

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA



**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SUS
COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II
ATENDIDOS EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE ENFERMEDADES NO
TRANSMISIBLES DE UN HOSPITAL DE FERREÑAFE, 2019”**

Para optar el título de MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

Bach. JEAN CARLOS AGUILAR MALDONADO

ASESOR:

Dr. MARCIAL CABRERA RAMÍREZ

CHICLAYO-PERU

2020

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA



**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SUS
COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II
ATENDIDOS EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE ENFERMEDADES NO
TRANSMISIBLES DE UN HOSPITAL DE FERREÑAFE, 2019”**

Para optar el título de MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

Bach. JEAN CARLOS AGUILAR MALDONADO

ASESOR:

Dr. MARCIAL CABRERA RAMÍREZ

CHICLAYO-PERU

2020

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

En Chiclayo a los 25 días, del mes de Febrero del 2020, ante el Jurado constituido por:

PRESIDENTE : DR. VELASQUEZ UCEDA RICARDO
SECRETARIO : DR. BACA DEJO FRANCISCO
VOCAL : DR. CARRANZA VERA FARHID AYMEE

La graduada:

BACH. AGUILAR MALDONADO JEAN CARLOS

Sustentó la Tesis Titulada: "ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SUS COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DE UN HOSPITAL DE FERREÑAFE, 2019".

Para optar el Título de Médico Cirujano, obteniendo el calificativo de:

excelente

Comentario:




PRESIDENTE
DR. VELASQUEZ UCEDA RICARDO


SECRETARIO
DR. BACA DEJO FRANCISCO


VOCAL
DR. CARRANZA VERA FARHID AYMEE

DEDICATORIA

A Dios,

Esta Tesis se la dedico a Dios, quién guió mis pasos por el buen camino, dándome las fuerzas para seguir adelante y no desmayarme en los problemas que se presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades, sin perder nunca la dignidad, ni desfallecer en el intento.

A mi madre, **Esther** y a mi padre, **Carlos**

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

Jean Carlos

AGRADECIMIENTO

A mi alma mater, la Universidad Particular de Chiclayo, Facultad de Medicina y Odontología, en especial a mis docentes de la Escuela de Medicina por haberme formado como médico cirujano creativo, competitivo y humano.

Al Dr. Marcial Cabrera Ramírez, por su tiempo dedicado en el asesoramiento y apoyo constante en la realización de esta tesis.

El autor

INTRODUCCIÓN:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2016 el mundo contaba con 171 millones de personas diabéticas y se espera que para el año 2030, la suma se incremente a 366 millones. En el Perú según el Ministerio de Salud la Diabetes Mellitus ha cobrado la vida de 1,836 peruanos en el año 2016, siendo la décimo tercera causa de mortalidad en el país; como enfermedad crónica degenerativa constituye un problema de salud pública, debido al riesgo a incrementar la tasa de mortalidad, sea por sus complicaciones (neuropatía, nefropatía, ulceraciones, amputaciones de los miembros, entre otros), y/o por el aumento del riesgo coronario y cerebrovascular a consecuencia de un acelerado proceso de aterosclerosis. Así también la falta de adherencia al tratamiento es un problema sumamente relevante en enfermedades crónicas como la diabetes, porque va a conllevar a altos costos para el paciente y la sociedad, debido a las secuelas físicas producidas por complicaciones agudas y/o crónicas, así como costos de rehabilitación, pérdida de productividad, entre otros.

Todo esto generó una serie de cambios en la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad; cambios como los estilos de vida, cambios a nivel físico, económico, psicológico, social, entre otros, y que tienen que ser afrontados por el paciente diabético a fin de controlar los factores que pueden desencadenar en complicaciones y retardar el proceso de recuperación.

La investigación consta de 5 capítulos que se detallan a continuación:

CAPÍTULO I: Describe el problema de investigación, el cual contiene el planteamiento del problema comparándola con realidades a nivel mundial, nacional, regional, formulación del problema, los objetivos, justificación y limitaciones de la investigación.

CAPÍTULO II: Contiene el marco teórico, donde se detallan los antecedentes del estudio a nivel internacionales, nacionales y locales relacionados con el tema a investigar, bases teóricas, planteamiento de las hipótesis y además se describen las variables de estudio.

CAPÍTULO III: Se presentó la metodología que contiene el tipo de estudio y diseño de la investigación, descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, el plan de recolección y procesamiento de datos.

CAPÍTULO IV: Se presentó los resultados de la investigación en tablas y gráficos respectivamente.

CAPÍTULO V: Se presentó la discusión y análisis de los resultados, además de las conclusiones y recomendaciones. Y por último las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y sus complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la Intervención Estratégica de Enfermedades No Transmisibles de un hospital de Ferreñafe, 2019.

METODOLOGÍA: Se desarrolló un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo, de corte transversal; el diseño fue correlacional simple, la muestra lo constituyó 110 pacientes, muestreo no probabilístico por conveniencia. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario, el cual consta de preguntas abiertas y cerradas, y para determinar la adherencia, el Test de Morisky Green.

RESULTADOS: La edad promedio fue de 27.27 años. El género femenino predominó 63.64%, la mayoría eran casadas 49.10%, el grado de instrucción fue secundaria completa 63.64%; nivel económico bajo con 50.91%. Las complicaciones más frecuentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son: nefropatías con un 35%, seguido de retinopatías con un 32.5%. Las complicaciones se presentan con mayor incidencia en pacientes no adherentes al tratamiento farmacológico un 72.72%; así mismo, el grupo que no tiene complicaciones son los adherentes con 83.33%. Los antecedentes familiares a la diabetes es el del padre con un 58.18%. Tipo de tratamiento predominante es la monoterapia (metformina) con un 72.73%, seguido de la Glibenclamida con un 20%.

CONCLUSIÓN: el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos es bajo y las complicaciones se presentan con mayor frecuencia en pacientes no adherentes al tratamiento.

Palabras clave: Adherencia - Tratamiento farmacológico - Diabetes mellitus tipo 2

INDICE:

Dedicatoria.....	pág. 1
Agradecimiento.....	pág. 2
Introducción	pág. 3
Resumen	pág. 5
Abstract	pág. 5
Índice	pág. 6

PARTES PRINCIPALES

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	pág. 9
1.1. Realidad Problemática	pág. 9
1.1.1. A nivel internacional	pág. 9
1.1.2. A nivel nacional	pág. 10
1.1.3. A nivel Local	pág. 11
1.2. Formulación del Problema	pág. 11
1.2.1. Problema General	pág. 11
1.2.2. Problemas Específico	pág. 12
1.3. Delimitación de la Investigación	pág. 12
1.4. Planteamiento del Problema.....	pág. 12
1.5. Justificación e Importancia	pág. 14
1.5.1. Justificación	pág. 14
1.5.1.1. Científica	pág. 14
1.5.1.2. Social	pág. 15
1.5.1.3. Económica	pág. 15
1.5.2. Importancia	pág. 16
1.6. Limitaciones de la Investigación	pág. 16
1.7. Objetivos de la Investigación	pág. 17
1.7.1. Objetivo General	pág. 17
1.7.2. Objetivo Específico	pág. 17

CAPITULO II

2. <u>MARCO TEÓRICO-CIENTÍFICO</u>	pág. 17
2.1. Antecedentes de la Investigación	pág. 17
2.2. Base Teórico - Científico	pág. 22
2.3. Marco de Referencia	pág. 34
2.3.1. Marco Teórico	pág. 34
2.3.2. Marco Conceptual	pág. 35
2.3.3. Marco Histórico	pág. 36
2.3.4. Marco Normativo	pág. 37
2.4. Hipótesis	pág. 37
2.4.1. Hipótesis General	pág. 37
2.4.2. Hipótesis Específicas	pág. 37
2.5. Variables	pág. 38
2.5.1. Identificación de Variables	pág. 38
2.5.1.1. Variable independiente	pág. 38
2.5.1.2. Variable dependiente	pág. 38
2.5.2. Variable Interviniente	pág. 38
2.6. Definición de las variables	pág. 38
2.6.1. Definición Conceptual	pág. 38
2.6.2. Definición Operacional	pág. 38
2.7. Operacionalización de Variables	pág. 40
2.8. Matriz de Consistencia	pág. 42

CAPITULO III

3. <u>MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN</u>	pág. 46
3.1. Tipo de Investigación	pág. 46
3.2. Diseño de Investigación / Contrastación de la Hipótesis	pág. 46
3.3. Población y Muestra	pág. 46
3.4. Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos	pág. 47

3.5. Análisis de estadísticos y representación de los resultados	pág. 50
--	---------

CAPITULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	pág. 51
4.1. Presentación de Análisis de la Información	pág. 51
4.2. Discusión de los Resultados	pág. 59

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA DE LA INVESTIGACIÓN	pág. 63
Conclusiones	pág. 63
Recomendaciones	pág. 64
Referencias Bibliográficas	pág. 65
Anexos	pág. 68

I. CAPITULO:

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Realidad problemática:

1.1.1 Realidad Internacional:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el número de casos de personas con diabetes mellitus tipo 2 se ha ido incrementándose y se espera que para el año 2030, se llegue a 366 millones de pacientes, el 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos; en Estados Unidos, se diagnostican anualmente 800,000 nuevos casos, siendo frecuente en ancianos, pues más del 50% de las personas mayores de 65 años padece algún grado de intolerancia a la glucosa. En América Latina y el Caribe se estima que 19 millones de personas padecen de Diabetes y que para el año 2025 esta cifra ascenderá a 40 millones (1)

Estudios realizados en México llegaron a la conclusión que el grupo de pacientes, una mayor cantidad de ellos presentaban obesidad, niveles altos de glicemia; y que ante ello mostraban un pobre control de su enfermedad y una moderada afección de su calidad de vida; donde la dimensión más adversamente afectada fue la satisfacción con el tratamiento, seguida de la preocupación por los efectos del futuro y el impacto de la enfermedad.(1)

1.1.2 Realidad Nacional:

En el Perú según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2017 había 754 mil peruanos diabéticos presumiéndose que para el año 2030 la cifra llegará a 1'961,000 personas con dicha enfermedad. La prevalencia en el Perú es del 1 al 8% de la población general, encontrándose Piura y Lima como los departamentos más afectados 2.5%. (2)

En la Encuesta Nacional de Hogares 2013; en Lima Metropolitana el 84,8% de las mujeres mayores de 60 años tenían problemas de salud crónica (artritis, hipertensión, asma, reumatismo y diabetes) y en el caso de los hombres adultos el 67,8% padecen de enfermedad crónica similar.(2)

En el año 2011 La universidad Cayetano Heredia, observo que la prevalencia de diabetes en Lima era mayor que en cualquier otro departamento del Perú 7,6%, debido al desordenado estilo de vida en las poblaciones urbanas; según datos del consultorio externo de Endocrinología del hospital Nacional Cayetano Heredia, la diabetes es la enfermedad más frecuente que asisten a consulta y hospitalización corresponde al 40% de pacientes con diabetes tipo 2. Así, la diabetes tipo 2 constituye el 95% de la población atendida por dicha enfermedad. También ese mismo año el hospital presento casos de morbi-mortalidad de diabetes mellitus tipo 2; 918 casos entre las edades de 30 -59 años y 863 casos de diabetes mellitus en personas de 60 años. 6 La provincia de Lima está constituida por 42 distritos, siendo uno de ellos el Distrito de San Martín De Porres, según estimaciones oficiales del Instituto Nacional de Estadística (INEI) alcanza a 646,191 habitantes, de la cual 4 397,900 de los habitantes está conformado por edades de 15 – 64 años y de 65 años a más 37,379 de habitantes.(3)

1.1.3 Realidad Local:

En cuanto al ámbito de nuestra provincia, Chiclayo, en el 2019 la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque, en la S.E N°44 registró 749 casos de pacientes con Diabetes Mellitus, siendo los distritos con mayor número de casos: Chiclayo, José Leonardo Ortiz, la Victoria, Pomalca y Lambayeque. El mayor porcentaje de casos se presentaron en individuos de 50 años a más, siendo el sexo femenino el más frecuente. El tipo de diabetes que afecta mayormente es la de tipo II con el 97% y el 2% corresponde a diabetes tipo I. La complicación crónica de mayor frecuencia es la neuropatía periférica, pie diabético sin amputación y la nefropatía diabética y retinopatía no proliferativa.

En el centro de salud José Leonardo Ortiz; durante las consultas de enfermería, se evidencio que los pacientes no logran mantener los niveles de glucosa , manifestaron que al recibir el diagnóstico médico al principio negaron la magnitud de su enfermedad, expresaron que se sienten tristes, decaídos, con cierto grado de indiferencia; sin embargo algunos de ellos aceptan la enfermedad, pero no son conscientes algunas veces de su cuidado porque se les hace difícil cumplir con el tratamiento tales como régimen alimenticio, actividad física, control sobre su salud. Así mismo relacionan el padecimiento con términos tales como: “incurable”, “incapacidad”, “grave”, refiriendo tener miedo a las complicaciones futuras, tales como neuropatías, retinopatías, nefropatías, cardiopatías.(4)

1.2 Formulación del problema:

1.2.1 Problema General:

¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y sus complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la Estrategia Sanitaria de Enfermedades No Transmisibles de un hospital de Ferreñafe, 2019?

1.2.2 Problemas Específicos:

- 1) ¿Cuáles son los factores sociodemográficos y culturales que asocian en el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?
- 2) ¿Cuál es el esquema terapéutico individualizado que influye en la adherencia al tratamiento?
- 3) ¿Cuál es la relación de la adherencia y la no adherencia al tratamiento farmacológico y las complicaciones?

1.3 Delimitación de la Investigación:

La Diabetes mellitus de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos a nivel mundial y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

La causa de la Diabetes mellitus es multifactorial y su origen puede variar según el tipo de Diabetes mellitus.

La detección y el diagnóstico precoz permiten la identificación de las personas en situación de riesgo (de modo que se pueden llevar a cabo las medidas preventivas, sobre todo la modificación del estilo de vida) y de aquellos con enfermedad temprana (lo que dar lugar a iniciar el tratamiento).(5)

1.4 Planteamiento del Problema:

Las enfermedades crónicas, también conocidas como Enfermedades No Transmisibles, son principalmente las enfermedades

cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes; y representan la mayor causa de muerte prematura y de discapacidad en la mayoría de los países de las Américas". El Perú no es una excepción ya que las enfermedades no transmisibles son una de las principales causas de años de vida saludables perdidos.(6)

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es un trastorno poligénico con una fuerte influencia ambiental, tal como la obesidad y la edad avanzada. En los últimos años, la DM2 se ha convertido en un flagelo para la humanidad por la elevada morbilidad asociada con esta enfermedad, pese a los avances tecnológicos y terapéuticos, aún no se ha logrado controlar los aspectos metabólicos involucrados, y de esta forma mejorar la calidad de vida y prolongar la sobrevida de estos pacientes. (7)

La DM2 es una enfermedad metabólica de aparición progresiva que se debe a la resistencia de la acción de la insulina sobre sus receptores celulares y/o a la disminución de su secreción pancreática lo que origina hiperglicemia, la cual, se depositará a nivel microvascular y será responsable de los cambios crónicos que padecerán posteriormente si la historia natural de la enfermedad no ha sido controlada.(7)

De acuerdo a los reportes el futuro no es muy esperanzador para nuestro país, porque con la mitad de la población adulta y la cuarta parte de la población infantil en sobrepeso/obesidad, un millón de personas actualmente con diabetes y los más de 2 millones de pre-diabéticos seguirán aumentando, ya que el manejo de esta epidemia incontrolable del siglo XXI, pasa por la detección y tratamiento temprano de las personas en alto riesgo para tener diabetes. Estos grupos como lo son las personas con sobrepeso/obesidad, antecedentes familiares de diabetes, hipertensión, hipertrigliceridemia, adultos mayores y mujeres con diabetes gestacional, deberían ser abordados por un programa de prevención principalmente en el nivel primario, situación que no se da actualmente en nuestro sistema público de salud.(7)

La DM2 ha tomado un rol protagónico en las estrategias nacionales de salud por su gran impacto en la morbilidad y mortalidad de la población peruana. El nivel de conocimiento de las personas con respecto a su enfermedad podría representar una limitante para el adecuado control metabólico al influir sobre la adherencia (7)

Muchos de los pacientes con este problema tienen desconocimiento en relación a la enfermedad y su autocuidado de allí que el desconocimiento de la enfermedad y de las prácticas del cuidado de sí mismo es la causa principal para que el paciente con diabetes demuestre una actitud negativa ante las complicaciones inherentes a la enfermedad. Si partimos que un nivel elevado de conocimiento sobre la salud, permite una mayor capacidad para entender y procesar el material relacionado con el cuidado de la salud y los servicios necesarios para tomar decisiones adecuadas sobre el cuidado de ésta. Mientras que las personas con un nivel bajo de conocimiento sobre salud tendrán más dificultades para desenvolverse en su vida cotidiana personal y familiar.(7)

Si sabemos que la DM2 es una enfermedad que requiere un tratamiento farmacológico y no farmacológico para su mantenimiento metabólico y adopción de un estilo de vida saludable, siendo una de las características de esto último, la adherencia al tratamiento farmacológico. (7)

1.5 Justificación e importancia de la investigación

1.5.1 Justificación:

1.5.1.1 Científica:

El tratamiento que tiene las enfermedades crónicas, específicamente en la DM2 guardan relación con diversos factores que influyen en la adherencia farmacológica y no farmacológica, El incumplimiento terapéutico representa un importante problema que afecta a las

enfermedades crónicas degenerativas como lo es especialmente la Diabetes.

Los resultados del presente estudio permitió determinar los factores para lograr un tratamiento más efectivo, lograr que la adherencia sea adecuada e inclusive poder realizar intervenciones en beneficio de los pacientes.(8)

1.5.1.2 Social:

Muy a nuestro pesar se demostró que en los últimos años en el Perú el número de casos de Diabetes en los diferentes estratos poblacionales ha ido en aumento bordeando el 45%, muy en especial en los grupos más vulnerables pobres lo que significa indicador de pobreza, es decir, un impacto negativo socialmente.(9)

Ferreñafe es una provincia con 5 distritos, cuya población tiene ascendencia de la sierra incahuasina, quechua hablante, con poca continuidad a sus controles médicos periódicos, afincados a zona rural; donde las costumbres sanitarias son ancestrales como la medicina tradicional; entre otros. Bajo ese panorama los responsables de las estrategias sanitarias del Hospital Referencial de Ferreñafe hacen los mejores esfuerzos para su detección, control y manejo de las diferentes enfermedades; así como, de la promoción de la salud. Es así, que la Estrategia Sanitaria de Enfermedades No Transmisibles se involucra para atender los casos más frecuentes como lo son las enfermedades cardiovasculares, oncológicas, Diabetes, entre otras.

1.5.1.3 Económica:

Los pacientes con Diabetes mellitus Tipo 2 presentaron complicaciones con lo que aumenta los costos en los servicios hospitalarios, pues se requieren más recursos, materiales y humanos, para poder atender estos casos consecuentemente se incrementa el uso de medicamentos,

el tiempo de hospitalización en los servicios y en unidades de cuidados intensivos cuando este se requiera.(10)

Esto ha obligado que el estado a través de los gobiernos de turno implemente programas de soporte social como, por ejemplo: pensión 65, vaso de leche, implementación de clubes de madres para los desayunos, almuerzos y cenas populares, programa juntos, programa Wawa wasi, Cuna más, PRONOEI, beca 18, entre otros. Cuyos beneficiarios deben de cumplir los requisitos de controles médicos, nutricionales y educativos.(11)

1.5.2 Importancia:

Esta investigación es importante porque se determinó el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico normado por el ministerio de salud en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a su atención, ya que consideramos que es de suma importancia evaluar al paciente como preventivo, el cual nos ayudará a evitar complicaciones futuras, respectivamente.

1.6 Limitaciones de la investigación:

A pesar de haber realizado las coordinaciones y autorizaciones correspondientes, ante la Dirección y la Oficina de Capacitación y Docencia en las fechas oportunas; la respuesta fue muy tardía; debido a la coyuntura de cambio de autoridades desde el Gobierno Regional, Gerencia Regional de Salud y luego de la Dirección del hospital en estudio.

Finalmente, se consideró otra limitación la poca literatura que se tiene para la de elaboración de antecedentes locales.

1.7 Objetivos de la Investigación:

1.7.1 Objetivos General:

Determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y sus complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la Estrategia Sanitaria de Enfermedades No Transmisibles de un hospital de Ferreñafe, 2019.

1.7.2 Objetivos Específicos:

1. Determinar los factores socios demográficos y culturales que asocian en el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la población sujeto a estudio.
2. Identificar si un esquema terapéutico individualizado influye en la adherencia al tratamiento en población sujeto a estudio.
3. Relacionar la adherencia y la no adherencia al tratamiento farmacológico y las complicaciones en la población sujeto a estudio.

II. CAPITULO: MARCO TEÓRICO – CIENTÍFICO

2.1 Antecedentes de la Investigación:

INTERNACIONAL:

Morales (Nicaragua, 2007) realizó un estudio descriptivo de corte transversal para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los

pacientes diabéticos. Concluye que el nivel de conocimiento de los pacientes diabéticos en relación al concepto de DM2 y sus complicaciones es regular. A nivel de la actitud, los primeros aceptan su enfermedad y tienen una actitud positiva no les incomoda hablar de su enfermedad, ni tampoco se consideran diferentes al resto de las personas, lo contrario sucede con los grupos focales que no aceptan su enfermedad y se consideran diferentes, por lo tanto, su actitud es negativa. La motivación y aceptación de su enfermedad es fundamental para el buen control de la DM2. (12)

Aguilar y Espinoza (Cochabamba-Bolivia, 2006) realizaron un estudio transversal descriptivo en 68 pacientes con DM2 hospitalizados. Su serie fueron mujeres en 71% y mayores de 51 años el 80%. Reportan que 85% no tenían educación y práctica dietética diabética adecuada, 85% sin hábitos de ejercicios físico, 53% con alteración del perfil lipídico (trigliceridemias), 73% con sobrepeso y diferentes grados de obesidad, 38% con hemoglobina glicosilada altas y en 35% bueno.(13)

Cruz A. (México , 2015). En su estudio Adherencia al tratamiento farmacológico de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Obtuvo que el 50% era adherente al tratamiento farmacológico encontrándose muy similar.(14)

Misael M. y Col (México, 2016). Realizaron un estudio características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados por complicaciones agudas de la DM2 al servicio de urgencias del Hospital General de Atizapán, de la ciudad de México. Se obtuvo un 52% en las complicaciones de DM2.(15)

Sapunar J (Chile, 2016). En su investigación Epidemiología y complicaciones de la diabetes mellitus en Chile. Se obtuvo un 45 %.(16)

Prompers et al (Ecuador , 2017). en su investigación Antecedentes y complicaciones frecuentes en DM2, donde se obtuvo como resultado que el 22% tiene de pie diabético.(17)

Lustman P., Clouse G. (Ecuador, 2017). En su estudio Complicaciones de vasculares en pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2, donde se obtuvo como resultado que solo el 45 % sufre de nefropatías.(18)

Terechenko N. et al (Cuba, 2015). En su estudio Complicaciones en no adherentes al tratamiento en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II en Instituciones de Asistencia Médico Colectivas de la ciudad de Carmelo, 2014, obteniéndose que 56% sufre de complicaciones. (19)

Dávila R. (España, 2013). Realizó una investigación sobre asociación complicaciones y la no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, donde se concluyó que el 69% tiene complicaciones y se asocia a la no adherencia. (20)

Ramo Y. et al. (Colombia, 2016). A través de su estudio sobre Factores sociodemográficos relevantes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Obtuvo como resultado que un 63 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 solo tienen nivel primario, procedente de las zonas rurales en personas de 20 – 40 años con un 90%.(21)

Pascacio G. (Brasil, 2016). En su investigación sobre aspectos sociodemográficos de la Diabetes mellitus tipo 2, encontraron que la edad promedio de los pacientes con DM tipo 2 fue de 54.9 años, predominantemente, con solamente el 31.2% de adultos mayores (edad >60 años), un 40% el grado de instrucción es del nivel secundario, con una situación económica del 54% bajo.(22)

Martínez D. (Venezuela, 2016). Realizó un estudio sobre la importancia de la adherencia y factores sociodemográficos de pacientes con diabetes

mellitus tipo2. Se concluye que el 95% son personas procedentes de la zona rural, un nivel económico bajo con un 45%, que solo tienen nivel primaria un 65%.(23)

Zamora A. (Cuba, 2014). En su estudio sobre la Diabetes, encuentra que el tiempo de enfermedad que predomina es mayor de 10 años con un 38.6%, seguido de los que tienen entre 5 a 10 años con un 34.3% y con menor frecuencia los que tenían menos de 01 año de enfermedad con 1.4%; por otro lado, los antecedentes familiares con diabetes que predomina la madre con un 40 %.(24)

Pabón Y. (Venezuela, 2015). En un estudio realizado Diabetes mellitus – tiempo de la enfermedad y antecedentes, se concluye que el tiempo de enfermedad que predomina es de 8 años con un 62%, y que los antecedentes familiares con DM2 es de la madre con un 50.32%.(25)

Suárez A. et al (España, 2016). Realizó una investigación sobre Signo y síntomas que se presentan en la DM2 y que factores influyen de acuerdo al peso y talla del paciente. Tiene como resultados que el peso predominante es de < 65 kg con un 48%, en talla >1.64 con un 45%, y los signos con mayor frecuencia es la polidipsia con un 55.9%.(26)

Lindström J. (Brasil, 2014). realizó un estudio sobre prevención, signos y síntomas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 , el cual se obtuvo como resultado que un 50% tienen entre 50 – 62 kg, con una talla > 1.62 con un 35% , en la cual se produjo con mayor frecuencia la polidipsia con un 40% (27).

Sosa F. (Cuba, 2017). Realizó estudios sobre el factor relacionado con el tratamiento que influye en la adherencia terapéutica, obteniendo como resultado que el tratamiento más frecuente fue la metformina como monoterapia (61.4%), seguido del esquema combinado de metformina más glibenclamida (22.9%) (28).

Cefalu W. (Cuba, 2016). Se realizó un estudio de investigación Tipos de tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 – Estadísticas, recomienda como tratamiento inicial de elección, la metformina, con un 50% como tipo de tratamiento predominante (29).

Handelsman A. (Cuba, 2015). Se realizó un estudio Tipo de tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo2 – Medicamentos. Se obtuvo que el 80% de pacientes con DM2 es predominante la monoterapia (metformina) (30).

Palop A. (España, 2015). En su investigación adherencia en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, se obtuvo como resultado que el 80% aún tienen desconocimiento sobre la enfermedad (31).

Duran M. (España, 2017). Adherencia y apego a la adherencia en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, donde se concluye que el 56% son adherentes en pacientes con DM2 (32).

Nacional:

Yance (Lima, 2013), realizó un estudio descriptivo, correlacional y transversal en pacientes con DM2. Aplicó dos cuestionarios de 10 ítems (uno de conocimientos con respuesta única y alternativas múltiples, otro de aptitudes según Escala de Lickert con respuesta única).(33)

Tello (Lima, 2011), realizó un estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario de 42 preguntas en 80 trabajadores de más de 35 años de los centros de aplicación Productos Unión y Editorial Imprenta Unión de la Universidad Peruana Unión–Lima, con el objetivo de identificar el nivel de conocimientos, actitudes y las prácticas de las medidas preventivas de la DM2. Reporta que, en conocimiento, 51.3% era bueno, 33.7% regular, 11.2% muy bueno, 3.7% malo; actitudes, el 53.7% favorable, 43.7% totalmente favorable, 1.2% desfavorable. Respecto a prácticas, el 37.5%

regular, el 28.7% bueno, 25% malo, 5% muy bueno y 3% muy malo. Concluyó que el nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención de la DM2 de su serie fue mayormente bueno, con actitudes preventivas favorables y con prácticas regulares de las medidas preventivas de la DM2.(34)

Oscanoa T. (Lima, 2014). Realizó una investigación sobre adherencia al tratamiento en pacientes con DM2, estimando que un 37% de los pacientes eran adherentes al tratamiento. (35)

Guibert A. (Lima, 2016). en un estudio para determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico sobre DM2 en los pacientes que acuden a control en el servicio de Endocrinología del Hospital Cayetano Heredia (HCH), encontrando como resultado sobre diabetes mellitus tipo 2 que el 25.7% de los pacientes presentó adherencia al tratamiento. (36)

Chunga M. et al (Lambayeque, 2015). En su estudio Complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus 2 de hospitales de Lambayeque. Concluyó que las complicaciones es de un 65.61%. (37)

Gonzales W. (Lima, 2015) conocimiento sobre Diabetes Mellitus (DM) están asociados a la Adherencia Terapéutica en adultos con DM tipo 2. Se obtuvo que la no adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 es de un 79%.(38)

2.2 Base Teórico – Científico:

Teorías Científicas:

La DM2 son enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, debido a deficiente secreción pancreática y/o resistencia a la acción de la insulina en los tejidos de la economía. (38)

La hiperglicemia crónica origina progresivamente cambios estructurales a nivel de la microvasculatura sistémica a largo plazo, que finalmente deviene en daño de la macrovasculatura, disfunción e insuficiencia de diferentes órganos especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. (38)

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) (1997), propuso una clasificación vigente hasta la actualidad. Establece 4 tipos de DM y un 5º grupo de personas con glicemias anormales con alto riesgo de desarrollar diabetes, así tenemos:

1. Diabetes Mellitus tipo I
2. Diabetes Mellitus tipo II
3. Otros tipos específicos de Diabetes
4. Diabetes Gestacional
5. Intolerancia a la glucosa y glicemia de ayunas alterada En la DM2 existe insulino-resistencia y/o deficiencia de insulina. (39)

Estos pacientes son mayormente obesos con distribución de grasa predominantemente abdominal, tiene predisposición genética no bien definida (multigénica), insulina plasmática normal o elevada, responden a dieta e hipoglicemiantes orales al inicio y pueden requerir posteriormente insulino-terapia para su control sin llegar a ser insulino-dependientes.(39)

Los otros tipos de diabetes engloban a pacientes con defectos genéticos en la función de la célula beta y se les conoce como MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young); estos defectos pueden ser en la acción de la insulina, o cursar con patologías pancreáticas o endocrinopatías

(Cushing, acromegalia, glucagonoma, feocromocitoma). Se describe diabetes secundaria a fármacos (corticoides, ácido nicotínico, L asparagina, interferón alfa, pentamidina), agentes infecciosos (rubeola congénita, coxsachie B, citomegalovirus, parotiditis) y enfermedades como Síndromes de Down, Klinefelter, Turner, enfermedad de Stiff-man y Lipoatrofias. En estos casos se habla de diabetes secundarias, mientras los tipos 1 y 2 son primarias.(39)

En la intolerancia a la glucosa se observa respuesta anormal a una sobrecarga de glucosa suministrada por vía oral, la misma que se tiene mayor frecuencia de daño microvascular y desarrollo clínico de DM2 entre 5-15% por año. (1)

Para realizar el diagnóstico de la DM2 se determina la glucosa en ayunas en plasma o suero considerándose y paciente debe cumplir con alguno de estos 3 criterios que debe ser confirmado en otra oportunidad para asegurar el diagnóstico. (2)

Glicemia (en cualquier momento) ≥ 200 mg/dL, asociada a síntomas clásicos (poliuria, polidipsia, baja de peso), dos o más glicemias ≥ 126 mg/dL

Respuesta a la sobrecarga a la glucosa alterada con una glicemia a los 120 minutos post sobrecarga ≥ 200 mg/dL. La intolerancia a la glucosa se diagnostica cuando el sujeto presenta una glicemia de ayuno (1).

Factores de riesgo modificables

Consumo de alcohol, Inactividad física, Consumo de sodio en la dieta,
Consumo de tabaco, Presión arterial elevada, Sobrepeso y obesidad
Cancerígenos.

En cuanto a los factores de riesgo modificables: La actividad física insuficiente en adultos aumentó de acuerdo con el nivel de ingreso del país. Por lo cual, la prevalencia en los países de altos ingresos (33%) fue

casi el doble que en los países de bajos ingresos (17%). También hubo un patrón claro de la actividad física insuficiente de los adolescentes a través de los grupos de ingresos; la prevalencia fue mayor en los países de ingresos medio-altos y más bajos en los países de ingresos medio-bajos. Con el aumento de procesamiento en la industria alimentaria y una mayor disponibilidad de alimentos procesados en las zonas urbanas y rurales de los países de ingresos bajos y medios la ingesta de sodio de estas fuentes está cambiando rápidamente hacia estos alimentos procesados. La prevalencia de tabaquismo en países de ingresos altos (25%) es ligeramente superior en comparación con los países de ingresos medio-alto (22%), mientras que, en los países de ingresos bajos, la prevalencia media es más baja (18%). En general, la prevalencia de hipertensión arterial fue mayor en los países de ingresos bajos en comparación con los países de ingresos medios y los países de altos ingresos. La prevalencia de sobrepeso y obesidad aumenta con el nivel de ingresos de los países. La prevalencia de la obesidad en los países de ingresos altos y de ingresos medio superior es más del doble que la de los países de ingresos bajos.(5)

MANEJO FARMACOLÓGICO SEGÚN NORMA TECNICA

El tratamiento de la DM-2 en el primer nivel de atención se iniciará con medicamentos orales de primera línea considerados en el PNUME vigente:

Metformina o glibenclamida, si no existiera contraindicación, empezar con metformina. Al iniciar el tratamiento, el facultativo educará a la persona sobre el reconocimiento de signos de alarma y reacciones adversas, para que, en caso de presentarlas, acuda a consulta para reevaluación y valoración de cambio de esquema terapéutico. Asimismo, el médico tratante procederá a reportar los efectos adversos según lo descrito en la sección “efectos adversos o colaterales con el tratamiento” y “signos de alarma”. En caso que alguna persona no responda a la terapéutica antes

descrita, referir al médico especialista en endocrinología o internista, el médico tratante procederá a prescribir un medicamento de costo efectivo, para lo cual sustentará su uso según Resolución Ministerial 540-2011/MINSA (Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos no considerados en el PNUME) u otra vigente. A toda persona diagnosticada con DM-2, que se encuentre clínicamente estable sin signos de alarma.(40)

Se inició el tratamiento en el establecimiento de salud de origen. **Terapia farmacológica inicial: Monoterapia.** a. En caso de personas con DM-2 con signos de un estado de descompensación metabólica aguda (deshidratación, trastorno del sensorio, náuseas, vómitos, dolor abdominal, polipnea, cuerpos cetónicos en orina), estos deben ser atendidos o referidos a un establecimiento de salud que cuente con servicio de emergencia para su manejo según nivel de capacidad resolutive, previa estabilización.

a. Manejo inicial en caso de sospecha clínica o bioquímica de crisis hiperglicemia

b. En caso de personas con DM-2 que se encuentren clínicamente estables, sin signos de descompensación aguda, el médico iniciará en forma ambulatoria el tratamiento farmacológico en el momento del diagnóstico de la DM-2, junto con la modificación de los estilos de vida.
(40)

c. Manejo ambulatorio de la DM2: Metformina es el fármaco de primera línea mientras no exista contraindicación⁵¹. La metformina es el fármaco de primera elección como monoterapia para el tratamiento de la DM-2, por ser eficaz, por reducir el peso corporal y disminuir el riesgo cardiovascular. Su efecto principal es disminuir la producción hepática de glucosa. Asimismo, mejoró la sensibilidad a la insulina en tejidos periféricos. En el PNUME se cuenta con tabletas de 500 mg y 850 mg. Iniciar con dosis

bajas de 500mg u 850mg por día, dosis única. Incrementar de 500mg a 850mg cada 1 a 2 semanas de forma progresiva hasta alcanzar el control glucémico y/o la dosis máxima de 2,550mg si fuera necesario. Debe tomarse con o inmediatamente después de las comidas principales. (40)

La metformina está contraindicada en personas con creatinina sérica ≥ 1.4 mg/dl en mujeres y ≥ 1.5 mg/dl en varones o en personas con depuración de creatinina < 30 ml/min/1.73m², en personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca descompensada, insuficiencia respiratoria o hepática y en personas con alcoholismo. (40)

Hay que revisar la dosis y monitorizar la creatinina cada 3 a 6 meses cuando la depuración está entre 31 a 45 ml/min/1.73m². Los eventos colaterales más frecuentes de la metformina son gastrointestinales. La acidosis láctica es rara con metformina a la dosis terapéutica y similar a otros tratamientos para la diabetes. En caso de intolerancia a metformina puede iniciarse la terapia con sulfonilureas. (40)

En algunas personas con hiperglucemia sintomática, HbA1c $\geq 8\%$, sin deshidratación, se puede iniciar el tratamiento con terapia combinada con la finalidad de un control más rápido de la glucemia y alcanzar más rápidamente las metas de control fijadas. Se referirá al médico endocrinólogo o internista para tal efecto. (40)

También se referirá si las personas que están muy sintomáticos con evidencia de deshidratación o pérdida ponderal marcada. De estar disponible, solicitar una HbA1c de control a los tres meses de iniciado el tratamiento. (40)

Si la HbA1c es menor de 7% o si ha llegado a la meta individualizada fijada para la persona, continuar con el tratamiento instalado y solicitar una HbA1c por lo menos cada 6 meses. Reforzar la modificación de los estilos de vida. - Si la HbA1c es mayor o igual a 7% o si no se ha llegado a la meta individualizada fijada para la persona, revisar el cumplimiento del

tratamiento no farmacológico y que la persona haya cumplido regularmente el tratamiento con metformina a la dosis adecuada. Si requiere un segundo fármaco, referir al médico endocrinólogo o internista. (40)

Sulfonilureas son drogas que estimulan la secreción de insulina del páncreas independientemente del nivel de glucosa sanguínea por lo cual, se puede presentar hipoglucemia. Glibenclamida En el PNUME 2012 se cuenta con glibenclamida en tabletas de 5 mg. Los efectos colaterales más frecuentes de las sulfonilureas son hipoglucemia y aumento de peso. Iniciar con dosis bajas (2.5 mg – 5 mg) una vez al día en el desayuno o primera comida. Se puede administrar dos veces al día en algunas personas (por ejemplo aquellos que reciben más de 10 mg por día). Incrementar ≤ 2.5 mg al día cada semana hasta conseguir el control glucémico deseado o hasta que se alcance la dosis máxima permitida (20 mg/día). Existe mayor susceptibilidad de hipoglucemia en las personas con malnutrición, adulto mayor, personas con falla hepática o renal, o insuficiencia adrenal o pituitaria. Referir en estos casos a médico internista o endocrinólogo. Glimepirida La DIGEMID ha aprobado el uso de este medicamento oral en presentaciones de 2 a 4 mg. Su uso es para los siguientes casos: En el tratamiento de la DM-2 en personas ≥ 65 años con hiperglucemia no controlada con medicamentos de primera línea (metformina). En la enfermedad renal crónica, se justifica solo para personas con enfermedad renal leve y moderada con FG > 60 ml/min/1.73 m² en los que no se consigue el objetivo de control glucémico con metformina por lo que la individualización del tratamiento resulta esencial y requiere ajuste de dosis. El uso de este medicamento requiere ser iniciado por médico especialista del segundo o tercer nivel de atención. El médico del primer nivel podrá utilizarlo con las indicaciones precisas del especialista antes mencionado. (40)

Efectos adversos o colaterales con el tratamiento:

a. Metformina: Náuseas, diarreas y dolor abdominal son los efectos adversos más frecuentes. Acidosis láctica, que se puede presentar si se usa en infarto agudo de miocardio, insuficiencia renal o hepática. La hipoglucemia es muy rara.

b. Glibenclamida: Hipoglucemia. Reacciones de hipersensibilidad cutánea (esporádicas). Posible alergia cruzada con sulfonamidas. Raramente puede ocasionar trombocitopenia, agranulocitosis, pancitopenia y anemia hemolítica, estasis biliar y hepatitis, hipoglucemia con déficit neurológico que se puede revertir con tratamiento oportuno. Se debe notificar todas las sospechas de reacciones adversas e incidentes adversos a productos farmacéuticos y dispositivos médicos usados en el tratamiento de DM-2 dentro de su ámbito asistencial teniendo en consideración los formatos y flujogramas establecidos por la autoridad de salud. Las notificaciones de reacciones adversas e incidentes adversos graves deberán ser notificadas dentro de las 24 horas de conocido el caso si es leve o moderada en los plazos establecidos.

Signos de alarma: signos de descompensación aguda tales como: deshidratación, trastornos del sensorio, intolerancia oral (náusea/vómito), dolor abdominal, polipnea, cuerpos cetónicos en orina (con tira reactiva), glucosa capilar (con glucómetro), glucosa venosa > 600 mg/dl. En el caso de la persona diabética con sospecha clínica o bioquímica de descompensación aguda, se debe iniciar el manejo inicial en el establecimiento de salud de origen Manejo de la Crisis Hiperglucémica en el Primer Nivel de Atención) y posteriormente ser referido a la emergencia del hospital nivel II/III correspondiente para manejo especializado. Criterios de alta No se consideran criterios de alta por ser una enfermedad crónica.

El pronóstico de las personas con DM-2, al igual que ocurre con otras formas de DM, está en función del diagnóstico oportuno, control de los factores de riesgo modificables, adherencia al tratamiento, presencia de infección sobreagregada o enfermedades concomitantes. Sin embargo, si

la persona adopta estilos de vida saludables en forma oportuna y adecuada, con un control glucémico y del riesgo cardiovascular, el pronóstico es bueno.

Complicaciones agudas Hay dos tipos de complicaciones agudas que pueden presentarse en la persona con DM-2: a. Hipoglucemia La hipoglucemia es la complicación aguda más frecuente del tratamiento de la diabetes. La hipoglucemia se define como una concentración de glucosa menor de 70 mg/dl, con o sin síntomas. Si es prolongada puede producir daño cerebral y hasta podría ser mortal. Algunas personas con diabetes pueden tener síntomas antes de alcanzar esta cifra debido a descensos rápidos y/o bruscos de la glucosa. Clasificación:

1. Hipoglucemia severa: evento que requiere la asistencia de otra persona para administrar carbohidratos, glucagón u otras acciones correctivas.
2. Hipoglucemia sintomática documentada: evento en que los síntomas típicos de la hipoglucemia se acompañan de una glucemia ≤ 70 mg/dl.
3. Hipoglucemia asintomática: evento no acompañado de síntomas típicos de hipoglucemia pero con una glucemia ≤ 70 mg/dl.
4. Probable hipoglucemia sintomática: evento en que los síntomas típicos de hipoglucemia no se acompañan de una determinación de glucemia pero que fue probablemente causado por una concentración de glucosa ≤ 70 mg/dl.
5. Pseudohipoglucemia: evento en el que la persona con diabetes reporta síntomas típicos de hipoglucemia con una glucemia >70 mg/dl, pero cercana a ese nivel. Cuadro Clínico Los síntomas de hipoglucemia son inespecíficos y son de dos tipos: autonómicos y neuroglucopénicos. Los síntomas autonómicos incluyen: temblor, palpitaciones, ansiedad/excitación (mediada por catecolaminas) sudoración, hambre y parestesias.

Los síntomas neuroglucopénicos incluyen deterioro cognitivo, cambios de conducta, alteraciones psicomotoras y, a concentraciones de glucosa plasmática más bajas, convulsiones y coma. Tratamiento Para el manejo de la hipoglucemia se debe seguir los siguientes pasos:

En hipoglucemia sintomática, si la persona está consciente y puede deglutir: Administrar 15-20 gramos de un azúcar de absorción rápida o carbohidrato simple. Puede ser un vaso de agua con una cucharada sopera de azúcar, media taza (120 ml) de gaseosa regular, media taza (120ml) de un jugo de frutas con azúcar, una taza (240ml) de leche o una cucharada de miel, Control de glucosa capilar luego de 5 minutos. Si continua en hipoglucemia repetir el tratamiento. Si con tratamiento la hipoglucemia cede, la persona debe ser monitorizado en su glucemia cada hora hasta que se estabilice y ponerse en contacto con médico tratante para reevaluar tratamiento. Si la persona ha perdido el conocimiento o se encuentra desorientada, se le debe administrar un bolo intravenoso de 25 gramos de glucosa (4 ampollas de dextrosa al 33%) y remitirse a un centro de urgencias para monitoreo; si esto no está disponible, debe colocarse gel de glucosa o miel o mermelada en el surco gingivolabial.

El tiempo de permanencia en la emergencia es de 24 horas mínimo. La hipoglucemia asintomática o uno o más episodios de hipoglucemia severa debe llevarnos a replantear las metas de control glucémico y/o la reevaluación del régimen terapéutico. b. Crisis hiperglucémica, se define como todos aquellos episodios que cursan con elevadas concentraciones plasmáticas de glucosa generalmente mayor de 250 mg/dL donde el grado de alteración metabólica es lo suficientemente severo como para justificar la hospitalización de emergencia, corrección inmediata con la hidratación e insulina con la finalidad de aumentar la probabilidad de una recuperación exitosa.

Cuadro clínico: Los síntomas y signos incluyen: polidipsia, poliurea, polipnea, pérdida ponderal, intolerancia oral (náuseas, vómitos), debilidad,

postración, trastornos del sensorio, deshidratación, coma, taquicardia, hipotensión, respiración de Kussmaul (en la cetoacidosis diabética). Las dos formas de presentación de la descompensación hiperglucémica severa son: El estado hiperosmolar hiperglucémico (EHH); y La cetoacidosis diabética (CAD).

Características de las complicaciones agudas hiperglucémicas de la diabetes mellitus. Tratamiento Ambos tipos de complicaciones glucémicas comparten características comunes y su manejo terapéutico es muy similar, el cual requiere un medio hospitalario y especializado. En el primer nivel primario de atención proceder de la siguiente manera. Identificar los signos y síntomas de alarma. Determinar la glucosa venosa si estuviera disponible, caso contrario, determinar la glucosa capilar (el límite superior de detección es 600 mg/dl) por encima de estos valores aparece la alerta HIGH en el glucómetro. Determinación de cuerpos cetónicos en orina con tira reactiva. Determinación de creatinina sérica, electrolitos y gases arteriales si estuvieran disponibles. Una vez identificados estos signos por sospecha clínica o bioquímica deberá realizarse el manejo inicial correspondiente

Complicaciones Crónicas macrovasculares

a. Enfermedad cardiovascular La ECV es la principal causa de morbilidad y mortalidad en individuos con diabetes. Las condiciones comunes coexistentes con la DM-2 (hipertensión arterial y dislipidemia) son claros factores de riesgo para ECV y la DM-2 por si misma confiere un riesgo independiente. Personas con PA $\geq$ 140/80 mmHg aparte de los cambios en el estilo de vida deberán iniciar terapia farmacológica antihipertensiva con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un bloqueador de los receptores de angiotensina. Se debe aconsejar a todas las personas a no fumar o no usar productos que contengan tabaco, Considerar el uso de aspirina en promedio 100 mg/día (81-162 mg/día)

como una estrategia de prevención primaria o secundaria, según indicación de médico especialista.

Complicaciones crónicas microvasculares

Nefropatía

La creatinina sérica deberá ser usada para estimar la tasa de filtración glomerular las cuales deberán ser evaluadas por lo menos anualmente en adultos con diabetes independientemente del grado de excreción urinaria de albúmina. La tasa de filtración glomerular (TFG) puede ser estimada usando la fórmula del estudio “Modification of Diet in Renal Disease” (MDRD) que actualmente sigue siendo el mejor método para estimar la TFG; la cual nos permitirá clasificar a la enfermedad renal crónica. En la práctica clínica se utilizan ecuaciones de predicción que estiman la VFG. La ecuación “Modification of Diet in Renal Disease” (MDRD), que se basa en la creatinina plasmática, es el mejor método y el más validado internacionalmente para estimar la VFG en adultos de 18 y más años.

Se debe realizar anualmente una prueba para cuantificar la excreción urinaria de albúmina desde el momento del diagnóstico de la diabetes. El tamizaje para la excreción urinaria de albúmina deberá ser realizado por la medición de la relación albúmina/creatinina en una muestra aleatoria de orina. Las recolecciones de 24 horas o minutadas son más costosas y añaden poco a la predicción y exactitud. Actualmente la albuminuria se clasifica según sus niveles de excreción persistente

Clasificación de excreción de albúmina Excreción de albúmina Cociente
Albuminuria/ creatinuria

Orina al azar, Orina 24 horas, Horaria Normal < 30 mg/24 horas < 20 ug/min Albuminuria ≥30 ug/mg creatinina ≥ 30 mg/24 hora ≥ 20 ug/min
Microalbuminuria 30-300 ug/mg creatinina 30-300 mg/24 horas 20-200 ug/min
Macroalbuminuria >300 ug/mg creatinina >300 mg/24 horas >200

ug/min La albuminuria persistente, en el rango de 30-300 ug/mg creatinina urinaria, ha demostrado ser un marcador para el desarrollo de nefropatía en DM-2 y un marcador establecido de riesgo cardiovascular incrementado. Debido a la variabilidad en la excreción urinaria; se deberá recolectar dos o tres muestras de orina en un período de 3-6 meses las cuales deberán ser anormales antes de considerar que una persona ha desarrollado un incremento en la excreción urinaria de albúmina o tiene una albuminuria en progresión.

Es importante tener en cuenta que el ejercicio dentro de las 24 horas, infección, fiebre, insuficiencia cardíaca congestiva, hiperglucemia o hipertensión marcadas, pueden elevar la excreción urinaria de albúmina por encima de los valores basales. Clasificación La enfermedad renal crónica en personas con diabetes se clasifica según la TFG y los niveles de excreción urinaria de albúmina.

Secuelas pueden presentarse: Ceguera. Alteraciones gastrointestinales. Neuropatías. Insuficiencia arterial periférica. Amputaciones. Insuficiencia renal crónica.(40)

2.3 Marco de Referencia

2.3.1 Marco Teórico

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado. (41)

En el momento actual el tema del cumplimiento de los tratamientos médicos tiene gran trascendencia y ello es debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente,

que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas y/o de salud que se le han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente.(41)

Es importante recalcar que en la comunicación medico paciente se contempla otros términos como cumplimiento o incumplimiento, los cuales siguen siendo los más utilizados en la práctica médica, además es muy frecuente encontrar el uso de cumplimiento y adherencia indistintamente y como sinónimos.

La adhesión al tratamiento es un asunto comportamental, en tanto depende de la conducta del paciente pero también se relaciona estrechamente con el comportamiento del médico, al menos en la medida en que este ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de su comprensión y dedique a esto todo su tiempo.

Uno de los aspectos que establece la presente investigación es la adherencia al tratamiento farmacológico y sus complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la estrategia sanitaria de enfermedades no transmisibles.

2.3.2 Marco Conceptual

DIABETES es un trastorno crónico grave que se caracteriza por anormalidades en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas, su denominador común es la intolerancia a la glucosa o la hiperglucemia. Generalmente en el paciente diabético su organismo no produce o no reacciona a la insulina, hormona producida por las células beta del páncreas, que es necesaria para el uso o almacenamiento de sustancias

energéticas corporales. Sin insulina eficaz surge hiperglucemia que puede ocasionar complicaciones a corto y largo plazo de la enfermedad. (42)

2.3.3 Marco Histórico.

A partir del siglo XVI comienza a sucederse descubrimientos médicos, principalmente en Europa.

Paracelso (1491-1541) escribió que la orina de los diabéticos contenía una sustancia anormal que quedaba como residuo de color blanco al evaporar la orina, creyendo que se trataba de sal y atribuyendo la diabetes a una deposición de ésta sobre los riñones causando la poliuria y la sed de estos enfermos.

Unos 100 años más tarde, Mathew Dobson (1725-1784) médico inglés de Liverpool hizo por primera vez estudios en grupos de pacientes. Después de tratar un pequeño grupo de pacientes Dobson informó que estos pacientes tenían azúcar en la sangre y en la orina y describió los síntomas de la diabetes. Dobson pensaba que el azúcar se formaba en la sangre por algún defecto de la digestión limitándose los riñones a eliminar el exceso de azúcar.

En 1775 Dobson identificó la presencia de glucosa en la orina. La primera observación en un diabético fue realizada por Cawley y publicada en el "London Medical Journal" en 1788. Casi en la misma época el inglés Rollo consiguió mejorías notables con un régimen rico en proteínas y grasas y limitado en hidratos de carbono. Los primeros trabajos experimentales relacionados con el metabolismo de los glúcidos fueron realizados por Claude Bernard quien descubrió en 1848, el glucógeno hepático y provocó la aparición de glucosa en la orina excitando los centros bulbares mediante pinchaduras.

Algunos años más tarde otro médico inglés, John Rollo publicó sus observaciones sobre dos casos diabéticos describiendo muchos de los

síntomas y olor a acetona (que confundió con olor a manzana) y proponiendo una dieta pobre en hidratos de carbono y rica en carne, con complementos a base de antimonio, opio y digital. Con esta dieta anorética Rollo observó que se reducía el azúcar en la sangre y consiguió una mejora de la sintomatología en algunos casos. Fue el primero en acuñar el término de diabetes mellitus para diferenciar la enfermedad de otras formas de poliuria. También es de esta época la observación de Thomas Cawley en 1788 de que la diabetes mellitus tenía su origen en el páncreas, "por ejemplo por la formación de un cálculo".(43)

2.3.4 Marco Normativo:

- Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) (2013). Guía de la ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. Edición 2013.
- Resolución Ministerial 719-2015/Minsa. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus Tipo 2, en el primer nivel de atención”
- Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Prevención de enfermedades cardiovascular.
- Sociedad Peruana de Endocrinología

2.4 Hipótesis:

2.4.1 Hipótesis General:

El nivel de adherencia al tratamiento farmacológico es bajo; las nefropatías y retinopatías son las complicaciones más frecuentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la Intervención Estrategia de Enfermedades No Transmisibles de un hospital de Ferreñafe, 2019.

2.4.2 Hipótesis Específicas:

1. Los factores socio demográfico y cultural se asocian en el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la población sujeto a estudio.
2. El esquema terapéutico individualizado influye en la adherencia al tratamiento en población sujeto a estudio.
3. La adherencia y la no adherencia al tratamiento farmacológico se relacionan con las complicaciones en la población sujeto a estudio.

2.4.3 Identificación de Variables:

2.4.3.1. Variable Independiente:

Adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2

2.4.3.2 Variable dependiente:

Complicaciones de la Diabetes Mellitus Tipo 2

2.5 Definición de las Variables:

2.5.1 Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

2.5.1.1 Definición conceptual:

La diabetes se define como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto

de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre).

2.5.1.2 Definición Operacional: es el grado que se da en el paciente para cumplir con el régimen. En la cual se administra diferentes tipos de tratamiento como la metformina, glibenclamida y glimepirida en bajas dosis.

2.5.2 Complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.

2.5.2.1 Definición conceptual:

Las complicaciones micro vasculares son lesiones oculares (retinopatía) que desembocan en la ceguera; lesiones renales (nefropatía) que acaban en insuficiencia renal; y lesiones de los nervios que ocasionan impotencia y pie diabético (que a veces obliga a amputar como consecuencia de infecciones muy graves).

2.5.2.2 Definición Operacional: se cumplen con los regímenes dados. se dan complicaciones como hipoglucemia, crisis hipoglucémica, enfermedad cardiovascular, nefropatías, neuropatía (pie diabético).

1.1 Operacionalización de Variables:

VARIABLE.	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	Sub indicadores	ESCALA	INSTRUMENTO DE MEDICION
Variable Independiente ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA DIABETES	La adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.	farmacológica	Monoterapia: Metformina Glibenclamida Glimepirida	Dosis 500 – 850 mg/día 2.5 – 5 mg/día 2 – 4 mg	nominal	Ficha de Recolección de Datos

Variable Dependiente Complicaciones de la Diabetes	Las complicaciones microvasculares son lesiones oculares (retinopatía) que desembocan en la ceguera; lesiones renales (nefropatía) que acaban en insuficiencia renal; y lesiones de los nervios que ocasionan impotencia y pie diabético (que a veces obliga a amputar como consecuencia de infecciones muy graves).		Hipoglucemia	< 70 mg/dl	Nominal	Ficha de Recolección de Datos
			Crisis hiperglucémica	> 250 mg/dl		
			Enfermedad Cardiovascular	PA ≥140/80		
			Nefropatía	30 - 300 ug/mg		
			Neuropatía (pie diabético)	>2/8(sensibilidad 80%, especificidad 95%)		

1.2 Matriz de Consistencia:

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Conclusiones	Recomendaciones
P. General	O. General	H. General	C. Generales	R. General
¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y sus complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la Estrategia Sanitaria de Enfermedades No Transmisibles de un hospital de Ferreñafe, 2019?	Determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y sus complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la Estrategia Sanitaria de Enfermedades No Transmisibles de un hospital de Ferreñafe, 2019.	El nivel de adherencia al tratamiento farmacológico es bajo y el pie diabético, las neuropatías, nefropatías y retinopatías son las complicaciones más frecuentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la Estrategia Sanitaria de Enfermedades No Transmisibles de un hospital de Ferreñafe, 2019.	El nivel de adherencia al tratamiento farmacológico es de 56.37% y las complicaciones más frecuentes son: Nefropatías con 29.09%	La Población afectada debe acudir a su control y tratamiento de manera periódica y frecuente tomando la medicación respectiva para disminuir significativamente las complicaciones.

P. Específicos	O. Específicos	H. Específicas	C Específicas	R. Específicas
¿Cuáles son los factores sociodemográficos y culturales que asocian en el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2? ¿Cuál es el esquema terapéutico individualizado que influye en la adherencia al tratamiento? ¿Cuál es la relación de la	Determinar los factores socio demográficos y culturales que asocian en el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la población sujeto a estudio. Identificar si un esquema terapéutico individualizado influye en la adherencia al tratamiento en población sujeto a estudio. Relacionar la adherencia y la no adherencia al tratamiento farmacológico y las complicaciones en la población sujeto a estudio.	Los factores socio demográficos y culturales se asocian en el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la población sujeto a estudio. El esquema terapéutico individualizado influye en la adherencia al tratamiento en población sujeto a estudio. La adherencia y la no adherencia al tratamiento farmacológico se relacionan con las complicaciones en la población	El nivel de adherencia al tratamiento farmacológico es de 56.37% y las complicaciones más frecuentes son: Nefropatías con 29.09% Se determina que los factores sociodemográficos y culturales que más prevalece son: edad con un 27.27%(47-56 años), grado instrucción con un 32.75%(secundaria completa), procedencia con un 87.27% son de Ferreñafe, situación económica bajo con un	A las autoridades del Ministerio de Salud, en especial a los del establecimiento Hospital de Ferreñafe, que por su categoría y nivel deben de repotenciar la sensibilización a la asistencia del control y reconocer la importancia que causa la diabetes mellitus tipo 2; donde el recurso humano, médico deben establecer alianzas conjuntas para que la relación facultativo-paciente garantice mejores niveles de bienestar de las pacientes. Al médico como especialista de alto nivel y responsable de la salud, deben trabajar en equipo para desarrollar la

adherencia y la no adherencia al tratamiento farmacológico y las complicaciones?		sujeto a estudio.	50.91%. Se ha logrado identificar que el tratamiento individualizado monofármaco consistente en metformina a dosis de 500 - 850 mg dosis única, influye en la adherencia. Existe relación entre la adherencia y las complicaciones así tenemos que los no adherentes representa al 72.5% con complicaciones; sin embargo los adherentes al tratamiento registran	estrategia sanitaria alcanzando los mejores indicadores de salud. A la población, población vulnerable, deben de tomar mayor conciencia sobre la enfermedad y las consecuencias de la diabetes. A la Universidad para mantener la exigencia de la investigación científica que permita conocer y transformar la realidad, sobre todo de la salud de la población, donde docentes y estudiantes aborden la temática, entre otras.
---	--	--------------------------	---	---

			complicaciones en 27.5%; en los pacientes diabéticos que no presentan complicaciones son en el 83.3 % aquellos que se adhieren al tratamiento farmacológico, y un 16.7% son los no adherentes.	
--	--	--	---	--

II. CAPITULO:

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de Investigación:

Tipo de investigación:

Cuantitativa, Descriptiva, Prospectiva y de corte Transversal

Nivel de investigación:

Aplicativo

2.2 Diseño de Investigación/ Contrastación de la Hipótesis.

Descriptivo - No Experimental

2.3 Población y Muestra:

Población:

La población estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus tipo 2, atendidos en el Consultorio de Medicina Interna y de la Estrategia Sanitaria de Enfermedades No Transmisibles del Hospital Referencial de Ferreñafe, comprendido del 1° de mayo al 31 de octubre del 2019. Se registraron 110 pacientes

Muestra: se tuvo al 100% de la población, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión del estudio

Criterios de Inclusión:

- ✓ Pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus 2 que fueron atendidos en el Hospital de Ferreñafe.
- ✓ Pacientes mayores de 18 años, de cualquier sexo.
- ✓ Pacientes con aceptación libre y voluntaria a participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diabetes mellitus 2 que se negaron a resolver los cuestionarios.

- Pacientes con diabetes mellitus 2 con problemas para la lecto-escritura por compromiso neurológico u oftálmico.
- Pacientes con diabetes mellitus 2 con trastornos psiquiátricos.

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia.

2.4 Materiales, Técnicas e Instrumentos de recolección de datos:

Materiales:

- Materiales de oficina:

Papel bond, lápices, lapiceros, USB, CDs, folder manila, tablero de mano, calculadora, cámara de video y fotos, laptop, mochila, plumones, papelotes, mandil blanco, fotocheck y otros.

Técnica:

Se utilizó la Encuesta.

Instrumento:

Se aplicó tres cuestionarios.

1er Cuestionario: Datos generales del paciente, clínicos, epidemiológicos y farmacológicos, según esquema.

Datos Generales:

Edad, sexo, grado de instrucción, procedencia, estado civil, ocupación

Ingreso económico.

Antecedentes familiares Diabetes

¿Con quién vive?

Aspectos clínicos-laboratorial:

Peso Talla: PA: FC

Signo-sintomatología:

Poliuria polifagia polidipsia,

Valores de glicemia:

Valores de hematocrito

Complicaciones:

Neuropatías retinopatía nefropatía pie diabético

Otras_____

Esquema farmacológico:

Monoterapia: Metformina - glibenclamida

Politerapia: Metformina – Glibenclamida - Insulina Adiponectina APN

2do Cuestionario para conocimientos: Test de Batalla

3er cuestionario: Test de Morisky-Green-Levine Este método, que está validado para diversas patologías crónicas, fue originalmente desarrollado por Morisky, Green y Levine para valorar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido, se ha utilizado en la valoración de la adherencia en diferentes enfermedades, entre ellas la Diabetes mellitus tipo 2.

El Test consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Además, presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento, es muy fácil de realizar al ser bastante breve y muy fácil de aplicar. Presenta una alta especificidad, un alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión.

El control de la calidad de los datos: se realizará mediante la selección adecuada de los pacientes con DM2 que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio.

TEST DE MORISKY GREEN-LEVINE

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

Se considera cumplidor o adherente al tratamiento si se responde de forma correcta a las cuatro preguntas de la siguiente manera:

A la pregunta 1, la respuesta es NO, a la pregunta 2 la respuesta es SÍ, a la pregunta 3 la respuesta es NO y a la pregunta 4 la respuesta es NO.

NO-SI-NO-NO

Cualquier decisión distinta en las respuestas, **lo hacen no cumplidor o no adherente al tratamiento.**

TEST DE BATALLA (Test de Conocimiento del paciente sobre la enfermedad)

Es un cuestionario muy fácil de aplicar por tratarse de preguntas sencillas que analizan el grado de conocimiento que el paciente tiene sobre su enfermedad. Se asume que un mayor conocimiento de la patología que se padece representa un mayor grado de cumplimiento; el nivel sociocultural en los ancianos y las funciones cognitivas, son los elementos determinantes de un buen cumplimiento.

PREGUNTAS:

1. ¿Es la Diabetes una enfermedad para toda la vida? SI - NO
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación? SI - NO
3. Cite dos o más órganos que pueden dañarse por tener la Diabetes Mellitus tipo 2 no controlada.

2.5 Validación y confiabilidad de los instrumentos:

La Ficha de Recolección de Datos ha sido validado a través de un Juicio de Expertos locales, el mismo que se adjunta en los anexos.

El Test de Morisky Green ha sido validado en su oportunidad por su autor.

El Test de Batalla ha sido validado en su oportunidad por su autor

2.6 Métodos y procedimientos para la recolección de datos:

Para la recolección de datos se realizaron los siguientes procedimientos:

- Aprobación del proyecto por la Dirección del Hospital, previo informe de la Unidad de Capacitación.
- Se coordinó con la Jefatura de Capacitación, previa autorización de la Dirección del nosocomio para el acceso a los ambientes de consulta externa, donde acudieron los pacientes diabéticos para su control y tratamiento y otros se procedió a realizar visita domiciliaria.
- Se realizó la inducción y selección de los pacientes que ingresaron al estudio, tras explicar los objetivos y beneficios de resolver los cuestionarios, se obtuvo el consentimiento informado y se procedió con aplicar la encuesta individual o en grupos de 4 pacientes a cargo del autor del estudio a fin de resolver toda duda de los encuestados y verificar que no dejaran ningún ítem sin responder.
- Se redactó el informe de tesis para su revisión y aprobación.

2.7 Análisis estadísticos y representación de los resultados:

Para efecto de la presente investigación se utilizó la estadística descriptiva. La información final fue procesada en el software SPSS versión 25. Para contrastar la hipótesis se sometió a la prueba estadística no paramétrica de la ji-cuadrado (χ^2) con un nivel de significancia de $p \leq 0.05$.

Para presentación de datos se realizó la distribución de frecuencias y tablas de contingencia mostradas en gráficos circulares y de barra; entre otras.

III. CAPÍTULO.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN:

3.1 Presentación y análisis de la información:

CUADRO N° 1

Distribución de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en un HOSPITAL DE FERREÑAFE 2019; según nivel de adherencia

TEST DE MORISKY		
¿OLVIDA ALGUNA VEZ TOMAR EL O LOS MEDICAMENTOS?	n	%
Si	34	30.9
No	76	69.1
TOTAL	110	100%
¿TOMA EL O LOS MEDICAMENTOS A LAS HORAS INDICADAS?	N	%
Si	64	58.18
No	46	41.82
TOTAL	110	100%
Cuando se encuentra bien, ¿DEJA DE TOMAR LA MEDICACION?	N	%
Si	34	30.9
No	76	69.1
TOTAL	110	100%
Si alguna vez, le sienta mal ¿USTED DEJA DE TOMAR LA MEDICACIÓN?	N	%
Si	48	43.63
No	62	56.37
TOTAL	110	100%
NIVEL DE ADHERENCIA		
NO – SI – NO – NO	62	56.37

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ferreñafe, 2019

Cuadro N° 1: Con respecto, a la adherencia tratamiento utilizando al test de Morisky Green. Así lo demuestra respondiendo las siguientes preguntas: ante la pregunta ¿olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? NO 69.1%, ante la pregunta ¿toma los medicamentos a las horas indicadas? SI 58.18; ante la pregunta, ¿deja de tomar la medicación? NO 69.1% y ante la pregunta final del test. Si alguna vez, le sienta mal ¿usted deja de tomarla? NO 56.37%

Haciendo la disquisición y análisis respectiva, se logró encontrar 62 casos con respuestas NO SI NO NO, equivalente al 56.37% es decir, su nivel de adherencia.

CUADRO N° 2

Distribución de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ferreñafe 2019; según presencia de complicaciones

COMPLICACIONES	N	%
Si	80	72.72
No	30	27.28
TOTAL	110	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ferreñafe, 2019

CUADRO N° 2 – A: En la distribución de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentan complicaciones un 72.72%.

CUADRO N° 2 - A

Distribución de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en un Hospital de Ferreñafe 2019; según Tipo de complicaciones

COMPLICACIONES	N	%
RETINOPATIAS	26	32.5
NEFROPATIAS	28	35
NEUROPATIAS	10	12.5
NEFROPATIAS + RETINOPATIAS	4	5
NEFROPATIA + RETINOPATIAS + PIE DIABÉTICO	4	5
NEUROPATIAS + NEFROPATIA + RETINOPATIA	2	2.5
NEFROPATIA + PIE DIABETICO	2	2.5
NEUROPATIA + PIE DIABETICO	4	5
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ferreñafe, 2019

CUADRO N° 2 - A: Las complicaciones más frecuentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son: Nefropatías con un 35 %, siguiendo con retinopatías con un 32.5%, asimismo el 20% presenta más de una complicación entre ellas nefropatía + pie diabético, nefropatía + retinopatías + pie diabético, neuropatía + pie diabético con un 5%.

CUADRO N° 2 – B

Distribución de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en un HOSPITAL DE FERREÑAFE 2019; según relación, sin complicaciones y adherencia

COMPLICACIONES	N	%
Adherentes	22	27.5%
No adherentes	58	72.5
TOTAL	80	100%
SIN COMPLICACIONES	N	%
adherentes	25	83.33
No adherentes	5	16.67
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ferreñafe, 2019

CUADRO N° 2 – B: En la distribución de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 existe relación prevaleciendo complicaciones no adherente con un 72.5%, y sin complicaciones los adherentes con 83.33%.

CUADRO N° 3

Distribución de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en un HOSPITAL DE
FERREÑAFE 2019; según nivel sociodemográfico.

EDAD (años)	n	%
27 – 36	12	10.91
37 - 46	20	18.18
47 – 56	30	27.27
57 – 66	28	25.45
67 – 76	20	16.36
TOTAL	110	100%
SEXO	n	%
Masculino	40	36.36
Femenino	70	63.64
TOTAL	110	100%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	n	%
Primaria completa	30	27.26
Secundaria completa	70	63.64
Superior completa	10	9.09
TOTAL	110	100%
PROCEDENCIA	N	%
Lima	2	1.82
Ferreñafe	96	87.27
Pitipo	4	3.64
Chiclayo	8	7.27
TOTAL	110	100%
ESTADO CIVIL	N	%
Soltero	12	10.91
Casada	54	49.10
Conviviente	42	38.18
Viuda	2	1.82
TOTAL	110	100%
SITUACIÓN ECONÓMICA	N	%
Bajo	56	50.91
Regular	54	49.1
Buena	0	0
TOTAL	110	100%
SERVICIOS BÁSICOS	N	%
luz, agua y desagüe	110	100
luz y agua	0	0
Luz y agua temporal	0	0
TOTAL	110	100%
VIVIENDA	N	%
Alquilada	38	34.55
Propia	72	65.45
TOTAL	110	100%
MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN	N	%
Adobe	46	41.82

Noble	64	58.18
TOTAL	110	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ferreñafe, 2019.

Cuadro N° 3

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS: En este cuadro se puede observar las características relacionadas a: **Edad:** prevalece entre 47 a 56 años con un 27.27% **Grado de instrucción:** Se identificó que el 63.64% tiene nivel secundario; **Procedencia:** Mayoritariamente de la misma ciudad Ferreñafe con un 87.27%, **Situación socioeconómica:** Predomina el 50.91% nivel bajo, seguido del 49.1% nivel regular.

CUADRO N° 4

Distribución de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital de Ferreñafe 2019; según ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES	N	%
Madre	30	27.27
Padre	64	58.18
Hermanos	16	14.55
TOTAL	110	100%
TIEMPO DE ENFERMEDAD (años)	N	%
< 10	70	63.64
> 10	40	36.36
TOTAL	110	100%
ASISTE AL PROGRAMA DE CONTROL DE DIABETES CON REGULARIDAD	N	%
No	44	40
Si	66	60
TOTAL	110	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ferreñafe, 2019

Cuadro N° 4

ANTECEDENTES: Dentro de este cuadro se explica que los antecedentes familiares con diabetes es de padre con un 58.18%, seguido con el tiempo de enfermedad que predomina de <10 años con un 63.64%, y enfermedades no transmisibles con un 60%, complicaciones de neuropatías con un 45.46%.

CUADRO N° 5

Distribución de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital de Ferreñafe 2019, según clínica del paciente

PESO (Kg)	n	%
40 – 55	15	27.27
56 – 72	22	40.00
73 – 89	13	23.64
90 – 105	5	9.1
TOTAL	55	100%
TALLA (m)	N	%
< 1.65	27	49.1
> 1.66	28	50.9
TOTAL	55	100%
PA (mmHg)	N	%
≤100/69	2	3.64
101/70 - 139/89	38	69.10
≥140/90	15	27.26
TOTAL	55	100%
SIGNOS/SINTOMAS	N	%
Poliuria	14	25.46
Polidipsia	25	45.46
Polifagia	10	18.18
Alteración de peso	6	10.91
TOTAL	55	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ferreñafe, 2019

Cuadro N° 5:

En el cuadro nro. 3 se puede observar que el peso predominante es de 56-72 kg con un 40%, en la talla > 1.66 con un 50.9%, PA predominante normotensos con un 69.10% y un 27.26% de hipertensos, y los signos con mayor frecuencia es la polidipsia con un 45.46% y poliuria con un 25.4%.

CUADRO N° 6

Distribución de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Hospital de Ferreñafe, según tipo de tratamiento

MONOTERAPIA	N	%
Mettformina	60	54.54
Glibenclamida	22	20.00
Insulina NPH	4	3.64
POLITERAPIA		
Mettformina + Glibenclamida	20	18.18
Insulina NPH + Mettformina	4	3.64
TOTAL	110	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ferreñafe, 2019

Cuadro n° 6:

En el presente cuadro que corresponde según tipo de tratamiento predominante es la monoterapia (metformina) con un 72.73%, seguido de la Glibenclamida con un 20%.

CUADRO N°7

**Distribución de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en pacientes
atendidos en un Hospital de Ferreñafe; según
adherencia al tratamiento Test de Batalla**

TEST DE BATALLA		
¿ES LA DIABETES UNA ENFERMEDAD PARA TODA LA VIDA?	n	%
Si	68	61.81
No	42	38.19
TOTAL	110	100%
¿SE PUEDE CONTROLAR CON DIETA Y MEDICACION?	N	%
Si	68	61.81
No	42	38.19
TOTAL	110	100%
MENCIONE DOS ORGANOS QUE DAÑA LA DIABETES		
RIÑOÑES Y OJOS	52	47.27
RIÑONES E HIGADO	32	29.09
RIÑONES Y CEREBRO	26	23.64
TOTAL	110	100%

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un Hospital de Ferreñafe, 2019

Cuadro nro. 7:

La adherencia obedece a las siguientes preguntas: ante la pregunta

¿Es la Diabetes una enfermedad para toda la vida? y ¿Se puede controlar con
dieta y medicación? Con un 98.18% (Si)

DISCUSION

En este estudio se revisó la adherencia al tratamiento farmacológico y sus complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la estrategia sanitaria de enfermedades no transmisibles de un hospital de Ferreñafe, 2019, encontrándose lo siguiente:

Según el cuadro N° 1 sobre el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico; es de 56.37%. En tanto, Oscanoa t. Lima, 2014 realizó una investigación sobre adherencia al tratamiento en pacientes con DM2, estimando que un 37% de los pacientes eran adherentes al tratamiento (35). Mientras tanto Guibert A. (Lima, 2016) en un estudio para determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico sobre DM2 en los pacientes que acuden a control en el servicio de Endocrinología del Hospital Cayetano Heredia (HCH), encontrando como resultado sobre diabetes mellitus tipo 2 que el 25.7% de los pacientes presentó adherencia al tratamiento (36). Por otro lado Cruz A. México 2015. En su estudio Adherencia al tratamiento farmacológico de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Obtuvo que el 50% era adherente al tratamiento farmacológico encontrándose muy similar(14).

Según el cuadro N°2: presencia de complicaciones en la DM2 es del 72.72% lo tiene. Dado por otros estudios Chunga M et al Lambayeque, 2015 en su estudio Complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus 2 de hospitales de Lambayeque. Concluyó que las complicaciones es de un 65.61% (38).Mientras tanto Misael M. y Col México 2016. Realizaron un estudio características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados por complicaciones agudas de la DM2 al servicio de urgencias del Hospital General de Atizapán, de la ciudad de México. Se obtuvo un 52% en las complicaciones de DM2. Por otro lado Sapunar J. Chile , 2016 . En su investigación Epidemiología y complicaciones de la diabetes mellitus en Chile. Se obtuvo un 45 % (37).

Como se muestra en el cuadro N° 2 – A: Las complicaciones más frecuentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son: Nefropatías con un 35 %, siguiendo con retinopatías con un 32.5%. Otros estudios realizados por

Prompers et al Ecuador, 2017 en su investigación Antecedentes y complicaciones frecuentes en DM2, donde se obtuvo como resultado que el 22% tiene de pie diabético (17).

Mientras tanto Lustman P., Clouse G., Ecuador 2015 en su estudio complicaciones de la diabetes como nefropatía, neuropatía y complicaciones vasculares en pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2 p, donde se obtuvo como resultado que solo el 45 % sufre de nefropatías (18).

Como se muestra en el cuadro N° 2 – B: En la distribución de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 existe relación prevaleciendo complicaciones no adherente con un 72.5%, en otros estudios Terechenko N et al Cuba , 2015. En su estudio Complicaciones no adherentes al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II en Instituciones de Asistencia Médico Colectivas de la ciudad de Carmelo en el periodo transcurrido entre 1ero de marzo de 2013 al 31 de marzo de 2014, Obteniéndose que 56% presenta complicaciones no adherentes al tratamiento farmacológico (19). Mientras tanto Dávila R. España, 2013 realizó una investigación determinar las variables que se asocian a la no adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, donde se concluyó que el 69% de pacientes son no adherentes al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 (20). Gonzáles W. Lima, 2015 conocimiento sobre Diabetes Mellitus (DM) están asociados a la Adherencia Terapéutica en adultos con DM tipo 2. Se Obtuvo que la no adherencia al tratamiento en pacientes con DM2 es de un 79%.(38)

Como se muestra en el cuadro N° 3: En este cuadro se puede observar las características relacionadas a la edad prevalece entre 47 a 56 años con un 27.27% el cual el grado de instrucción se identificó que el 63.64% tiene nivel secundario, procedentes Mayoritariamente de la misma ciudad Ferreñafe con un 87.27%, con una situación económica que predomina el 50.91% nivel bajo, según Ramos Y et al Colombia 2016. A través de un estudio factores sociodemográficos relevantes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 , Obtuvo como resultado que un 63 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 solo tienen nivel primario, procedente de las zonas rurales en personas de 20 – 40 años con un 90% (21). Según Pascacio G et al Brasil , 2016 en su

investigación encontraron que la edad promedio de los pacientes con DM tipo 2 fue de 54.9 años, predominantemente, con solamente el 31.2% de adultos mayores (edad >60 años), un 40% el grado de instrucción es del nivel secundario, con una situación económica del 54% bajo (22). Por otro lado Martínez D. Venezuela , 2016. Realizó un estudio de investigación La importancia de adherencia y factores sociodemográficos de pacientes con diabetes mellitus tipo2. Se Concluye que el 95% son personas rurales con un nivel económico bajo con un 45% , que solo tienen nivel primaria un 65% (23).

Con respecto al cuadro N° 4: Dentro de este cuadro se explica que los antecedentes familiares con diabetes es de padre con un 58.18%, seguido con el tiempo de enfermedad que predomina de 1-10 años con un 63.64%, en otros estudios realizados Zamora A. Cuba , 2014, se concluye que el tiempo de enfermedad que predomina es de 10 años con un 38.6%, seguido de los que contaban con un tiempo de 05 a 10 años con un 34.3% y con menor frecuencia los que tenían menos de 01 año de enfermedad con 1.4%, con antecedentes familiares con diabetes que predomina la madre con un 40 % (24). Pabón Y. Venezuela, 2015 en un estudio realizado Diabetes mellitus – Tiempo de la enfermedad y Antecedentes , se concluye que el tiempo de enfermedad que predomina es de 8 años con un 62% , y que los antecedentes familiares con DM2 es de la madre con un 50.32% (25).

Según el cuadro N°5: se puede observar que el peso predominante es de 56-72 kg con un 40%, en la talla > 1.66 con un 50.9%, y los signos con mayor frecuencia es la polidipsia con un 45.46%. Mientras tanto Suárez et al España, 2016 realizo una investigación sobre Signo y síntomas que se presentan en la DM2 y que factores influyen de acuerdo al peso y talla del paciente, se tiene como resultados que el peso predominante es de < 65 kg con un 48% , en talla >1.64 con un 45%, y los signos con mayor frecuencia es la polidipsia con un 55.9%(26). Por otro lado Lindström J. Brasil , 2014 realizó un estudio sobre prevención, signos y síntomas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 , el cual se obtuvo como resultado que un 50% tienen entre 50 – 62 kg, con una talla > 1.62 con un 35% , en la cual se produjo con mayor frecuencia la polidipsia con un 40%(27).

Con respecto al cuadro N°6: tipo de tratamiento predominante es la monoterapia (metformina) con un 72.73%, seguido de la Glibenclamida con un 20%. Por lo tanto Sosa F. Cuba, 2017 realizó estudios sobre el factor relacionado con el tratamiento que influye en la adherencia terapéutica, obteniendo como resultado que el tratamiento más frecuente fue la metformina como monoterapia (61.4%), seguido del esquema combinado de metformina más glibenclamida (22.9%) (28). Cefalu W. Cuba, 2016 se realizó un estudio de investigación Tipos de tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 – Estadísticas, recomienda como tratamiento inicial de elección, la metformina, con un 50% como tipo de tratamiento predominante (29). Por lo tanto Handelsman Y. Cuba, 2015 se realizó un estudio Tipo de tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo2 – Medicamentos. Se obtuvo que el 80% de pacientes con DM2 es predominante la monoterapia (metformina) (30).

Con respecto al cuadro N°7: La adherencia obedece a las siguientes preguntas: ante la pregunta: ¿Es la Diabetes una enfermedad para toda la vida? y ¿Se puede controlar con dieta y medicación? Con un 98.18% (Si). Mientras tanto Palop A. España, 2015 en su investigación adherencia en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 , se obtuvo como resultado que el 80% aún tienen desconocimiento sobre la enfermedad (31). Por otro lado Duran M. España , 2017 Adherencia y apego a la adherencia en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 , donde se concluye que el 56% son adherentes en pacientes con DM2 (32).

IV. CAPÍTULO:

CONCLUSIONES:

1.- El nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipos 2 atendidos en un hospital de Ferreñafe, 2019; es de 56.37%, porcentaje esperado según la tendencia nacional; y con respecto a las complicaciones más frecuentes son: Nefropatías con un 35%, seguido de las retinopatías con un 32.5%; se precisa también que el 20% tienen más de una complicación a la vez (nefropatía, retinopatía, neuropatía, pie diabético)

2.- Se determina que los factores sociodemográficos y culturales que más prevalece son: edad con un rango entre 47 – 56 años un 27.27%, seguido de 57 – 66 años con un 25.45%; grado instrucción el 32.75% tiene secundaria completa, seguido de primaria, procedencia el 87.27% son de Ferreñafe, es decir urbano; situación económica es bajo con un 50.91%.

3.- Se ha logrado identificar que el tratamiento individualizado monofármaco consistente en metformina a dosis de 500 - 850 mg dosis única, influye en la adherencia al tratamiento

4.- Si existe relación entre el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y las complicaciones; así tenemos, que los pacientes no adherentes presentan complicaciones en un 72.5%; sin embargo, los adherentes al tratamiento registran también complicaciones solo en un 27.5%. Por otro lado, los pacientes diabéticos que no tienen complicaciones, esto se debe a que son adherentes al tratamiento en un 83.3 %; mientras que el 16.7% son los no adherentes.

RECOMENDACIONES:

1.- **A las autoridades** del Ministerio de Salud, en especial a los del establecimiento Hospital Referencial de Ferreñafe, que por su categoría y nivel deben de repotenciar la sensibilización a la asistencia a la Intervención Estratégica de Enfermedades No transmisibles del control y tratamiento entre otras de la Diabetes mellitus tipo 2; donde el recurso humano médico y enfermera deben establecer alianzas conjuntas para que la relación facultativo-paciente garantice los mejores niveles de adherencia al tratamiento farmacológico y bienestar de los pacientes.

2.- **Al médico** como especialista de alto nivel y responsable de la salud, debe supervisar en forma constante al Trabajo en Equipo (médico, enfermera, nutricionista, trabajadora social, psicólogo) para desarrollar intervenciones en el domicilio de los pacientes que no acuden a sus controles y citas, sobre todo trabajar con los familiares, para mejorar los indicadores de salud.

3.- **A la población**, especialmente mayores de 60 años, población vulnerable, deben de tomar mayor conciencia sobre la enfermedad y las consecuencias de la diabetes.

4.- **A la Universidad** para continuar desarrollando investigaciones de corte preventivo – promocional, que permita conocer y transformar la realidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. OMS. Informe mundial sobre la Diabetes – resumen de orientación, 2016.
2. Revilla L. Prevalencia de diabetes en habitantes de Lima – Perú, 2017
3. Análisis situacional de salud del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Dr. Luis Edgardo Dulanto Monteverde, Lima, [Serie de internet] 2012 [citado marzo 2013] disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2012/rd_417_2012.pdf.p107
4. Municipalidad de Chiclayo. Diagnostico Urbano , Chiclayo 2016.
5. Who.int. (2020). *Diabetes*. [online] Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
6. Who.int. (2020). *Enfermedades no transmisibles*. [online] Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
7. Cayon, A. (2020). *OPS/OMS | Diabetes*. [online] Pan American Health Organization / World Health Organization. Available at: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6715:2012-diabetes&Itemid=39446&lang=es
8. Diaz C. Adherencia terapeutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Cuba, 2016.
9. MINSA, Estadísticas de casos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, 2016.
10. Paho.org. (2020). [online] Available at: https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=119-guia-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-diabetes-mellitus&Itemid=224
11. Estudio Nacional del Perú. Alimentación y las posibilidades de compra directa en la etapa escolar – familiar, 2016.
12. Morales M. Los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos, Nicaragua 2007.
13. Aguilar – Espinoza A. Estudio transversal descriptivo en 68 pacientes con DM2 hospitalizados, Bolivia 2006.
14. Cruz A. Adherencia al tratamiento farmacológico de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2., Mexico – 2015.
15. Misael M. y Col. Realizaron un estudio características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados por complicaciones agudas de la DM2 al servicio de urgencias del Hospital General de Atizapán, de la ciudad de México – 2016
16. Sapunar J. En su investigación Epidemiología y complicaciones de la diabetes mellitus en Chile – 2016
17. Prompers et al. Antecedentes y complicaciones frecuentes en DM2, Ecuador – 2017.

18. Lustman P., Clouse G. complicaciones de la diabetes como nefropatía, neuropatía y complicaciones vasculares en pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2, Ecuador – 2017.
19. Terechenko N. et al Complicaciones no adherentes al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II en Instituciones de Asistencia Médico Colectivas de la ciudad de Carmelo en el periodo transcurrido entre 1ero de marzo de 2013 al 31 de marzo de 2014, Cuba – 2015.
20. Ramo Y. et al. factores sociodemográficos relevantes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Colombia – 2016.
21. Pascacio G. la edad promedio de los pacientes con DM tipo 2, Brasil – 2016.
22. Martinez D. La importancia de adherencia y factores sociodemográficos de pacientes con diabetes mellitus tipo2, Venezuela – 2016.
23. Zamora A. con antecedentes familiares con diabetes, Cuba – 2014.
24. Pabón Y. Diabetes mellitus – Tiempo de la enfermedad y Antecedentes, Venezuela – 2015.
25. Suárez A. et al Signo y síntomas que se presentan en la DM2 y que factores influyen de acuerdo al peso y talla del paciente, España – 2016.
26. Sosa F. el factor relacionado con el tratamiento que influye en la adherencia terapéutica, Cuba – 2017.
27. Cefalu W. Tipos de tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 – Estadísticas, Cuba – 2016.
28. Handelsman A. Tipo de tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo2 – Medicamentos, Cuba – 2015.
29. Palop A. adherencia en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, España – 2015.
30. Duran M. Adherencia y apego a la adherencia en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, España – 2017.
31. Oscanoa T. adherencia al tratamiento en pacientes con DM2, Lima – 2014.
32. Guibert A. determinar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico sobre DM2 en los pacientes que acuden a control en el servicio de Endocrinología del Hospital Cayetano Heredia (HCH), Lima – 2016.
33. Chunga M. et al. Complicaciones en pacientes con Diabetes Mellitus 2 de hospitales de Lambayeque – 2015.
34. Yance L. Estudio transversal descriptivo en 68 pacientes con DM2 hospitalizados, Lima 2013.
35. Tello M. estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario de 42 preguntas en 80 trabajadores de más de 35 años de los centros de aplicación Productos Unión y Editorial Imprenta, Unión de la Universidad Peruana Unión–Lima 2011.
36. Cipriani E. Diabetes mellitus tipo 2 y resistencia a la insulina, Perú, 2010
37. La Asociación Americana de Diabetes (ADA) (1997), propuso una clasificación vigente hasta la actualidad. Establece 4 tipos de DM y un 5º

grupo de personas con glicemias anormales con alto riesgo de desarrollar diabetes, así tenemos:

38. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención R.M. N° 719-2015/MINSA R.M. N° 719- 2015/MINSA, Lima – Perú 2016.
39. Tello V. M. Conocimientos, actitudes y prácticas de las medidas preventivas de la diabetes mellitus tipo 2 en los trabajadores mayores de 35 años de los centros de aplicación: productos unión y editorial imprenta Unión De La Universidad Peruana Unión - Lima, 2011. (en línea)
40. Morales V. J. Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos, Programa dispensarizados en los 6 centro de salud del SILAIS Estelí- Nicaragua, Mayo a Junio del 2007. Universidad Nacional Autonoma De Nicaragua Centro de investigaciones y estudios de la salud Maestria en salud pública 2005 – 2007. (en línea) Tesis para optar al título de Master en Salud Pública. OCOTAL, NUEVA SEGOVIA 2007. . (citado 8 de mayo de 2016). Disponible en: <http://papiros.upeu.edu.pe/bitstream/handle/123456789/109/CSS16Articulo.pdf?sequence=1>
41. Aguilar E. J, Espinoza D. E. Evaluación del conocimiento y práctica dietetica en pacientes diabéticos tipo 2. Gac Med Bol. (en línea). 2006; 29 (1):17-20 (citado 11 de mayo de 2016). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662006000100004&lng=es&nrm=iso 56 Sabag R. E.
42. Sabag R. E. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. Prevalencia en una unidad de medicina familiar. (en línea) Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (5): 415-421. (citado 3 de mayo de 2016). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im2006/im065e.pdf>
43. Yance S.LH. Nivel de conocimientos y aptitudes sobre complicaciones de la diabetes mellitus 2 en el Servicio de Endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Agosto-Setiembre 2013. Tesis de grado, Universidad Nacional Federico Villareal. 2014: 11-37



IV.- UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“Adherencia al tratamiento farmacológico y sus complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la Estrategia Sanitaria de Enfermedades No Transmisibles de un hospital de Ferreñafe, 2019”

I.- DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nº de Historia Clínica _____

Edad: _____ Sexo: _____

Grado de Instrucción: _____

Procedencia: _____ Ocupación: _____

Antecedentes socio económicos:

Situación económica: Buena () Regular () Bajo ()

Servicios básicos: Agua potable () luz () desagüe () ninguno ()

Vivienda: propia () alquilada () Material de construcción: adobe () noble () rústico ()

Antecedentes familiares

Papá () mamá () hermanos () tíos ()

Aspectos clínicos-laboratorial:

Peso Talla: PA: FC

Signo-sintomatología:

Poliuria polifagia polidipsia,

Valores de glicemia:

Valores de hematocrito

Complicaciones:

Neuropatías retinopatía nefropatía pie diabético

Otras_____

Esquema farmacológico:

Monoterapia: Metformina glibenclamida

Politerapia: otros

II.- DATOS ESPECÍFICOS ADHERENCIA A LA DIABETES MELLITUS 2

Tratamiento preventivo de la DM 2. Si () No ()

TEST DE MORISKY GREEN

1.- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

SI () NO ()

2.- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

SI () NO ()

3.- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

SI () NO ()

4.- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

SI () NO ()

TEST DE BATALLA

1. ¿Es la Diabetes una enfermedad para toda la vida? SI - NO

2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación? SI - NO

3. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la Diabetes Mellitus

tipo 2 no controlada



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____
DNI _____

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: "ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y SUS COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DE UN HOSPITAL DE FERREÑAFE, 2019"

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

En señal de conformidad asiento mi firma.

Chiclayo, de mayo 2019

.....

Nombre
DNI