario de 20 a 39 años, aumentando conforme aumenta el rango de edad, siendo de 64 en individuos de 40 a 49 años, 126 de 50 a 59 años, 188 de 60 a 74 años y 189 para aquellos con edad mayor a los 79 años. Evidenciando así que la DM2 está relacionada directamente proporcional con la edad. Además dichos resultados concidieron con los del resto del mundo en relación a que las mujeres son quienes presentan más esta enfermedad y cuya manifestación es más severa. (17)

4.1.6 Complicaciones de la diabetes mellitus

Complicaciones agudas de la diabetes mellitus:

- Hipoglucemia

Representa la complicación que con mayor frecuencia se presenta en la DM asociada principalmente a su tratamiento farmacológico. Cualquier individuo en tratamiento ya sea con insulina o antidiabéticos orales puede presentarla, siendo más asociada en aquellos que necesitan la insulina como

tratamiento intensivo, diabéticos de larga data o en aquellos que presentan neuropatía autónoma.

La hipoglucemia suele dar sintomatología pero su detección es bioquímica cuando ésta se encuentra a niveles por debajo de 60 mg/dl en sangre venosa o de 50 mg/dl en la capilar, aunque dicho resultado no puede resultar muy útil debido a que valores por debajo de de estos niveles no suelen ser detectados aún más en periodos de sueño, además ciertos pacientes aún con valores por encima de 60 mg/dl suelen presentar signos de alarma hipoglucémicos o en ocasiones debido a la baja rápida de la glucemia pasando de cifras muy altas a la euglucemia. (18)

- Cetoacidosis diabética

Se encuentra dentro de las complicaciones agudas de la DM cuya principal característica se la hiperglucemia, cetosis y acidosis metabólica. Los cuatro parámetros diagnósticos son un $\text{HCO}_3^- < 18 \text{ mEq/L}$, cuerpos cetónicos en orina o sangre, pH plasmático < 7.30 y anión gap $> 10 \text{ mEq/l}$. Si bien la cetoacidosis diabética (CAD) se presenta de forma frecuente en pacientes con déficit de insulina como en la DM1, también se puede desarrollar en la DM2 donde el paciente presenta déficit de insulina.

Los factores que encabezan la presentación de la CAD es la insulinopenia a la cual se le suma un incremento del cortisol plasmático, hormona de crecimiento, glucagón y catecolaminas, produciendo así la subida de los ácidos grasos en sangre, los cuales provienen del panículo adiposo, una vez liberados los ácidos grasos libres tienden a sufrir en el hígado un proceso de oxidación produciendo así productos cetónicos de los cuales resalta el acetato e hidroxibutirato, que conlleva así al desarrollo de acidosis metabólica. (19)

- Estado hiperglucémico hiperosmolar

Al igual que la CAD el estado hiperglucémico hiperosmolar (EHH) se trata de una alteración aguda a causa de una hiperglicemia sumamente alta, siendo así más frecuente en pacientes que padecen DM2, cuya principal característica es el aumento osmolar sanguíneo, deshidratación, pero no se evidencia cuerpos cetónicos. Para su correcto diagnóstico se han establecido cuatro criterios representados por una glucosa en sangre $> 600 \text{ mg/dl}$, pH

normal o mayor a 7.30, osmolaridad plasmática > 320 mOsm/l, todo esto sin presencia de cetosis reelevante. (19)

Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus:

Las personas que presentan DM muchas veces desarrollan complicaciones con el pasar del tiempo, las mismas que por lo general no solamente se debe a mal control glucémico sino a morbilidades o factores de riesgo que el paciente ya ha tenido o ha desarrollado; tales como tabaquismo, tensión arterial elevada o dislipemias

Clasificación:

Macrovasculares.- la cual equivale a aterosclerosis, provoca afección arterial que dan como resultado enfermedad de las arterias coronarias, cerebrales y periféricas.

Microvasculares.- se la conoce como microangiopatía e incluye a la retinopatía, neuropatía y nefropatía.

Pie diabético.- puede ser de origen mixto ya que se presenta a causa una neuropatía que forma parte de la afección microvascular y/o debido a consecuencia de alteración macroangiopática.

Se ha manifestado que las consecuencias de las alteraciones macrovasculares han triplicado y hasta cuatriplicado la morbilidad y mortalidad cardiovascular, siendo de esta forma la causa principal de fallecimiento de personas con DM. Mientras que el resultado de manifestaciones microvasculares y pie diabético están envueltas en la afectación de gran relieve sobre la calidad de vida que llevan estas personas dando como producto un gran peso de carga económica para el sistema de salud. (18)

Un buen control y seguimiento del paciente que presentan DM al igual que sus factores de riesgo muestran que es posible disminuir las afecciones microangiopáticas como lo muestran los estudios DCCT en pacientes con DM1 y UKPDS en DM2; debido a esto se debe enfocar el tratamiento integral de los individuos con DM, siendo de mucha importancia un enfoque en los factores de riesgo del paciente y no solamente dirigidos en una disminución de los valores de glucosa sanguínea. (18)

- Complicaciones macrovasculares
 - Cardiopatía isquémica

La caracterización de cardiopatía isquémica (CI) es que encabeza la lista de causas de fallecimiento en personas con DM por lo cual ocupa de esta forma el primer puesto además de atribuírsele gran parte de la morbilidad. En todo el mundo la CI es responsable del 50% de muerte, las personas que padecen DM la mortalidad por CI se duplica y hasta quintuplica en comparación con personas sin DM y aumenta entre 10 y 12 veces más cuyas personas que además de padecer DM presentan CI sintomática. En tanto que acorde al sexo la mujer tiene un riesgo relativo mayor. (20)

Antes de que la DM de forma clínica sintomática exista; se presenta un largo tiempo de latencia, con varios factores de riesgo que sobrevienen o se modifican con el tiempo, dando inicio a la progresión de alteraciones macroangiopáticas; siendo así que en varios casos la CI ya se ha establecido cuando se diagnostica a un paciente de DM aunque la sintomatología clínica de la CI muchas veces marca indicios que nos encontramos frente a un paciente diabético. Por lo cual la CI sigue siendo un problema en personas con DM2 ya que por su singularidad clínicobiológica da cabida a que se presente más pronto, grave, frecuente y con elevada morbimortalidad que en aquellos que no presentan DM, delimitando la esperanza y calidad de vida.

La CI se puede presentar de distintas formas clínicas en personas con DM; pudiéndose mencionar así entre ellas al infarto agudo de miocardio, angina estable e inestable y la CI silente. (20)

Miocardiopatía diabética

Su peculiaridad es debida al mal funcionamiento ventricular que presentan los diabéticos, independientemente de otra causa conocida, interponiéndose varios factores que lo predisponen como la RI, afección biometabólica, neuropatía autonómica, además de factores genéticos y alteración estructural, entre otros, los cuales solos o en conjunto mediante varios mecanismos actúan facilitando el mal funcionamiento ventricular.

De forma funcional puede presentarse como insuficiencia cardíaca ya sea sistólica o diastólica. No se debe dejar de lado el hecho que la disfunción diastólica es más frecuente en el sexo femenino y la sistólica en personas jóvenes con antecedente de CI o tensión arterial prolongada con mal control. (20)

Enfermedad cerebrovascular

Una de las graves complicaciones macrovasculares en las personas que padecen DM2 es sin duda la enfermedad cerebrovascular (ECV), ya que de manera propia la DM representa un factor exponencial de riesgo para que se desarrolle la ECV. Múltiples estudios médicos han puesto a relieve de que la DM duplica y hasta cuatriplica la posibilidad de presentar una ECV; si se subdivide las formas de presentación de la ECV tendremos que el riesgo relativo (RR) en la DM varía de 1,8 a 6,1 para los ictus isquémicos, no sucede lo mismo para los ictus hemorrágicos donde los trabajos publicados no presentan una consistencia clara de su presentación con la DM. (21)

Arteriopatía periférica

La afectación aterosclerótica se encuentra muy relacionada con la arteriopatía periférica (AP) ya que su manifestación mantiene relación con patologías de este tipo de presentación que provocan un efecto dañino sobre los lechos vasculares, sobre todo crónica, en miembros inferiores de personas con DM2.

Esta patología se da debido a la construcción ateromatosa pero la singularidad es que en pacientes con DM tiende a darse de forma más temprana y agresiva en comparación con personas en general. (21)

En cuanto al género existe diferencia ya que el ACV en hombres con DM2 es más prevalente, mientras que en las mujeres con DM2 este trastorno metabólico pasa a ser un factor de riesgo con determinación alta para presentar un ACV. (21)

Tipos de presentación:

Isquemia aguda.- es una urgencia médica que se debe al descenso inmediato y agudo de la circulación arterial de un miembro inferior, que se puede dar en presencia de una isquemia crónica. Se cataloga como isquemia crítica cuando se da en miembros inferiores de forma grave como lo son los estadios III o IV de la escala de Fontaine, donde se debe usar técnicas endovasculares o quirúrgicas para lograr una revascularización porque de lo contrario no se resolvería el daño cutáneo. (21)

Isquemia crónica

Clasificación de Fontaine (21)

Estadío	Presentación	Característica
I	Asintomática	Índice de pulso tobillo brazo (ITB) <0,9. Ausencia o disminución del pulso periférico
II	Claudicación intermitente	Dolor al caminar, por lo regular en pantorrillas y mejora al reposo
III	Pie isquémico, pálido, sin vello y frío	Dolor en reposo o nocturno
IV	Gangrena, necrosis o ulceración	Generalmente empieza por el primer dedo del pie, hay que vigilar la posible infección del área necrótica.

Fuente: Fundación Red GDPS (Guía de diabetes tipo 2 para clínicos)

- Complicaciones microvasculares
- Complicaciones microvasculares

Retinopatía diabética

La retinopatía diabética (RD) en pacientes de edad reproductiva acorde a datos de la Academia Americana de Oftalmología (AAO) forma parte de las principales razones de presentación de discapacidad visual. El tiempo evolutivo de la DM sigue siendo un factor de riesgo relevante para el desarrollo de RD tal como lo refieren la AAO y las Guías de Práctica Clínica de México. Para personas con DM1 su probabilidad de presentar RD es del 60% en diez años; sin embargo, para aquellos con DM2 de larga evolución con necesidad de insulina la RD su probabilidad es del 40% en menos de 5 años.

Siendo evidente de que si no hay un control adecuado de la RD esta progresa secuencialmente. Se presentan etapas en la retinopatía no proliferativa resaltando defectos vasculares de retina, aneurismas de pequeño tamaño, hemorragia retiniana, vasodilatación venosa y presencia de manchas tipo algodinosas. Una vez dada la dilatación vascular con incremento de la permeabilidad de la retina, se genera edema y acumulación de lípidos. Cuando se presenta un edema de mácula significativo ya sean exudados duros (depósito de lípidos) adyacentes a la retina o engrosamiento retiniano,

sobre todo si hay compromiso en el centro macular o si los exudados duros o el engrosamiento están aledaños al centro. Dentro del estadiaje, la forma más avanzada es la fase de proliferación o también llamada neovascularización donde se da la isquemia de la retina. Estos neovasos no son estructuralmente funcionales y su proliferación se da a nivel del disco óptico y en otras partes de la retina, siendo muy proclives a causar una hemorragia en el vítreo; pudiendo también generar una constricción vascular y fibrosis. (22)

Nefropatía diabética

La nefropatía diabética (ND) es una microangiopatía cuyo término se usa para señalar las alteraciones renales ocasionadas por defectos microvasculares, por lo que se debe considerar como una patología vascular crónica propia de la DM que causa daño en la microcirculación renal dando una serie de afecciones funcionales además de alteraciones estructurales del glomérulo. La presentación clínica de la ND es propia de su daño renal, la cual se manifiesta con persistencia de proteinuria, HTA y disfunción renal progresiva. En la actualidad se ha desplazado el término ND por enfermedad renal diabética (ERD), ya que incluye una definición general para diabéticos a los cuales se les ha comprometido su funcionamiento renal. (23)

Control de diabetes mellitus

Objetivos para la hemoglobina glicosilada.

El objetivo razonable de la HbA1c es de menor al 7% o su equivalente de 53 mmol / mol, esto es para a mayoría de los adultos y mujeres no gestantes. En tanto que un objetivo de menor a 6,5 % (48 mmol / mol), es de preferencia para personas seleccionadas siempre y cuando no se corra el riesgo de hipoglucemia significativa, estos pacientes individualizados incluirían a aquellos con DM de inicio temprano, DM2 en aquellos que solo son medicados con metformina o que únicamente su control se basa en cambios de estilo de vida, personas con vida útil larga o sin patología cardiovascular reelevante. (24)

Objetivos de HbA1c menores a 8% (64 mmol / mol)) son menos estrictos y deben ser tomados en cuenta en pacientes en cuyos antecedentes esté la hipoglucemia severa, daños avanzados macro y microvasculares, corta esperanza de vida, DM de larga data sin buenos resultados en el control de la

glicemia a pesar de seguimiento y autocontrol estricto con múltiples fármacos incluyendo la insulina, y pacientes con comorbilidades de alta complejidad. (24)

Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

El pilar fundamental en el tratamiento del paciente con DM siempre debe ser su educación con un enfoque claro hacia un cambio de estilo de vida saludable enfrentando de esta manera la enfermedad de forma integral, cuyos resultados se verán reflejados aún más con un tratamiento terapéutico que sea cumplido a cabalidad, dejando atrás la presentación de las complicaciones que son distintivas de la DM.

- Tratamiento no farmacológico

Alimentación

Un plan dietético basado en un rango calórico de 800 a 1500 calorías diarias se debe establecer para hombres cuyo IMC sea < 37 en tanto que para mujeres puede ser de hasta un IMC < 43 , si sus valores de IMC son mayores en ambos sexos se puede considerar una dieta entre 1500 a 1800 calorías diarias porque se le considera una dieta hipocalórica con esta magnitud de IMC. Si los pacientes no se encuentra dentro del rango normal de IMC, entonces toda dieta y nivel calórico debe estar enfocado en la pérdida inicial de un promedio del 10% del IMC. Se ha evidenciado el gran beneficio de la dieta mediterránea al igual que la dieta DASH para pacientes con DM, tanto es así que su ingesta en personas en general se le asocia una menor incidencia de presentar DM. (4)

Si el paciente no presenta una nefropatía manifiesta, puede ingerir una dieta basada en un 40 a 60% con carbohidratos, de 30 a 45% de grasas y 15 a 30% en proteínas. Si no presentan ND el porcentaje de proteínas se puede llegar hasta el 30% de su ingesta calórica correspondiente, pero la proteína no tiene que ser inferior a 1 gramo por kilo de peso al día. (4)

Sal

No está indicado el cese total del consumo de sal de mesa, lo que se debe hacer es limitar su consumo diario hasta un máximo de 4g en pacientes con DM2. (4)

Alcohol

En pacientes con DM2 que presentan consumo habitual de alcohol, se les puede permitir la ingesta de un trago diario para mujeres y dos para hombres. (1 trago es igual a 12 onzas de cerveza o 4 onzas de vino; 30ml= 1 onza). Para diabéticos que no consumen o nunca lo han hecho, no se les debe recomendar su ingesta. (4)

Ejercicio físico

El ejercicio anaerobio es recomendado a una intensidad moderada, no menos de 150 minutos a la semana, los cuales se pueden repartir en promedio 30 minutos diarios mínimo 5 días a la semana. Las personas con DM2 que no tengan contraindicaciones se les debe recomendar actividad física de resistencia no menos de 2 veces por semana. (4)

Es preferible realizar previamente una prueba generadora de isquemia para pacientes con DM2 sedentarios y en alto riesgo, si van a realizar actividad física de intensidad moderada. (4)

Si el paciente presenta comorbilidades como neuropatía periférica severa o autonómica, RD o cualquier condición que pueda contraindicar actividad física, primeramente deben ser evaluadas y controladas. (4)

Los programas de actividad física han demostrado ser útiles en el control y manejo de la glucosa, tanto así que de llevarse a cabo de forma correcta se puede llegar a disminuir la HbA1c en un 0,6%, al igual que la reducción en los niveles de triglicéridos manteniendo el ejercicio físico de forma disciplinada de 8 a 12 semanas. (24)

- Tratamiento médico

Tratamiento inicial: la metformina sigue siendo el medicamento de primera elección al inicio del diagnóstico de la DM2 si este no presenta alguna contraindicación. Se la puede usar sola o combinada, pero en gran parte de los pacientes basta su monoterapia más cambios de su estilo de vida.

Se considera a la metformina como medicamento muy seguro y bastante eficaz, además de ser económica, sus beneficios se ven reflejados también en la disminución de presentar algún tipo de evento cardiovascular o muerte; sus presentaciones varían, estando disponible en forma prolongada para una toma oral diaria u en forma retardada para 2 dosis por día. Si comparamos la metformina frente a las sulfonilureas, como medicamento inicial, la metformina

muestra muchos más beneficios en cuanto al control de la HbA1c, mortalidad cardiovascular y reducción de peso. Pero se debe tener en cuenta que al momento disponemos de escasa información sistemática para el uso de otros medicamentos en DM2 como tratamiento de primera línea. (24)

Algunos pacientes suelen presentar efectos secundarios con el uso de metformina, de los cuales destacan las molestias gastrointestinales y diarrea, por ese motivo es que su administración debe iniciar con 500 mg diarios y aumentándola progresivamente hasta los 2000 mg diarios, para tener una mejor tolerancia medicamentosa. Su uso también puede reflejar un déficit de vitamina B12 pero esto se puede contrarrestar con una ingesta con alto contenido de esta vitamina. (4)

A pesar de que la eliminación de la metformina es por filtración renal y sus niveles elevados se les ha atribuido la presentación de acidosis láctica, pero en la actualidad esta presentación es bastante rara y la administración de metformina se puede dar sin riesgo, incluso en pacientes que tengan una tasa de filtrado glomerular estimada reducida (eGFR); incluso la FDA recomienda el uso de metformina en personas cuya eGFR sea mayor o igual a 30 ml/min/ 1.73 m². Si la HbA1c se encuentra $\geq 1,5$ % por arriba de su objetivo, se les deberá considerar una terapia combinada dual para llegar a niveles de HbA1c deseado. (24)

Si por algún motivo no se pudiera implementar la metformina como terapia inicial, esta puede ser reemplazada de preferencia por un inhibidor de dipeptidil peptidasa tipo 4 (iDPP-4), inhibidores del transportador renal de glucosa (iSGLT2), agonista del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP1), glitazonas, o incluso sulfonilureas acorde a las características de cada persona.

El uso de insulina de forma inicial está reservada en pacientes cuya hiperglucemia debute por encima de 300 mg/dl o en su efecto la HbA1c sea mayor al 10%, en especial si hay datos sugerentes de catabolismo. Si se logra resolver esta descompensación, se debe plantear su suspensión y cambiar a medicamentos antidiabéticos orales o no insulínicos. (25)

Al momento de añadir otro medicamento a la metformina, este debe ser elegido al objetivo que se desee alcanzar en el paciente y de su preferencia.

Tomando en cuenta que cada medicamento no insulínico que se suma a la metformina puede generar una disminución de la HbA1c desde 0,7% al 1%, al cabo de tres meses iniciada la nueva terapia, se debe reevaluar la situación del paciente y de no alcanzar las metas deseadas, se puede agregar otro medicamento de los 6 disponibles: iSGLT”, arGLP1, iDDP-4, sulfonilúreas de última generación, glitazonas e insulina. (25)

Adherencia terapéutica del paciente con diabetes mellitus:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la AT como el cumplimiento total del tratamiento por parte del paciente, no solo referente a los medicamentos, si no que también forma parte de esto el tratamiento no medicamentoso, como una dieta saludable, mejoras en su estilo de vida, visitas al médico y su respectivo control. Todo esto es un abordaje bastante difícil de llevar a cabo a nivel práctico, investigativo y teórico, debido a que es necesario el compromiso total del paciente de cumplir con responsabilidad todas las indicaciones médicas, con el objetivo de mantener o dar mejoría a su salud. (10)

Se ha usado otros términos para describir el actuar del paciente con respecto a las recomendaciones y tratamiento médico, como lo es el “cumplimiento y adherencia”. Refiriéndose al cumplimiento como el actuar pasivo cuando no ha existido un arreglo con el paciente o activa cuando el médico a cargo da reelevancia o responsabiliza a una sola parte. Por otro lado la AT abarca varias conductas que representan un fenómeno complejo y múltiple haciendo incapié en que el actuar del paciente deba coincidir o en su efecto tener un acuerdo entre las medidas impuestas por el médico hacia el paciente, debiendo existir una agradable relación médico-paciente. (26)

Entonces, esta terminología comprende la responsabilidad tanto del paciente como del profesional de la salud a cargo, donde sobresale desde la participación constante del paciente, al igual que la responsabilidad de su médico, el cual debe crear un ambiente propicio facilitando así la toma de decisiones impuestas. La definición de Haynes y Sackett hace referencia a que el paciente cambia su conducta, dirigiéndola sobre la toma de medicamentos o bien debido a las medidas dadas por el médico. (26)

Los factores asociados a la falta de cumplimiento son varias y

correlacionadas pudiendo ubicarse de esta forma:

Ámbito del paciente: se deben considerar los distintos tipos de factores e individualizarlos en cada paciente, como lo son, problemas en el trabajo, sociales, económicos, edad, creencias, sexo, entre otros.

En la enfermedad: afecciones que guardan relación con el estado de salud del paciente tales como, ansiedad, pérdida de memoria, depresión, trastorno de la personalidad, estadios graves de su proceso, patologías asociadas, terapéutica relacionada en general, sintomatología ausente o presente. (27)

Relacionadas al tratamiento: constituye desde su complejidad, precio, efectos adversos, rechazo del tratamiento, prescripción médica con tiempo indefinido. (27)

En el entorno: puede haber conflictos en el ambiente familiar, dificultad para acceder a horarios apacibles, burocratismo. (27)

Referente al médico: todo lo relacionado con atención, desde la relación médico paciente, inconformidad o desconfianza del paciente con el profesional de salud, sensación de no ser escuchado o de ser desconocidos para su médico, cambios en medicinas prescritas o cambios por medicamentos genéricos (a nivel nacional se recetan medicina genérica). (28)

Métodos para evaluar la adherencia terapéutica

En la actualidad existen varios métodos de medición referentes a la adherencia del tratamiento, pero se los puede agrupar en dos grandes grupos, quedando establecidos como métodos directos e indirectos.

- Métodos directos.

Este tipo de métodos se utiliza material biológico del paciente (como orina o sangre) en el cual se medirá la concentración del medicamento, metabolitos, o cualquier marcador biológico que revele el efecto del medicamento y que pueda servir de referencia para medir la adherencia al tratamiento. Dentro del arsenal de marcadores biológicos, los más utilizados en estos pacientes son, la HbA1c, razón normalizada internacional (INR), ácido úrico, riboflavina, ión bromuro, entre otros.

La terapia directa observada (TDO) forma parte de los métodos directos, el mismo que lo puede realizar el profesional de la salud, familiares, o

cualquier persona, incluso entre aquellos que padecen la misma enfermedad como la DM. La TDO se la puede realizar tanto en el centro médico o incluso en el domicilio tanto del paciente como del voluntario que lo va a realizar. Al tratarse de métodos directos, estos tienen un nivel muy objetivo, pero a la vez, éstos tienen un coste elevado y no son usados siempre en la práctica médica. En otro aspecto, presentan un resultado simple de sí o no, y no muestra el patrón de la falta de adherencia y las probables causas. Son usados sobre todo en estudios tipo ensayos clínicos o en enfermedades que representen un fuerte impacto para la salud pública.

- Métodos indirectos

Se basa en recolectar información dada por el paciente o persona que lleva a cabo el cumplimiento del tratamiento, este tipo de información se la puede extraer ya sea por una entrevista médica o preferible mediante un cuestionario que esté validado (más empleado), conteo de medicina, registro de dispensación, equipo electrónico, entre otros. La gran ventaja de que tienen estos métodos frente a los directos, lo realzan la sencillez, facilidad en su aplicación y bajo coste. (29)

Métodos por encuesta clínica.

Su sencillez es notable para la valoración en cuanto a la AT. Se enfoca básicamente en interrogar de forma directa al paciente en cuanto a la apreciación de su AT, como el promedio de dosis que no toma ya sea por olvido o por cualquier razón en un tiempo determinado, o en su efecto la frecuencia con la cual no lleva la indicación prescrita. También se puede dirigir la encuesta sobre el conocimiento que tienen sobre su tratamiento, como, dosis, indicación, y nombre de la medicina indicada. (29)

En cuanto al uso de cuestionarios validados (como sistema MEMS® o conteo de comprimidos) para valoración de AT autocomunicada por el mismo paciente, generalmente los test pueden presentar distintas versiones para el tipo de población o idiomas. El resultado dado por cada una de las escalas o test puede variar. De forma que la información recabada por medio de los cuestionarios puede representar la conducta del paciente referente a la toma del medicamento, los impedimentos, factores que determinan la correcta AT y/o creencias que concurren en la adherencia. (29)

Test de Morisky Green

Es el cuestionario más conocido usado dentro de la práctica clínica y el campo de la investigación. Son cuatro las preguntas que conforman su primera versión, estas preguntas deben ser contestadas de forma dicotómica “sí o no” las cuales valoran de esta forma la correcta AT. Se lo conoce también como Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o bien como 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4). Su empleo está validado para la DM y múltiples enfermedades crónicas y gran variedad de población. Val Jimenez y sus colaboradores validaron la versión en español para pacientes que presentaban hipertensión arterial. (29)

Una vez realizadas las 4 preguntas al paciente, es muy sencillo saber si el paciente es o no adherente al tratamiento. Por lo cual se considera que un paciente tiene una correcta AT si responde como se indica todas las preguntas (No/Sí/No/No). (29)

Este tipo de test se lo ha usado en múltiples estudios de AT hacia los antihipertensivos, el SIDA con sus respectivos antirretrovirales. Además de ser también usado en la osteoporosis, poniendo en relieve el nivel de efectividad de múltiples métodos creados para aumentar la AT.

Para los pacientes con DM o HTA y los que toman de forma crónica medicina cardiovascular, como los IECA e hipolipemiantes, la escala de adherencia a la medicación de Morisky (MMAS) es el test con mejor validación que se ha evaluado en estas personas. (30)

4.2 Antecedentes investigativos.

En un estudio realizado, de tipo descriptivo de corte transversal en pacientes diabéticos tipo 2 que pertenecían al consultorio N° 3 del consejo popular Cartagena, el mismo que fue analizado desde octubre 2014 a mayo 2015, su nombre fue “Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”; arrojando resultados tales como se indica a continuación: 63 % de los pacientes con la enfermedad de diabetes mellitus tipo 2 incumple las recomendaciones terapéuticas, de estos pacientes las más cumplidoras fueron las representantes del sexo femenino con un 73 %, el rango de edad predominante fue de 51-60 años perteneciendo al 82 % del total; pudo

observarse que el sexo que menos cumplió fue el masculino, con rangos de edad entre 30- 40 y 51-60 años, las amas de casa destacaron como las más cumplidoras con un 54,5 %. Se apreció que presentaron mayores conductas a la adherencia con el tratamiento en los dos primeros años de iniciado éste y después de diez años del mismo, llegando al control metabólico del 100 %, la mayoría de la población estudiada presentaba enfermedades concomitantes 82 %. El 96,7 % presentaban régimen terapéutico combinado y multidosis en el 100 %, siendo similares tanto en cumplidores como en los incumplidores. (31)

Se desarrolló un estudio sobre “Diseño de estrategia educativa sobre factores relacionados con la falta de adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2 en tres consultorios del centro de salud Guasmo Norte año 2018” el mismo que presentó como resultados que el nivel de conocimiento de los pacientes con diabetes mellitus respecto a su enfermedad era de 35,8% los que no conocen y el 61,20 quienes si la conocen, en referencia al conocimiento de las distintas complicaciones que se presentan hubo un 11,7% que conoce y el 88,3% que no las conoce, el 21,4% conoce y 78,6% no conoce sobre los los beneficios del ejercicio físico, en cuanto a la relación al tratamiento farmacológico el 31,1% conoce, mientras que el 68,9% no conoce, mientras que para los componentes de la estrategia educativa fueron importantes las charlas, solicitadas que se den en el centro de salud, una vez por semana, en horarios de la mañana. (32)

En cuanto a los resultados se manifestó que predominó un nivel de adherencia parcial en el 74,1 % de los pacientes. La mayor causante de la adherencia terapéutica deficitaria estuvo dada por el componente implicación personal. Los factores personales referentes a los conocimientos acerca de la dieta y la motivación para cumplir con el tratamiento fueron las variables principales con influencia sobre la adherencia terapéutica deficitaria. Se logró inferir en que la adherencia terapéutica de las personas diabéticas tipo 2 fue presentada en sus tres niveles, predominando el nivel parcial de adherencia. La mayoría de factores que condicionan la adherencia terapéutica deficitaria se vieron relacionados con el desconocimiento con respecto a la dieta que deben seguir y la escasez de motivación para realizar de forma adecuada el

tratamiento. (32)

Se efectuó un análisis de tipo descriptivo, correlacional, transversal; cuyo objetivo principal fue “determinar las variables que se asocian a la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores del Centro de Salud San Juan”. Este estudio contó con una muestra que fue seleccionada de forma aleatoria simple, estuvo constituida por 75 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, a los cuales se les aplicó instrumentos como fue un cuestionario respecto a las características sociodemográficas del adulto mayor, la escala de apoyo familiar de Leitón (presentando una confiabilidad de 0.85 y validez de 0.86), se utilizó además la escala de riesgo de la no Adherencia de Gutiérrez y Bonilla teniendo un grado de confiabilidad de 0.82, de validez 0.91, y también se utilizó el Test de Morisky Green Levine con su confiabilidad de 0.61. Este estudio arrojó diferentes resultados con son que el 69,33% de adultos mayores no son adherentes al tratamiento médico para la diabetes mellitus, lo que nos indica que no efectúan las recomendaciones concertadas con el personal que brinda la atención médica. (33)

En lo que se refiere al perfil sociodemográfico: El 82,7% fueron adultos mayores de edades comprendidas entre 60 - 74 años, el 58.5% de las mujeres tienen estudios primarios, se identificó que los pacientes del sexo masculino tienen estudios secundarios en un 45,5% y superiores en el 18,2%; asimismo todos los casos en los que se informa ningún grado de instrucción son pacientes femeninas. Hubo 40% de pacientes que informaron que el tiempo de su enfermedad era inferior a 5 años y el 38,7% presentaba una evolución 11 años a más. En cuanto a la patología que se asoció con mayor frecuencia fue la artrosis representada por el 66,7%. Los adultos no son adherentes al tratamiento en el 69,3%. Algunas variables que mostraron una positiva correlación con la adherencia fueron el estado civil ($r= 0,235$), grado de instrucción ($r= 0,257$), presencia de pluripatología: artrosis ($r= 0,232$), dislipidemia ($r= 0,333$) y retinopatía ($r=0,323$). (33)

En el estudio sobre “Adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 que se llevó acabo durante el mes de Abril a Julio del 2013 en al Centro de Salud Perla María Norori” en la ciudad de León, se pudo evidenciar que el sexo femenino fueron quienes presentaron mayor adherencia al tratamiento

que los masculinos, con predominio en las edades entre 56 a 65 años. (34)

El nivel de adherencia terapéutico alcanzó un 11,36 %, destacando los factores relacionados al paciente y su tratamiento como los principales responsables de un mejor resultado, siendo menos influyentes los factores que involucran al equipo de salud y círculo familiar que puede evolucionar a un estado de salud inadecuado y terminar en grados más avanzados. (34)

El estudio sobre Factores influyentes en la adherencia terapéutica en personas con DM2 en la Unidad de Especialidades de Enfermedades Crónicas, en Villahermosa Tabasco. Se obtuvo que los el factor predominante fue el relacionado con el paciente con un 88 %, proveedor 77 %, socioeconómico 56 %, y 49 % concidió que lo relacionado a la terapia no influyen. En referente al comortamiento sobre la adherencia, 47 % manifiesta ventaja en la adherencia, 41 % refiere que no presenta riesgo al desarrollo de comportamiento de adherencia y el 49,1 % de los pacientes tienen conocimiento intermedio. (35)

Debido a esto se llegó a la conclusión de que esta población presenta riesgo para el no desarrollo de comprtamiento adherente y debido a su conocimiento intermedio, es necesario proveer una intervención psicológica, además de educar al paciente para poder encaminarlo hacia una correcta adherencia. (35)

En el año 2018 en el Centro de salud Baba un estudio sobre adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 reportó que tan solo el 40,8 % de los pacientes fueron adherentes, siendo la población representativa de 50-54 años con un 27,55 %, el sexo femenino conformó el 64,3 % de la población, 93 % refirieron tener unión libre en el estado civil, 65,39 % con un nivel académico hasta la primaria, y en cuanto al per cápita la pobreza conformaba el 60,2 % de la población estudiada. (36)

El estudio realizado en el Hospital Provincial General Isidro Ayora en pacientes con DM2 que tuvo como base el uso del Test de Morisky-Green, se pudo observar que un 76,34 % de los pacientes no se adhieren al plan terapéutico, de los cuales el sexo femenino con un 43,01 % fué el menos adherente; las personas entre 56-65 años conformaron la mayor población con un 36,56 %. Los factores que reportaron como responsables de la no

adherencia fueron el nivel de estudio primario 28 %, período de tiempo con la enfermedad un 34,4 % y el plan terapéutico 40,8 %. (37)

En el estudio sobre “Adherencia farmacológica de pacientes con DM en un programa de nefroprotección: una responsabilidad compartida” se pudo obtener como resultados importantes que la edad promedi era de 67 años, del que un 33 % fueron hombres y la relación de adherencia conformaba el 68 %; los factores asociados de forma independientemente fueron, el sexo femenino RP: 1,25 (IC 95 %: 1,02-4,07), valores de HbA1C entre 6 y 6,9 % RP: 1,66 (1,37-11,80), no utilizar la insulina RP: 1,36 (1,03-8,52), pacientes que solo utilizaron metformina RP: 1,76 (1,76-10,15) y la atención por medicina interna RP: 1,19 (1,19-4,78). (38)

5. MÉTODO

5.1 Nivel de la investigación.

Se realizó un estudio de nivel investigativo descriptivo, sobre la adherencia al tratamiento en pacientes de 20 años y más con Diabetes mellitus tipo 2 en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Sauces 3 durante el año 2021.

5.2 Tipo de investigación.

Se realizó un estudio observacional ya que no existió intervención del investigador, prospectivo debido a que fueron utilizadas fuentes primarias de información como son las encuestas realizadas por el investigador hacia el paciente, de tipo transversal porque las variables de estudio fueron medidas en una sola ocasión y descriptivo porque se realizó el análisis univariado y no se hicieron asociaciones de variables.

5.3 Diseño de investigación.

Se realizó un estudio de prevalencia o de corte transversal al haberse estudiado a 81 pacientes de 20 años y más con diabetes mellitus tipo 2 pertenecientes a dos consultorios del centro de salud Sauces 3 en el año 2021.

5.4 Justificación de la elección del método

Se utilizó esta técnica porque fue la más útil para obtener los resultados y cumplir los objetivos. Mismos que se centran en conocer la población según sus datos sociodemográficos, en especial con estos métodos se ha conseguido determinar qué pacientes de los estudiados son y quiénes no son adherentes al tratamiento médico recomendado; además, con este método de estudio se ha logrado determinar los pacientes que han llevado un correcto control de su enfermedad y los que no han sido capaces de realizar dicho control.

5.5 Población de estudio.

La población de estudio incluyó a 81 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de 20 años y más, pertenecientes a ambos sexos, asignados a los consultorios siete y ocho del centro de salud Sauces 3 durante el primer trimestre de 2021.

5.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.

En el estudio se incluyeron los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de 20 años y más asignados a los consultorios siete y ocho del centro de salud Sauces 3 en el período de enero a marzo 2021, cuyos datos se obtuvieron de las fichas familiares.

5.5.2 Criterios de inclusión.

1. Pacientes con diagnóstico de DM2 que acepten participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.
2. Pacientes con diagnóstico de DM2 con residencia permanente en el área de atención de los dos consultorios.

5.5.3 Criterios de exclusión.

1. Pacientes con diagnóstico de DM2 que presentan algún tipo de discapacidad que no les permita responder las preguntas de la encuesta autoaplicada.
2. Pacientes que después de dos citas al centro de salud y dos visitas al domicilio, no sea posible contactar.

5.6 Procedimiento de recolección de la información

Para caracterizar la adherencia al tratamiento farmacológico antidiabético en la población de 20 años y más con diabetes mellitus tipo 2 asignada a dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Sauces 3, se cumplió con los siguientes requisitos: Respetando las normas éticas, la investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Esta investigación fue

realizada y conducida de acuerdo con el régimen ético vigente de la Declaración de Helsinki, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

La recogida de datos se realizó en el año 2021, utilizando información obtenida mediante la atención médica brindada a los pacientes en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud mencionado y las visitas domiciliarias a algunos pacientes; se entregó un consentimiento informado a la población seleccionada para participar en la investigación.

Se utilizó una encuesta para caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas como son: edad, sexo, etnia, nivel de escolaridad, ocupación, ingreso económico según per cápita, estado civil. La misma que fue realizada por la autora y fue validada por tres expertos, un especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, un especialista en Bioestadística y un Médico internista.

Para determinar si la población de estudio con manejo farmacológico vía oral para DM2 eran o no adherentes al tratamiento, se utilizó el Test de Morisky-Green, el cual consta de cuatro preguntas con respuestas de constantes dicotómicas sí/no, en el que cada paciente fue considerado como cumplidor contesta como se señala a continuación a las 4 preguntas no/sí/no/no; en cambio, se consideró como no adherente a aquel paciente que contesta de forma diferente a lo indicado.

Para determinar el control de diabetes mellitus en la población de estudio se tomó en cuenta el valor de los exámenes de hemoglobina glicosilada realizados en consulta médica, cuyos valores fueron obtenidos de la Plataforma de Registro Sanitario de Salud (PRASS) de la atención médica y se determinó que valores $< 7\%$ se considera como que el paciente llevó un control adecuado de su enfermedad y valores $=$ o $> 7\%$ indican que el paciente no llevó un correcto control de su enfermedad.

5.7 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

<ul style="list-style-type: none"> Objetivo 1. Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas. 	
Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	
Etnia	
Escolaridad	
Ocupación	
Ingreso económico total familiar	
Estado civil	
<ul style="list-style-type: none"> Objetivo 2. Determinar si la población de estudio con manejo farmacológico vía oral para DM2 son adherentes o no adherentes al tratamiento. 	
Adherencia terapéutica	Psicometría (Test de Morisky-Green)
<ul style="list-style-type: none"> Objetivo 3. Determinar el nivel del control de la diabetes mellitus en la población de estudio. 	
Control de la diabetes mellitus	Documental (Plataforma de Registro Sanitario de Salud)

5.8 Técnicas de análisis estadístico

Se realizó un estudio descriptivo; en el cual el procesamiento de los datos se realizó a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0 (2019). Se utilizaron números absolutos y proporciones (porcentajes) para el resumen de las variables cualitativas y la variable cuantitativa. La información se presentó en forma de tablas para su mejor comprensión.

5.9 Variables

5.9.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Edad	Edad en años cumplidos según grupos quinquenales	20 – 24 años 25 – 29 años 30 – 34 años 35 – 39 años 40 – 44 años 45 – 49 años 50 – 54 años 55 – 59 años 60 – 64 años 65 – 69 años 70 – 74 años 75 – 79 años 80 – 84 años 85 – 89 años	Cuantitativa discreta
Sexo	Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal dicotómica
Etnia	Etnia (Según autoidentificación étnica)	Indígena. Afroecuatoriano(a) Negro(a) Mulato(a) Montubio(a) Mestizo(a) Blanco(a) Otra.	Cualitativa Nominal politómica semicerrada
Escolaridad	Escolaridad (según niveles	Ninguna (analfabetismo)	Cualitativa ordinal

	terminados)	Primaria terminar Primaria Secundaria Bachillerato Universitaria Posgrado	sin politómica
Ocupación	Ocupación (actividad laboral que realiza el/la paciente)	Empleados públicos Empleados privados Cuenta propia Ama de casa Trabajadora no remunerada Estudiantes Jubilados Desempleados Otra	Cualitativa Nominal politómica semicerrada
Ingreso económico	Ingreso económico total familiar	Adecuado (84,49 USD) Pobreza (84,48 a 47,62 USD) Pobreza extrema (menos de 47,62 USD)	Cualitativa Nominal politómica cerrada
Estado civil	Estado civil (situación actual relacionada con la pareja)	Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Unión de hecho	Cualitativa Nominal politómica cerrada

Adherencia terapéutica	Adherencia terapéutica (según Test de Morisky-Green)	Se adhiere No se adhiere	Cualitativa Nominal dicotómica
Control de la diabetes mellitus	Control de la diabetes mellitus (según valores de hemoglobina glicosilada)	Controlado (< 7 %) No controlado (> o = 7 %)	Cualitativa Nominal dicotómica

6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio se incluyeron a 81 pacientes con diabetes mellitus tipos 2 de los dos consultorios del centro de salud Sauces 3. Las tablas de la una a la siete le corresponden a las variables sociodemográficas, que dan salida al primer objetivo.

La tabla ocho corresponde a la adherencia terapéutica en los pacientes, dando salida al segundo objetivo. La tabla nueve se corresponde con el control de la diabetes mellitus según valores de hemoglobina glicosilada, que da salida al tercer objetivo.

Tabla 1. Distribución de la población con diabetes mellitus tipo 2 según edad y sexo. Consultorios 7 y 8. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Grupos etáreos	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
35 – 39 años	0	0,0%	2	3,9%	2	2,5%
40 – 44 años	2	6,7%	3	5,9%	5	6,2%
45 – 49 años	2	6,7%	4	7,8%	6	7,4%
50 – 54 años	1	3,3%	4	7,8%	5	6,2%
55 – 59 años	2	6,7%	4	7,8%	6	7,4%
60 – 64 años	4	13,3%	7	13,7%	11	13,6%
65 – 69 años	4	13,3%	15	29,4%	19	23,5%
70 – 74 años	9	30,0%	6	11,8%	15	18,5%
75 – 79 años	5	16,7%	5	9,8%	10	12,3%
80 – 84 años	1	3,3%	0	0,0%	1	1,2%
85 – 89 años	0	0,0%	1	2,0%	1	1,2%
Total	30	100,0%	51	100,0%	81	100,0%

En la tabla 1 se evidencia que la DM2 predominó en personas de 65 a 69 años comprendiendo un 23,5%, de los cuales el 29,4% fue representado por el sexo femenino y 13,3% por el masculino. En segundo lugar, aquellas comprendidas

entre los 70 a 74 años abarcando un 18,5%, con un 30% y 11,8% para el sexo masculino y femenino respectivamente.

Estos resultados difieren en parte con los globales de la IDF (Federación Internacional de Diabetes) la cual indica que el pico de prevalencia de DM se produce antes en los hombres (65 a 69 años) que en las mujeres (70 a 79 años). (39)

De similar forma Patricia Bonilla (40) Ecuador 2020 presenta resultados distintos en cuanto al sexo al estudiar un centro geriátrico (pacientes mayores de 60 años) donde la prevalencia de DM en el sexo masculino es del 28,8% y el femenino un 27,7 %.

Sin embargo, Christie (41) Perú 2019, difiere con este trabajo, debido a que en su estudio las personas de 55 a 64 años corresponden al 42,9% de pacientes con DM2, con un predominio del sexo femenino del 63,3%.

Tabla 2. Distribución de la población con diabetes mellitus tipo 2 según sexo. Consultorios 7 y 8. Centro de salud Saucos 3. Año 2021.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	51	63,0%
Masculino	30	37,0%
Total	81	100,0

Como podemos observar en la tabla 2, el sexo con mayor predominio de DM2 fue el femenino representado por el 63% frente al 37% que correspondía al sexo masculino.

Este estudio coincide con el realizado por el Ministerio de Salud de Brazil, año 2019 donde se informa una prevalencia de DM de 7,8% para el sexo femenino y un 7,1% para el masculino. (42)

Datos a favor de la mujer se dieron también por Eleazar Montalvan (43) Honduras 2020 donde se reporta una prevalencia de DM en el sexo femenino del 22,1% y masculino 19%.

Resultados distintos obtuvo María Valenzuela (44) Chile 2018 donde el 51,4% de DM se manifiesta en el sexo masculino, mientras que el 48,6% por el

femenino.

Tabla 3. Distribución de la población con diabetes mellitus tipo 2 según etnia y sexo. Consultorios 7 y 8. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Etnia	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Mestizo(a)	27	90,0%	47	92,2%	74	91,3%
Blanco (a)	1	3,3%	4	7,8%	5	6,2%
Mulato (a)	2	6,7%	0	0,0%	2	2,5%
Total	30	100,0%	51	100,0%	81	100,0%

En la tabla 3 se puede apreciar que existió un predominio de la etnia mestiza (91,3%) que padecen DM2 de los cuales, al dividirlos por sexo, esta misma etnia representa el 92,2 % en las mujeres frente a un 90,0 % en los varones. Este estudio difiere con el de Belkis Sánchez (45) Cuba 2020 donde se aprecia que en la DM2 la etnia mestiza ocupa el segundo lugar con un 23,7% y el primer lugar le corresponde a la etnia blanca con 56,1 %, y tercero la negra con el 20.7%.

En cambio, Carlos H. Orces en Ecuador 2020 al examinar la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), manifiesta que la etnia mestiza se encuentra en el tercer lugar con el 17,5 %, ocupando el primer puesto la etnia negra con el 25%, segundo la mulata con el 21,9%, cuarto lugar la blanca (15,1 %) y quinto la indígena (11,9%). (46)

Resultados distintos son obtenidos por Helaine Bonatto (47) Brazil 2020 en donde la etnia que más prevaleció fue la negra con un 43,9%, seguida de la blanca con el 27,6% y luego la mulata con un 22%.

Tabla 4. Distribución de la población con diabetes mellitus tipo 2 según

nivel de escolaridad y sexo. Consultorios 7 y 8. Centro de salud Sauces
3. Año 2021.

Escolaridad	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Primaria sin terminar	1	3,3%	1	2,0%	2	2,5%
Primaria	3	10,0%	15	29,4%	18	22,2%
Secundaria	7	23,3%	10	19,6%	17	21,0%
Bachillerato	9	30,0%	21	41,2%	30	37,0%
Universitaria	8	26,7%	4	7,8%	12	14,8%
Posgrado	2	6,7%	0	0,0%	2	2,5%
Total	30	100,0%	51	100,0%	81	100,0%

Como se puede apreciar el nivel de escolaridad más representativo fue la primaria, secundaria y bachillerato con un 22,2%, 21% y 37% respectivamente, relacionando así el nivel bajo de escolaridad con mayor predominio de DM2.

Estos resultados se asemejan a los dados por la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Argentina 2018 la cual reporta que el 22,9% de las personas con DM tienen una primaria incompleta, el 14,4% corresponde a primaria completa más los de secundaria incompleta y tan solo el 10,3% secundaria completa en adelante. (48)

Similar situación demuestra Ana Della (49) Brazil 2018 donde el 16,5% de las personas con DM tienen un nivel de escolaridad de 0-8 años, 5,9% para los de 9-11 años y 4,6% los que tienen 12 o más años de escolaridad (7,8% hombres y 9,9% mujeres).

De igual forma Nury Trejo (38) Colombia 2020 resuelve que el 65,5% de pacientes con DM tienen estudios de primaria completa, y el 13,8% para aquellos que no tienen ningún tipo de nivel educativo.

Tabla 5. Distribución de la población con diabetes mellitus tipo 2 según ocupación y sexo. Consultorios 7 y 8. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Ocupación	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Ama de casa	0	0,0%	40	78,4%	40	49,4%
Cuenta propia	13	43,3%	5	9,8%	18	22,2%
Jubilados	10	33,3%	1	2,0%	11	13,6%
Desempleados	5	16,7%	1	2,0%	6	7,4%
Empleados privados	1	3,3%	2	3,9%	3	3,7%
Empleados públicos	0	0,0%	2	3,9%	2	2,5%
Otra	1	3,3%	0	0,0%	1	1,2%
Total	30	100,0%	51	100,0%	81	100,0%

En la tabla 5 podemos observar que un 49,4 % tenían una ocupación de ama de casa, el cual estuvo representado en su totalidad por el sexo femenino, seguido con un 22,2 % aquellos cuya ocupación era por cuenta propia.

Similares porcentajes reportó Cielito Betancourt (50) Riobamba 2017, al analizar 40 pacientes con DM2 se evidencia que las amas de casa representan el 52,5 % de esta población en estudio.

En tanto en Maria Ramirez (51) Tabasco-Mexico 2019 al estudiar 106 pacientes con DM2, de igual forma, las amas de casa encabezaban la tabla con un 66 %.

A diferencia del estudio realizado por Ahmed José Pomares (52) Cien Fuegos-Cuba 2018, cuyos pacientes con DM2 de edad promedio 65 años (80 %), la ocupación que prevalece es la de jubilados con un 50 % continuando en segundo lugar las amas de casa con un 36,7 %.

Tabla 6. Distribución de la población con diabetes mellitus tipo 2 según ingreso económico y sexo. Consultorios 7 y 8. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Ingreso económico	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Adecuado (84,49 a 47,62 USD)	28	93,3%	42	82,4%	70	86,4%
Pobreza (84,48 a 47,62 USD)	2	6,7%	7	13,7%	9	11,1%
Pobreza extrema (menos de 47,62 USD)	0	0,0%	2	3,9%	2	2,5%
Total	30	100,0 %	51	100,0 %	81	100,0%

Como podemos observar en la presente tabla, es evidente que las personas con DM2 de la población estudiada fueron aquellos con un ingreso económico adecuado representado por un 86,4 % de la población en estudio.

Estos datos son bastante similares a los encontrados por Jacqueline A. Seiglie al estudiar la “Prevalencia de la diabetes y su relación con la educación, la riqueza y el IMC en 29 países de ingresos bajos y medios 2020” en 29 países (incluye Ecuador) con 588,574 participantes, el cual revela que la prevalencia de diabetes en países con economías de bajos ingresos 6,7 % (5,5–8,1), economías de ingresos medianos bajos 7,1 % (6,6–7,6) y economías de ingresos medianos altos 8,2 % (7,5-9,0), demostrándonos que a un mejor ingreso es mayor la probabilidad de tener DM. (53)

Algo similar podemos observar en el estudio realizado por Rofilia Ramirez Perú 2020 al ver las características de 1815 pacientes adultos mayores con DM2 pertenecientes al Seguro Social de Perú, se encuentra que aquellos pacientes del 5to quintil (más ricos) representan el 32,7 %, mientras los del 1er quintil (más pobres) tan solo son el 9.5 %. (54)

Sin embargo, los resultados de Cristina Aguayo (55) EEUU” 2018, al estudiar la población hispana, nos indica que aquellos con un ingreso anual menor a \$ 20.000 tienen mayor prevalencia de DM (16,9 % para hombres y 18,5 % para mujeres), y con los superiores a \$75.000 el riesgo es menor (12,8 % para hombres y 8,3 % para mujeres).

Tabla 7. Distribución de la población con diabetes mellitus tipo 2 según estado civil y sexo. Consultorios 7 y 8. Centro de salud Saucos 3. Año 2021.

Estado civil	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Casado/a	19	63,3%	19	37,3%	38	46,9%
Viudo/a	2	6,7%	12	23,5%	14	17,3%
Divorciado/a	1	3,3%	10	19,6%	11	13,6%
Unión de hecho	3	10,0%	6	11,8%	9	11,1%
Soltero/a	3	10,0%	3	5,9%	6	7,4
Separado/a	2	6,7%	1	2,0%	3	3,7%
Total	30	100,0%	51	100,0%	81	100,0%

En la presente tabla podemos observar que las personas con DM2 que tienen una relación actual estuvo representado por el 58 %, mientras que las que tuvieron una relación conformaban el 34,6 % y los que no han tenido una era el 7,4 %.

Concuerda con Bruno Alessandro Farías-Vílchez (56) Piura-Perú 2021 con una muestra de 236 pacientes con DM2, las personas que tienen pareja

(casado/conviviente) representan el 64,8%, los separados, divorciados y viudos el 18,2% y los solteros 16,9 %.

De similar forma Pérez Pavón Abel (57) Tabasco México 2017, al estudiar 129 pacientes con DM2, revela que quienes tienen pareja representan el 79,9 % (casado 78,3 %), el 18,7 % los separados, divorciados y viudos (16,3 %) y solteros 1,6 %.

Estos resultados son distintos a los del estudio PURE donde Paul A. Camacho en su estudio sobre “Prevalencia autoinformada de enfermedades crónicas no transmisibles en relación con factores socioeconómicos y educativos en Colombia: un estudio comunitario en 11 departamentos” año 2020 con 7.485 personas de 35 a 70 años de las cuales 5,7 presentan DM y de éstas los separados, divorciado y viudo representan el 7,0 %, en tanto que el 5,6 % son casados o tienen unión libre, mientras los soltero 4,2 %. (58)

Tabla 8. Distribución de la población con diabetes mellitus tipo 2 según adherencia terapéutica y sexo. Consultorios 7 y 8. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Adherencia terapéutica	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
No se adhiere	14	46,7%	28	54,9%	42	51,9%
Se adhiere	16	53,3%	23	45,1%	39	48,1%
Total	30	100,0%	51	100,0%	81	100,0%

En la tabla 8 se puede evidenciar que más de la mitad de los pacientes (51,9 %) no tuvieron adherencia terapéutica al tratamiento de DM, encabezando el sexo femenino quienes fueron las menos adherentes (54,9 %), mientras más de la mitad de los pacientes masculinos si presentaban adherencia al tratamiento médico(53,3 %).

Un resultado algo diferente obtiene Pablo Martínez (59) España 2021, con 232 pacientes usando la MMAS-8 encontrando una adherencia media/baja del 48,7 % y alta adherencia 51,3 %. Donde el 48% de las mujeres presentan una alta adherencia, y los hombres una adherencia media/baja del 47,4 %.

Concuerda con estos resultados Guillermo Guzmán (60) Colombia 2018 cuya muestra de 201 pacientes con DM2 reporta que el 52,2 % de los pacientes no son adherentes al tratamiento farmacológico, mientras que los adherentes representan al 47,8 %. Predominando la no adherencia al igual que el presente estudio.

Sin embargo Linda M. Mobula (61) Ghana 2018, obtiene resultados diferentes al incluir 1226 personas con DM2, manifestando que el 78 % son pacientes adherentes al tratamiento de este trastorno metabólico.

Tabla 9. Distribución de la población con diabetes mellitus tipo 2 según control de la diabetes mellitus y sexo. Consultorios 7 y 8. Centro de salud Sauces 3. Año 2021.

Control de la diabetes mellitus (según valores de hemoglobina glicosilada)	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
No controlado ($\geq 7\%$)	13	43,3%	30	58,8%	43	53,1%
Controlado ($< 7\%$)	17	56,7%	21	41,2%	38	46,9%
Total	30	100,0%	51	100,0%	81	100,0%

En esta tabla observamos que el 53,1 % de los pacientes no se encontraban controlados y el 46,9 % sí lo estuvieron. Como se puede analizar existió un porcentaje preocupante de personas con su enfermedad no controlada.

Estos resultados difieren de los obtenidos por Rebecka Husdal (62) Suiza 2019, donde se estudia a 230.958 personas con DM2 de los centros de atención primaria, de los participantes, el 56 % mantiene cifras de HbA1c $\leq 6,9\%$, el 44% presenta HbA1c $\geq 7\%$.

Resultados similares obtuvo Marilia B. Gomes (63) 2019 obtuvo en el estudio DISCOVER el cual incluyó 778 sitios de 38 países (Incluyendo América) siendo 15992 participantes con DM2, se pudo observar que tan solo el 17,6 % mostró HbA1c < 7 % y el 82,4% HbA1c \geq 7 %.

Estudio casi similar presenta Iliana Grasetz (64) California-EEUU 2020 donde con una muestra de 111.463 pacientes encontró que tan solo el 43,92% presentaba una HbA1c < 7 %.

7. CONCLUSIONES

En el estudio predomina el grupo etario de 65-69 años, el sexo femenino, la etnia mestiza, la instrucción bachillerato, la ocupación ama de casa, el ingreso económico adecuado, el estado civil casado/a.

En la población predomina la no adherencia al tratamiento medico farmacológico.

En relación al control de la diabetes mellitus según valores de Hemoglobina glicosilada, predomina el no controlado.

8. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio fue realizado gracias a la médico familiar y comunitario quien estuvo durante tres años en la Ciudad de Guayaquil sector Sauses lapso en el cual se brindó atención médica de vanguardia con calidad y pertinencia a la población de este sector, fortaleciendo la relación entre el médico y el paciente, tomando en consideración la confidencialidad y privacidad insustituible al momento de realizar la encuesta a los pacientes que acudían al C.S Sauses 3, y en sus hogares mediante la respectiva visita domiciliaria, habiendo limitancia en la investigación debido a que se efectuó en tan solo dos consultorios, en diferentes días por lo cual no se pudo abarcar a toda la población con DM2. Debido a esto no se puede hacer una generalización de los resultados con toda la población de este sector, pero servirá como pilar fundamental para EAIS en decisiones futuras.

Así mismo, no se incluyeron todos los factores que pueden verse involucrados en el nivel de adherencia al tratamiento, sin embargo, se incorporaron a los que se consideraron más importantes, para que de esta forma se pueda crear en próximos estudios estrategias que ayuden a contrarrestar el impacto de dichos factores.

Se sugiere que se lleven a cabo más estudios sobre este trastorno metabólico, debido a que es un problema de salud mundial que va en aumento y acarreado otros problemas de salud. Tratando de intervenir de forma oportuna con planes de prevención, atención y educativos, tanto del paciente como de aquellos que conviven con el, para de esta forma disminuir lo máximo posible las consecuencia del mal control de esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. [Internet].; 2020 [citado 2020 08 20. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
2. Roneslys Martínez Martínez. Programa educativo de orientación nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del subcentro de salud de Huachi Grande. [Internet].; 2016 [citado 2020 Julio 14. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/4021>.
3. Leyder Milena Aránzazu Meneses, Carmen Anarte Ruiz, Angel Masoliver Forés, Enrique Barreda Forés. Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludable de los diabéticos tipo 2 de Benicasim (Castellón). [Internet].; 2018 [citado 2020 Julio 14. Disponible en: https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/primavera%202019/4_Diabetes%20V7%20N2.pdf.
4. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de Diabetes Mellitus 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019. [Internet].; 2019 [citado 2020 Julio 13. Disponible en: http://revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf.
5. Dra. Karina Cerezo Huerta. Funcionamiento ejecutivo y adherencia terapéutica en la diabetes mellitus tipo 2. [Internet].; 2018 [citado 2020 Mayo 04. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2018/ane183e.pdf>.
6. Gladys Mabel Maidana, Gladys Lugo, Zully Vera, Patricia Acosta, Macarena Morinigo, Dionisio Isasi, Patricia Mastroianni. Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. [Internet].; 2016 [citado 2020 Mayo 04.

- Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a11.pdf>.
7. Bach Solange Fabiola Barra Malig. Adherencia al tratamiento farmacológico oral de personas con diabetes mellitus en 7 localidades de la costa de Perú. [Internet].; 2018 [citado 2020 Mayo 04. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3737/Adherencia_BarraMalig_Solange.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 8. Elena Reyes-Flores, Raúl Trejo-Alvarez, Sabrina Arguijo-Abrejo, Abner Jiménez-Gómez, Andrea Castillo-Castro, Andrea Hernández-Silva, Luis Mazzoni-Chávez. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. [Internet].; 2016 [citado 2020 Mayo 04. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>.
 9. Idalia Murillo Sevillano. Diabetes mellitus. Algunas consideraciones necesarias. [Internet].; 2018 [citado 2020 Julio 10. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v16n4/ms20416.pdf>.
 10. Olatz Ibarra Barrezueta, Ramón Morillo Verdugo. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. [Internet].; 2017 [citado 2020 Julio 10. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf.
 11. Dr. Carlos González Salamea. Actualización en el manejo de prediabetes y diabetes tipo 2 en APS. [Internet].; 2018 [citado 2020 07 28. Disponible en: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/Actualdiabetes2018.pdf>.
 12. Dr. Bernardino Roca Villanueva. Impacto de un programa educativo en el control de la diabetes mellitus tipo 2. [Internet].; 2017 [citado 2020 08 11. Disponible en: https://www.tesisred.net/bitstream/handle/10803/442962/2017_Tesis_Fortea%20Altava_Milagros.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

13. Rosario Iglesias González, Lourdes Barutell Rubio, Sara Artola Menéndez, Rosario Serrano Martín. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. [Internet].; 2014 [citado 2020 07 28. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/ADA.2014.esp.pdf>.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y tratamiento de la diabetes mellitus tipo en la población mayor de 18 años. [Internet].; 2016 [citado 2020 08 11. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_637/GPC_diabetes/DIABETES_TIPO_2_COMPLETA.pdf.
15. Dr. Luis Fernando Vieira García, Ing. Ramiro Rogelio Rojas Jaramillo. Factores relacionados al incumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos que asisten al Centro de Salud "6 de Julio" en el periodo Abril-Agosto 2017. [Internet].; 2017 [citado 2020 08 10. Disponible en: <http://200.12.169.19/bitstream/25000/11936/1/T-UCE-0006-010-2017.pdf>.
16. Ortega Mora Irma Rocío. Factores vinculados a la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2, de cuatro consultorios del centro de salud Baba. Año 2018. [Internet].; 2018 [citado 2020 07 28. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12200/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-94.pdf>.
17. Belkis Vicente Sánchez, José Leonardo Bonilla Romero, Ernesto Vicente Peña, Miriam Costa Cruz, Gisela Zerquera. Percepción de riesgo de desarrollar diabetes mellitus en personas no diabéticas. [Internet].; 2016 [citado 2020 08 10. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/416/1489>.
18. José Javier Mediavilla Bravo. Complicaciones de la diabetes mellitus. [Internet].; 2001 [citado 2020 08 10. Disponible en:

[https://www.google.es/search?biw=1366&bih=657&sxsrf=ALeKk02pK9Utr--hCpcq5gebldok6yM7WQ%3A1597160806074&ei=Zr0yX9OKBKjU5gKj2qeIDg&q=Bibliograf%C3%ADa+%28J.J.+Mediavilla+Bravo.%E2%80%93+Complicaciones+de+la+diabetes+mellitus.+Diagn%C3%B3stico+y+tratamiento%](https://www.google.es/search?biw=1366&bih=657&sxsrf=ALeKk02pK9Utr--hCpcq5gebldok6yM7WQ%3A1597160806074&ei=Zr0yX9OKBKjU5gKj2qeIDg&q=Bibliograf%C3%ADa+%28J.J.+Mediavilla+Bravo.%E2%80%93+Complicaciones+de+la+diabetes+mellitus.+Diagn%C3%B3stico+y+tratamiento%28)

19. Ricardo Fabricio Torres Jumbo, Mabella Katherine Acosta Navia, Diego Armando Rodríguez Avilés, Mirella Katuiska Barrera Rivera. Complicaciones agudas de la diabetes tipo 2. [Internet].; 2020 [citado 2020 08 10. Disponible en: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/782/1210>.
20. Sociedad Española de Medicina Interna. Protocolos diabetes mellitus tipo 2. [Internet].; 2018 [citado 2020 08 22. Disponible en: https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/capitulo-7_5.pdf.
21. Fundación Red GDPS. Guía de diabetes tipo 2 para clínicos. [Internet].; 2018 [citado 2020 08 22. Disponible en: <https://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-para-clinicos/24-enfermedad-cerebrovascular-20180917>.
22. César Pineda Sarabia, Xóchitl Josefina Zarco Vite, María Luisa Ruiz Morales. Retinopatía diabética, una complicación descuidada. [Internet].; 2018 [citado 2020 08 20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2018/af182i.pdf>.
23. JORGE EDUARDO RICO FONTALVO. ENFERMEDAD RENAL DIABETICA. [Internet].; 2018 [citado 2020 08 21. Disponible en: <http://asocolnef.com/wp-content/uploads/2018/03/Cap%C3%ADtulo-%E2%80%93Nefropatia-Diabetica.pdf>.
24. American Diabetes Association. Nueva Guía 2019 sobre Diabetes (ADA). [Internet].; 2018 [citado 2020 08 21. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=93549>.

25. Mayra Elizabeth Cabrera Ramón. Adherencia y no adherencia terapéutica en pacientes hipertensos y/o diabéticos tipo 2, en el subcentro de salud de Motupe. [Internet].; 2014 [citado 2020 08 20]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/10688/1/TESES%20final%20CD.pdf>.
26. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. NOVEDADES DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LAS RECOMENDACIONES DE LA ADA 2020. [Internet].; 2019 [citado 2020 08 21]. Disponible en: https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/986/060420_101837_8586629872.pdf.
27. José Juan Ortega Cerda. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. [Internet].; 2018 [citado 2020 08 21]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20\(OMS\)%20define%20%E2%80%99Cadherencia,un%20prestador%20de%20asistencia%20sanitaria%E2%80%9D](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20(OMS)%20define%20%E2%80%99Cadherencia,un%20prestador%20de%20asistencia%20sanitaria%E2%80%9D).
28. Francisco Buitrago. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! [Internet].; 2011 [citado 2020 08 21]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-terapeutica-que-dificil-es-S0212656711002496>.
29. Neus Pagès-Puigdemont, M Isabel Valverde-Merino. Métodos para medir la adherencia terapéutica. [Internet].; 2018 [citado 2020 08 21]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000300163&lng=es&nrm=iso.
30. Maribel L. Limaylla, Norma J. Ramos. MÉTODOS INDIRECTOS DE VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO. [Internet].; 2016 [citado 2020 08 22]. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article>

/view/13635.

31. Yamila Ramos Rangel, Roilán Morejón Suárez, Maydelis Gómez Valdivia, María Elena Reina Suárez, Caridad Rangel Díaz, Yolanda Cabrera Macías. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [Internet].; 2017 [citado 2020 07 28. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/%20article/view/474/1578>.
32. Maidielis Castillo Morejón, Libertad Martín Alonso, Kenia Almenares Rodríguez. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [Internet].; 2017 [citado 2020 08 10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400006.
33. Bach. Enf. Dávila Soto Rosa Alvina, Bach. Enf. García Bustamante Noemí Antonia, Bach. Enf. Saavedra Huanuiri Karen Jannyne. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS MAYORES. [Internet].; 2013 [citado 2020 08 10. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3541/Rosa_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
34. Br. Brenda Lissette Salazar Prado, Br. Lebeth Sayda Zepeda Hernández. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Perla María Norori de la ciudad de León, Abril-Julio 2013. [Internet].; 2013 [citado 2020 08 10. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/6246/1/224525.pdf>.
35. María Cristina Ramírez García, Alejandra Anlehu Tello, Alfonso Rodríguez León. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. [Internet].; 2020 [citado 2020 08 10. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-

74592019000300383&lng=es&nrm=iso.

36. Md. Ortega Mora Irma Rocío. Factores vinculados a la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2, de cuatro consultorios del centro de salud Baba. Año 2018. [Internet].; 2018 [citado 2020 07 28. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12200/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-94.pdf>.
37. Karen Lisbeth Ochoa Campoverde. "FACTORES CORRELATIVOS Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DIABÉTICOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA. [Internet].; 2015 [citado 2020 08 10. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec:9001/jspui/bitstream/123456789/12487/1/TESIS%20-%20BIBLIOTECA.pdf>.
38. Nury Ximena Trejo Bastidas, Jairo Jesús Eraso Paredes, Heidy Johanna Contreras Martínez. Adherencia a la medicación de pacientes con diabetes mellitus en un programa de nefroprevención: una responsabilidad compartida. [Internet].; 2020 [citado 2021 Junio 18. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-87052020000100003&script=sci_abstract&tlng=en.
39. Blandine Tramunt, Sarra Smati, Naia Grandgeorge, Francoise Lenfant, Jean-Frnacois Arnal, Alexandra Montagner, Pierre Gourdy. Diferencias sexuales en la regulación metabólica y la susceptibilidad a la diabetes. [Internet].; 2019 [citado 2021 Febrero 20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31754750/>.
40. Patricia Bonilla-Sierra, Ana-Magdalena Vargas-Martínez, Viviana Davalos-Batallas, Fatima Leon-Larios, Maria-de-las-Mercedes Lomas-Campos. Enfermedades crónicas y factores asociados en adultos mayores en Loja, Ecuador. [Internet].; 2020 [citado 2021 Marzo 3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7312073/>.
41. Christie F. Zamora-Niño, André L. Guibert-Patiño, Tania De La

- Cruz-Saldaña, Ray Ticse-Aguirre, Germán Málaga. Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. [Internet].; 2019 [citado 2021 Abril 18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000200004.
42. Ministerio de Salud. Vigilancia de factores de riesgo y protección de enfermedades crónica, encuesta de enfermedades crónicas por teléfono. [Internet].; 2019 [citado 2021 Junio 14. Disponible en: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>.
43. Eleazar Enrique Montalvan Sanchez, Samuel Alejandro Urrutia, Aida Argentina Rodriguez, Gabriela Duarte, Axel Murillo, Ricardo Rivera, Andrea Alejandra Paredes Henriquez. Evaluación del riesgo cardiovascular en el entorno de recursos limitados del occidente de Honduras: una perspectiva epidemiológica. [Internet].; 2020 [citado 2021 Febrero 19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7154315/>.
44. María José Valenzuela, Bárbara Münzenmayer, Tomás Osorio, Marcelo Arancibia, Eva Madrid. Asociación entre síntomas depresivos y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: un estudio transversal. [Internet].; 2018 [citado 2021 Abril 25. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872018001201415&script=sci_arttext&tlng=en.
45. Belkis Sánchez Martínez, Vladimir Vega Falcón, Nairovys Gómez Martínez, Germania Elizabeth Vilema Vizuete. Estudio de casos y controles sobre factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores. [Internet].; 2020 [citado 2021 Febrero 20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202020000400156.
46. Carlos H. Orces, Carlos Lorenzo. Prevalencia de prediabetes y

diabetes en adultos mayores en Ecuador: Análisis de la encuesta SABE. [Online].; 2020 [citado 2021 Enero 30. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871402117303776>.

47. Helaine Aparecida Bonatto de Moraes, Sotero Serrate Mengue. Factors associated with glycemic control in a sample of individuals with Diabetes Mellitus taken from the Longitudinal Study of Adult Health, Brazil, 2008-2010. [Internet].; 2020 [citado 2021 Febrero 20. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fj%2Fress%2Fa%2FpqLff5Fw6tTzsss57pSMjFy%2F%3Fformat%3Dpdf%26lang%3Dpt&clen=290935&chunk=true>.
48. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) - Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. [Internet].; 2019 [citado 2021 Julio 16. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf.
49. Ana Paula Della Nina de Oliveira, Emanuella Gomes Maia, ; Flávia Moraes Silva, Ana Paula Bortoletto Martins, Rafael Moreira Claro. Mejoras necesarias en la prevención y el tratamiento de la diabetes en Brazil. [Internet].; 2018 [citado 2021 Junio 18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6292142/>.
50. Cielito del Rosario Betancourt Jimbo, Katuska Figueredo Villa, Mayra Carola León Insuasty, Luis Alfredo Moreno Plaza. Proceso de adaptación en pacientes diabéticos. [Internet].; 2021 [citado 2021 Julio 20. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2661-67422021000100043.
51. María Cristina Ramírez García, Alejandra Anlehu Tello, Alfonso Rodríguez León. Factores que influyen en el comportamiento de

- adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. [Internet].; 2019 [citado 2021 Junio 20. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-74592019000300383&script=sci_arttext.
52. Ahmed José Pomares Avalos, Rocío Jorge González, Yuslemi Alfonso Trujillo, Marian Amanda Vázquez Núñez. Adherencia terapéutica y bienestar subjetivo en pacientes con diabetes mellitus tipo II. [Internet].; 2019 [citado 2021 Julio 20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342019000300221.
53. Jacqueline A. Seiglie, Maja-Emilia Marcus. Prevalencia de la diabetes y su relación con la educación, la riqueza y el IMC en 29 países de ingresos bajos y medios. [Internet].; 2020 [citado 2021 Julio 18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7085810/>.
54. Rofilia Ramirez-Ramirez, Percy Soto-Becerra. Dependencia funcional y diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores afiliados al Seguro Social de Salud del Perú: análisis de la ENSSA-2015. [Internet].; 2020 [citado 2021 Julio 22. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172020000400426&script=sci_arttext&tlng=en.
55. Cristina Aguayo-Mazzucato, Paula Diaque. Comprender la creciente epidemia de diabetes tipo 2 en la población hispana que vive en los Estados Unidos. [Internet].; 2018 [citado 2021 Julio 22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6953173/>.
56. Bruno Alessandro Farías-Vílchez, Darío Bardales Ruíz. Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento en pacientes del hospital Reátegui de Piura, Perú. [Internet].; 2021 [citado 2021 Julio 28. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172021000100034&script=sci_arttext&tlng=pt.

57. Pérez Pavón Abel, López Espinosa Raul A, Garrido Pérez Silvia M G. Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México. [Internet].; 2018 [citado 2021 Julio 28. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2018/wax1818d.pdf>.
58. Paul A. Camacho, Diego Gomez-Arbelaez. Prevalencia autoinformada de enfermedades crónicas no transmisibles en relación con factores socioeconómicos y educativos en Colombia: un estudio comunitario en 11 departamentos. [Internet].; 2020 [citado 2021 Julio 28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7218792/>.
59. Pablo Martinez-Perez, Domingo Orozco-Beltrán,. Validación y propiedades psicométricas de la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 ítems (MMAS-8) en pacientes con diabetes tipo 2 en España. [Internet].; 2020 [citado 2021 Agosto 02. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7844132/pdf/main.pdf>.
60. Guillermo Guzmán, Andrea Arce. Adherencia al tratamiento farmacológico y control glucémico en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. [Internet].; 2018 [citado 2021 Agosto 04. Disponible en: https://www.revistaalad.com/files/alad_8_2018_1_035-043.pdf.
61. Linda M. Mobula, Fred Stephen Sarfo. Predictores del control glucémico en la diabetes mellitus tipo 2: evidencia de un estudio multicéntrico en Ghana. [Internet].; 2018 [citado 2021 Agosto 05. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2588930318300112>.
62. Rebecka Husdal, Eva Thors Adolfsson, Janeth Leksell. Asociaciones entre las características de la calidad del trabajo en la

atención primaria de salud y el control glucémico en personas con diabetes mellitus tipo 2: una encuesta a nivel nacional. [Internet].; 2019 [citado 2021 Agosto 10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751991818302778>.

63. Marilia B. Gomes, Wolfgang Rathmann, Bernard Charbonnel. Treatment of type 2 diabetes mellitus worldwide: Baseline patient characteristics in the global DISCOVER study. [Internet].; 2019 [citado 2021 Agosto 12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822718317455#t0005>.

64. Iliana Graetz, Jie Huang. Asociación de acceso al portal móvil para pacientes con adherencia a la medicación para la diabetes y niveles glucémicos entre adultos con diabetes. [Internet].; 2020 [citado 2021 Agosto 12. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/article-abstract/2761257>.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha:

Yo: _____; con CI: _____; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, cuyo tema es **“Adherencia al tratamiento en pacientes de 20 años y más con diabetes mellitus tipo 2 en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saucos 3. Año 2021”**. He recibido la información por el médico: María Rosario Pulla Pulla posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 0704727767 y número de teléfono: 0986425994.

- Declaro que he recibido la información completa sobre la investigación y acepto participar en la misma.
- Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
- La investigación consistirá en la aplicación de un cuestionario de preguntas, análisis de laboratorio.
- El tiempo que dedicaré a la investigación es de tres horas aproximadamente.
- Conozco que mi identidad personal no será revelada a personas ajenas a la investigación.
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura.
- Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de esta en general, si así lo deseo.

Para constancia de lo mencionado, firmo el presente CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de

formular inquietudes y comprendiendo las respuestas recibidas de las mismas.

Nombre y Apellido del/a participante:

Firma: _____ C.I: _____

INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

ANEXO 2: ENCUESTA DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Estimado (a) paciente agradezco de antemano su valioso aporte al participar en la presente investigación: Adherencia al tratamiento en pacientes de 20 años y más con Diabetes mellitus tipo 2 en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Sauces 3 en el Año 2021. Al leer cada una de las preguntas, concentre su atención de manera que la respuesta que emita sea fidedigna y confiable.

No hace falta su identificación personal en el instrumento, solo es de interés los datos que pueda aportar de manera sincera y la colaboración que pueda brindar para llevar a cabo la presente recolección de información que se plantea.

Por favor marque con una X la respuesta que considere correcta según las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es su edad?

2. ¿Cuál es su sexo?

Masculino ()

Femenino ()

3. ¿Cuál es su etnia?

Indígena () Afro ecuatoriano/a () Negro/a () Mulato/a ()

Montubio/a () Mestizo/a () Blanco () Otro ()

4. ¿Cuál es su escolaridad?

Ninguna (analfabetismo) () Primaria sin terminar ()

Primaria ()
Bachiller ()
Posgrado ()

Secundaria ()
Universidad ()

5. ¿Cuál es su ocupación?

Empleado público () Empleado privado () Cuenta propia ()
Ama de casa () Trabajadora no remunerada () Estudiante ()
Jubilado () Desempleado () Otra ()

6. ¿Cuál es su ingreso económico?

Adecuado (84,49 USD) () Pobreza (84,48 a 47,62 USD) ()
Pobreza extrema (menos de 47,62 USD) ()

7. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero/a () Unión libre () Casado/a () Separado/a ()
Divorciado/a () Viudo/a ()

ANEXO 3: TEST DE MORISKY-GREEN PARA IDENTIFICAR SI ES O NO ADHERENTE

Por favor marque con una X en la casilla que está la respuesta de sí o no en la que considere su respuesta correcta:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No

**ANEXO 4: RECOGIDA DE VALORES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA
REALIZADAS A CADA PACIENTE**

Valores: Controlado = o < 6.9 % ()

Valores: No controlado = o > 7 % ()



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Pulla Pulla María Rosario**, con C.C: # **(0704727767)** autor/a del trabajo de titulación: **Adherencia al tratamiento en pacientes de 20 años y más con diabetes mellitus tipo 2 en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sauces 3. Año 2021.** Previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 20 de noviembre de 2021

f. _____

Nombre: **Pulla Pulla María Rosario**

C.C: **0704727767**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Adherencia al tratamiento en pacientes de 20 años y más con diabetes mellitus tipo 2 en dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sauces 3. Año 2021.		
AUTOR(ES)	María Rosario Pulla Pulla		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Darío Mesías Ortiz Hidalgo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	dd/mm/aa	No. DE PÁGINAS:	78
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Endocrinología		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	diabetes mellitus tipo 2, enfermedad crónica, cumplimiento y adherencia al tratamiento, /tratamiento farmacológico.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Antecedentes: La adherencia terapéutica es clave para un buen control de la diabetes mellitus tipo 2 para evitar fracasos terapéuticos, ingresos hospitalarios e incremento de los costos sanitarios. Actualmente se dispone de una amplia variedad de test de valoración indirecta de cumplimiento terapéutico, entre estos el más utilizado ha sido de test de Morisky-Green, para medir el grado de adherencia; para así definir si es o no adherente. Métodos: Estudio de nivel descriptivo, de tipo observacional, prospectivo, transversal; que incluyó a 81 pacientes de 20 años y más con diabetes mellitus tipo 2 de dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Sauces 3 en el Año 2021. La información se obtuvo a través de una encuesta y la utilización del test de Morisky-Green. Resultados: 81 encuestados con diabetes mellitus tipo 2, se adhiere 48,1%, no se adhiere 51,9%, controlado 46,9%, no controlado 53,1%, 65-69 años (23,5%), sexo femenino 63%, mestizo 91,3%, bachillerato 37%, ama de casa 49,4%, ingreso adecuado 86,4%, casado 46,9%. Conclusiones: predomina el grupo etario de 65-69 años, el sexo femenino, la etnia mestiza, la instrucción bachillerato, la ocupación ama de casa, el ingreso económico adecuado, el estado civil casado/a, la no adherencia y no controlado.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-986425994	E-mail: mary85pp@gmail.com, mary_85p@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: +593-4-3804600 ext: 1830 - 1811		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			