

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES
MELLITUS TIPO II EN 2 HOSPITALES DE
PUCALLPA EN EL PERIODO 2017”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR LA BACHILLER

AMMY ASTRID CAVA MENDOZA

PUCALLPA – PERÚ

2019

**ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI:**



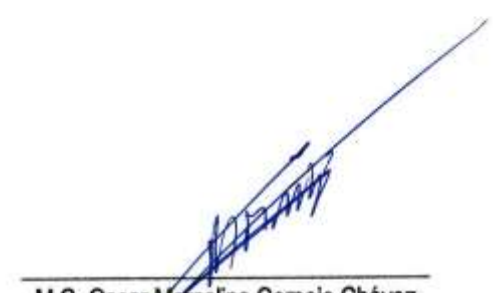
M.C. Mg. Luis Enrique Ruiz Solsol
Presidente del Jurado Evaluador



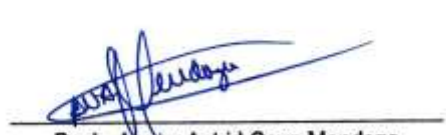
Dr. Arturo Rafael Heredia
Miembro del Jurado Evaluador



M.C. Luis Enrique Ciudad Fernández
Miembro del Jurado Evaluador



M.C. Oscar Marcelino Comejo Chávez
Asesor



Bach. Ammy Astrid Cava Mendoza
Tesisista



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Constancia

N° 101

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

La Dirección General de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el PROYECTO DE INVESTIGACION titulado:

"ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABETES MELLITUS TIPO II EN 2 HOSPITALES DE PUCALLPA EN EL PERIODO 2017"

Cuyo autor es:

Ammy Astrid, Cava Mendoza

Asesor: **Dr. Oscar Marcelino, Cornejo Chávez**

Escuela: **Medicina**

Facultad: **Medicina Humana**

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio, dicho documento presenta un porcentaje de similitud de **03%**.

El tal que de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO (10%), en el artículo 9: "Criterios de porcentaje de similitud". Se declara, que dicho trabajo de investigación: **SI** Contiene un porcentaje aceptable de plagio, por lo que **SI** se aprueba su originalidad.

En señal de verificación se FIRMA Y SELLA la presente constancia.


Firma: **DRA. DINA PARI QUISPE**
Direc. Gral Prod Intei

Fecha: **12/03/2019**

REPOSITORIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

AUTORIZACIÓN DE LA PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo, Ammy Astrid Cava Mendoza

Autor de la TESIS titulada:

"ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABETES
MELLITUS TIPO II EN 2 HOSPITALES DE
PUCALLPA EN EL PERIODO 2017"

Sustentada el año: 2019

Con la asesoría de: Dr. Oscar Marcelino Cornejo Chávez

En la Facultad de: Medicina Humana

Escuela profesional de: Medicina Humana

Autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali, bajo los siguientes términos:

Primero: otorgo a la Universidad Nacional Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar, (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido mi resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en forma digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas.

Tercero: autorizo la publicación

☒ Total (significa que todo el contenido de la tesis en PDF, será compartido en el repositorio).

☐ Parcial (significa que solo la carátula, la dedicatoria y el resumen en PDF serán compartidos en el repositorio).

De mi tesis de investigación en la página Web del Repositorio Institucional de la UNU.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 14/03/19

Email: amisita_163@hotmail.com

Firma [Firma manuscrita]

Teléfono: 944 997 922

DNI: 71449351

PORTADA

1.1 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

“ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETES MELLITUS TIPO II EN 2 HOSPITALES DE PUCALLPA EN 2 HOSPITALES DE PUCALLPA EN EL PERIODO 2017”

1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Salud Pública

1.3 AUTORES

Ammy Astrid Cava Mendoza

Bachiller en Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali.

1.4 ASESOR

Dr. Oscar Marcelino Cornejo Chávez

Docente Nombrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali.

1.4 INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS

La presente investigación es financiada (FOCAM - UNU)

1.5 INSTITUCIONES QUE FINANCIAN

Universidad Nacional de Ucayali

Hospital II EsSalud Pucallpa

Hospital Regional de Pucallpa

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi hijo, mis padres, mi esposo y mi hermano.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios por permitirme seguir cumpliendo mis metas como un instrumento para ayudar al enfermo en la medida que me lo permita. A mis padres que gracias a sus esfuerzos y sacrificios me ayudaron a formarme y definirme como persona que practica la perseverancia y empatía por y para su entorno. A mi hijo Luis Antonio por ser mi motivo a superar mis propias expectativas y a no rendirme en el camino. A mi esposo Luis Martínez por alentarme en esta meta. A mi hermano José Cava por su apoyo incondicional en materializar esta primera meta. A mis docentes que fueron los que me instruyeron en mi formación universitaria a mantener la humildad de mi profesión.

INDICE

PORTADA	V
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
INDICE	viii
RESUMEN.....	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN.....	xii
CAPITULO 1.....	1
PROBLEMA.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	2
1.3. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICO	3
1.4. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION	4
CAPITULO II.....	5
MARCO TEORICO	5
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	5
2.2. Bases Teóricas	9
2.3. HIPOTESIS	22
2.4. Variable de estudio	24
CAPITULO III.....	29
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	29
3.1. AMBITO DE ESTUDIO	29
3.2. TIPO DE ESTUDIO.....	29
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	29
3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	30
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	30
3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	30
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
3.9. TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	32

CAPITULO IV RESULTADOS.....	38
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	33
4.2. DISCUSIÓN	50
CONCLUSIÓN.....	52
RECOMENDACIONES.....	53
REFERNCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
ANEXOS	60

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulada “Adherencia Terapéutica en Diabetes Mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa en el periodo 2017”, busca identificar los niveles de asociación existente entre los factores sociodemográficos y la adherencia de los pacientes, para lo cual se hizo uso de una investigación de tipo de investigación descriptivo - correlacional con una muestra conformada por 159 pacientes del Hospital ESSALUD de Pucallpa y 108 pacientes del Hospital Regional de Pucallpa de una población total de 348 pacientes, para lo cual se hizo uso de una encuesta compuesta por 10 preguntas y el test de morisky-Green, obteniendo así que No existe relación entre comorbilidades y la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos del. HRP y ESSALUD, No existe relación entre el consumo de medicamentos de comorbilidades y la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos del HRP y ESSALUD, Existe relación entre el tiempo de diagnóstico con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus 2 del HRP y ESSALUD, No existe relación entre el entre grado de instrucción con la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos del HRP y ESSALUD, No existe relación entre el nivel económico y la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos del HRP y ESSALUD.

ABSTRACT

The present research work entitled " Adherencia Terapéutica en Diabetes Mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa en el periodo 2017", seeks to identify the levels of association between the number of prescription drugs and the level of adherence of the patients, for which an investigation of the type of observational - analytical - cross-sectional research was made with a sample consisting of 159 patients of the ESSALUD Hospital of Pucallpa and 108 patients of the Regional Hospital of Pucallpa out of a total population of 348 patients, for which was made use of a survey composed of 10 questions and the Green Morisky test, obtaining that there is no relationship between comorbidities, and the therapeutic adherence in diabetic patients. HRP and ESSALUD, There is no relationship between the consumption of comorbid drugs and the therapeutic adherence in diabetic patients of HRP and ESSALUD. There is a relationship between the time of diagnosis with therapeutic adherence in patients with diabetes mellitus2 of HRP and ESSALUD. There is no relationship between the degree of instruction with the therapeutic adherence in diabetic patients of HRP and ESSALUD, There is no relationship between the economic level and the therapeutic adherence in diabetic patients of HRP and ESSALUD.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la diabetes tipo II es una de las enfermedades más conocidas a nivel mundial, es así que la Organización Mundial de la Salud, la presenta como la octava enfermedad que más muertes causa a la población mundial. Sin embargo, muchos estudios han demostrado que las personas que sufren este mal pueden vivir normalmente llevando un adecuado control de la enfermedad, es decir, adhiriéndose al tratamiento recetado por un especialista, sin embargo, tal y como lo demuestran muchos estudios, gran porcentaje de los pacientes que padecen esta patología no siguen las recomendaciones tal cual fueron brindadas, lo que afecta en gran medida su calidad de vida y su economía, es así que en la presente investigación, se busca identificar los distintos factores causantes de la no adherencia al tratamiento médico e identificar que tanto influyen en él.

El trabajo está conformado por 4 capítulos, en los cuales se plasma toda la investigación, en el capítulo I se plasman los aspectos relacionados a la problemática y aspectos metodológicos como los objetivos y problemas en conjunto con la justificación de la investigación.

El capítulo II está abocado netamente a plasmar las bases teóricas, estudios anteriores, hipótesis y variables objeto de estudio.

El capítulo III plasma los aspectos metodológicos referidos al tipo de investigación, población y muestra, técnicas de recolección de data, entre otros.

Finalmente, en el capítulo IV se plasman los resultados obtenidos en la investigación y las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

CAPITULO I

PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), presenta a la diabetes como la octava enfermedad causante de mortalidad a nivel de todo el mundo, estimado que en el año 2035 esta patología afectara en promedio a 591,9 millones de personas (1). Hoy por hoy, la cantidad de personas que padecen de esta enfermedad suman en promedio 387 millones, mientras que de cada siete personas que padecen esta patología muere una (2). Es así que en vista de estas cifras se han introducido varios fármacos, entre los que destacan la metformina (76,4%) y las sulfonilureas (43,6%) como antidiabéticos orales, así también un 24,9% de los que padecen diabetes son tratados mediante insulino terapia (3,4). Sin embargo, a pesar de contar con dicha variedad de medicamentos, los niveles de adherencia al tratamiento farmacológico son bajos (3,5,6) debido a la polifarmacia (7), el desvanecimiento de los síntomas, efectos secundarios presentes en algunos casos (4) y la presencia de medicina tradicional; entre otros (4,8,9). Los pacientes que presenta bajos niveles de adherencia por lo general llevan a gastos para estabilizar dichas complicaciones son muy elevados, tanto así que se invierte cerca de 4,7 billones de dólares anuales a causa de la mala adherencia de estos (12).

En promedio en nuestro país, se calcula que los gastos por cuidar a cada paciente diabético ascienden a los S/.1560 ya que el país cuenta con una prevalencia de esta enfermedad del 6,4% (2). Siendo

la complicación con mayor frecuencia la neuropatía periférica, (6,7) y la mayoría de las causas de fallecimiento son por las infecciones, donde el 32,3% de los pacientes internados no hacen uso de ningún tipo de tratamiento hipoglucemiante antes de haber sido internados (15). Por lo expuesto es necesario que se realicen estudio en la población diabética, para determinar la adherencia terapéutica en relación a los factores sociodemográficos.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

- ¿Cuál es la asociación que existe entre la adherencia terapéutica y las características sociodemográficas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II de 2 hospitales de Pucallpa?

1.2.2. PROBLEMA SECUNDARIO

- ¿Cuál es la influencia del número de medicamentos prescritos en la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo 2017?
- ¿Cuál es la influencia de la edad con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo 2017?
- ¿Cuál es la influencia del sexo con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo 2017?
- ¿Cuál es la influencia de comorbilidades con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo 2017?
- ¿Cuál es la influencia del consumo de medicamentos por otra patología y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes

mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo 2017?

- ¿Cuál es la influencia entre el tiempo de diagnóstico de la enfermedad con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo 2017?
- ¿Cuál es la influencia del nivel educativo con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo 2017?
- ¿Cuál es la influencia del nivel socioeconómico con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo 2017?

1.3. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICO

1.3.1. OBJETIVO GENERAL.

- Determinar la asociación que existe entre la adherencia terapéutica y las características sociodemográficas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II de 2 hospitales de Pucallpa en el periodo 2017.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la influencia del número de medicamentos prescritos en la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo 2017.
- Establecer la influencia de la edad con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo 2017.
- Establecer la influencia del sexo con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo 2017

- Establecer la influencia de comorbilidades con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo 2017
- Establecer la influencia del consumo de medicamentos por otra patología y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo 2017
- Establecer la influencia entre el tiempo de diagnóstico de la enfermedad con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo 2017.
- Establecer la influencia del nivel educativo con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo 2017
- Establecer la influencia del nivel socioeconómico con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo 2017.

1.4. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La educación en salud que recibe el paciente por parte de los médicos influye en la adherencia en el tratamiento y en su mejoría (16), es por eso que es necesario determinar si existe una adecuada adherencia a los fármacos antidiabéticos y sus factores asociados; pues la no adherencia al tratamiento conlleva a un mal control de la enfermedad y la aparición de complicaciones.(17) Estos resultados que se esperan obtener serán considerados al momento de la atención brindada durante el accionar médico-paciente y mejorar la calidad de su terapéutica mediante intervenciones por parte de los profesionales de la salud.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1.1. INVESTIGACIONES EXTRANJERAS

En un estudio realizado en Chile el promedio de la hemoglobina glicosilada fue de 9,110 (DT = 2,83), lográndose identificar que el 26% de los participantes del estudio poseía un buen control metabólico con unos niveles de hemoglobina glicosilada por debajo de 7%, el 34% de los participantes obtuvo un control moderado con niveles de hemoglobina glicosilada que se encuentran entre los 7 y 8,9% y el 40% de la muestra restante obtuvo un mal control metabólico con niveles de hemoglobina glicosilada superiores a 9%). Los resultados también mostraron que los pacientes con niveles elevados de estrés, fueron los que obtuvieron menores niveles de adherencia a su tratamiento, en especial en las subcategorías relacionados con su dieta general, en donde se obtuvo una correlación significativa - negativa (con un $r = -0,354$ y un $p = 0,012$), así también el estudio demostró que el estrés tenía una relación directa con la hemoglobina glicosilada (con un $r = 0,291$ y un $p = 0,040$). (18)

En un estudio realizado en España sobre adherencia a la medicación en pacientes que padecían de diabetes tipo 2 se lograron identificar 3.166 investigaciones entre el año 2004 y 2013., de todos ellos se tomaron 27 investigaciones que cumplían con todos los requisitos necesarios para dicha investigación. Es así que en estos estudios se logró identificar una prevalencia de adherencia al tratamiento que variaba entre el 38,5% y el 93,1%, y solamente 7 de los 27 estudios

alcanzaron una prevalencia de adherencia $\geq 80\%$ (19). (2), Entre los factores identificados fueron 1) identificado con el paciente, 2) identificado con variables medicinales y tratamiento 3) identificado con el seguro social (tabla 1). De estos, solo el estado mental, el dolor explícito y los costos de los medicamentos se relacionaron de manera confiable con la adherencia a través de numerosos exámenes con diferentes poblaciones y estructuras (20).

Diferentes factores, por ejemplo, edad de expansión, sexo, raza, estado conyugal, dimensión de la instrucción, reconocimiento sobre el requisito del medicamento, estado de bienestar, estado financiero, duración de la diabetes, tipo de medicamento, tener cobertura de atención médica y la repetición de visitas Los expertos en bienestar no estaban esencialmente relacionados con el cumplimiento de la prescripción en más del 33% de las investigaciones (21).

Un estudio realizado en Uruguay demostró que un 56% de los encuestados relata presentar buena adherencia al tratamiento farmacológico. Dado que, para considerar una buena adherencia al tratamiento farmacológico, la respuesta a todas las preguntas debe ser adecuada. Este aspecto se evaluó según la prueba de Morisky-Green y las siguientes características podrían discriminarse: casi el 80% de los encuestados informaron que no se olvidaron de tomar el medicamento y un porcentaje aún mayor los tomó en los momentos indicados (88%). El 86% no abandona el medicamento, aunque se sienta bien. Los 65 no dejan de tomar el medicamento a pesar de no sentirse bien con él (22).

En un estudio realizado en Colombia se demostró que la adherencia al régimen terapéutico el promedio general fue de 3.11 ± 0.4 puntos, indicando una adherencia de a veces demostrada. Respecto a los

indicadores, solo cuatro obtuvieron un grado superior a 4.0, que corresponde a la adherencia frecuente, entre ellos: cumple con el régimen de medicamentos (promedio 4.43 ± 1.1), este indicador evalúa las indicaciones en la toma de medicamentos como la dosis, tome y las horas indicadas; Saldos de actividad y descanso (promedio 4.42 ± 0.7 puntos) que investigaron aspectos como las horas de sueño, actividades recreativas y de descanso; Sigue la dieta prescrita (promedio de 4.09 ± 0.9 puntos) evalúa el cumplimiento de una dieta baja en sal, grasas, azúcares, harinas y un mayor consumo de frutas y verduras; evita las conductas que mejoran la patología (promedio de 4.02 ± 0.8 puntos) que evalúa los hábitos y las situaciones que influyen en la presión arterial y la diabetes, como el alcohol y el tabaco, así como las situaciones que generan disgusto o preocupación. En un nivel demostrado a veces, se encontraron dos elementos que evalúan aspectos como la modificación o la interrupción de actividades en el hogar o el trabajo para cumplir con el tratamiento y la asistencia a citas o controles con un profesional de la salud por varias razones. El primero corresponde a las funciones del rol para el cumplimiento terapéutico (promedio 3.62 ± 1.1 puntos) y el segundo incluye los indicadores de la cita solicitada con el profesional de la salud cuando sea necesario y, si es necesario, 3.91 ± 0.7 puntos (23).

El estudio “adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II que asistieron en el programa de salud en el hospital de ANCUD – Chile 2010; de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal donde utilizaron el test de Morisky– Green – Levine, en relación a los resultados, se observó un bajo porcentaje de adherencia al régimen terapéutico (57%), En cuanto a los niveles de control de la glicemia se observan resultados muy por sobre el nivel normal (menor a 126 mg/dl según Minsa.

2.1.2 INVESTIGACIONES NACIONALES

Castillo K. (2017), desarrollo el estudio “Factores asociados a la adherencia del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital santa Rosa de Piura”. Fue un estudio de tipo analítico, observacional transversal. La población estuvo compuesta por 167 pacientes con DM2. El instrumento utilizado fue el Test de MoriskyGreen. Los resultados obtenidos fueron que el nivel académico y sociocultural estuvo asociados e influenciaron en la adherencia del tratamiento.

Ataypoma J. (2015), desarrollo el estudio Eficacia de un programa piloto de seguimiento farmacoterapéutico para resolver problemas relacionados con medicamentos en pacientes con infecciones respiratorias atendidos en la farmacia América salud, distrito de Chimbote, el método utilizado fue cuasi experimental. La Población estuvo compuesta por 12 pacientes. El instrumento fue una guía de seguimiento. Los resultados que se obtuvieron son: el 78 % fueron resueltos y los no resueltos que deja expuesto al paciente son el 22 % de la población. Las adherencias fueron significativa por lo tanto es eficaz.

Cribilleros M (2017) en lima, realizo un estudio titulado “Efecto de un programa educativo en la autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión” el método fue cuantitativo cuasi experimental. La población estuvo constituida por 25 pacientes entre un grupo experimental y otro grupo control. El instrumento utilizado fue una escala de autoeficacia y un cuestionario de Calidad de vida. Los resultados fueron: Luego de la intervención se alcanzó puntuaciones promedias mayores de autoeficacia en el grupo experimental (36,72+-4,38)

respecto al grupo control (14,76+5,40). También se logró puntuaciones promedias mayores de calidad de vida en el grupo experimental (205,16+- 28,30) respecto al grupo control (104,88+28,08), se tuvo como conclusión que el programa educativo desarrolla la autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

2.1.3. INVESTIGACIONES LOCALES

No se logró identificar estudios locales sobre las variables objetos de estudio en ninguna de las universidades ni centros de investigación de la provincia de Pucallpa, ni la región.

2.2. BASES TEÓRICAS

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus (DM) es un problema metabólico representado por la hiperglucemia debido a las imperfecciones en la emisión de insulina, o su impacto, o ambos, y por la hiperglucemia incesante que crea el desorden de la digestión del azúcar, grasas y proteínas que dañan a la criatura (24).

Clasificación de tipos de diabetes mellitus

- **Diabetes mellitus tipo 1**

La Diabetes mellitus tipo 1 presenta la aniquilación de las células beta, por lo que provoca la insuficiencia total de la insulina y está sujeta a esta hormona. 24

La fisiopatología de la pérdida de las células beta es típicamente el sistema inmunológico, sin embargo, hay casos de DM1 de inicio idiopático. Para separar, se evalúa la estimación de anticuerpos, por ejemplo, hostiles a GAD65, células de los islotes (ICA), Antitirosina fosfatasa (IA-2) y Antiinsulina, su reconocimiento permite subdividir la DM1 en: A) autoinmune; y B) idiopática.

Por otra parte, también hay dos tipos de signos clínicos de diabetes mellitus tipo 1: el primero aparece en la juventud, y la insulina es importante para soportar. Entonces, nuevamente, el segundo aparece en la vida del adulto, ya que tiene un movimiento moderado y al principio no es insulina. (25)

Sus manifestaciones comprenden poliuria, polidipsia, polifagia, desdicha de peso, desorden visual y cansancio, que pueden aparecer de repente. 26

- **Diabetes Mellitus tipo 2**

La diabetes mellitus tipo 2 depende del cambio de insulina u obstrucción de la insulina. Es el tipo más predominante y registra alrededor del 90% -95% de los diabéticos (25). La aparición de este tipo de diabetes fue en adultos, pero hoy en día también se está mostrando en niños. 26

La mayoría de las veces tiene un comienzo difícil y un curso dinámico, se relaciona con un IMC alto y una calidad estacionaria, cuya tristeza está controlada fundamentalmente por dificultades microvasculares. 25

Desde la perspectiva fisiopatológica, la DM2 se puede subdividir en: A) predominantemente insulinoresistente con insuficiencia relativa de insulina; y B) abrumadoramente con una deficiencia que emite insulina con o sin oposición de insulina. (25). Básicamente, con el interés de la obstrucción hepática y fuerte de la insulina, a pesar de la inclusión de tejido adiposo, tejido gastrointestinal, célula alfa del islote pancreático, riñón y cerebro (26).

La sintomatología es como la diabetes tipo 1, sea como sea, la fuerza es menor, y su último hallazgo es la relación con las complejidades de la enfermedad (26).

- **3.3.2.3. Diabetes Mellitus gestacional**

La Diabetes Mellitus Gestacional se caracteriza por un ajuste de las dimensiones de la glucemia que comienza solo en medio del embarazo y la gravedad variable (23).

Las mujeres que sufren con diabetes gestacional tienen una mayor incidencia de complicaciones en medio del embarazo y el parto, y una alta tasa de DM-2 en el futuro (26). Además, tanto la madre como sus hijos están en mayor peligro de crear diabetes tipo 2 más adelante. Su hallazgo depende de las pruebas antes del nacimiento, en lugar de la instalación. 27

CRITERIOS DE DIABETES MELLITUS

Para llevar a cabo la conclusión correcta de la diabetes mellitus, se debe hacer una historia clínica del paciente, con el fin de distinguir elementos y estilos que impactan la vida del

paciente. Para la diabetes mellitus tipo 2, la prueba de glucosa en sangre en ayunas es la más prescrita, dado que es una prueba rápida y disponible.(21)

Los criterios que se acompañan se utilizan para el análisis de la diabetes:

a) Glucemia en ayunas estimada en plasma venoso equivalente o más prominente que 126 mg / dl en dos eventos. El marco de tiempo de ayuno debe estar alrededor de 8 horas antes de realizar la prueba.

b) Indicaciones de diabetes además de una glucemia no intencional estimada en plasma venoso equivalente o más prominente que 200 mg / dl. Es decir, se toma cada vez que se desliza desde la última fiesta.

c) Glucemia estimada en plasma venoso más notable que o equivalente a 200 mg / dl, a las 2 horas de una prueba de resiliencia a la glucosa (PTG), con 75 gr de glucosa anhidra por vía oral. 21

La utilización de hemoglobina glicosilada no está prescrita para el hallazgo de DM-2, ya que es difícil de acceder en nuestra nación, lo que adicionalmente la combina con técnicas para su seguridad y la ausencia de institucionalización de una estrategia institucionalizada para el procedimiento indicativo. (26)

Por otra parte, para la conclusión en un individuo asintomático, es básico tener en algún lugar una

consecuencia adicional de la glucemia equivalente o más prominente que las cifras descritas en los criterios An y B. En cualquier caso, existe la posibilidad de que todavía no haya Si no se afirma la proximidad de la diabetes mellitus, es deseable hacer controles intermitentes para obtener cada vez más información sobre los objetivos, por lo que se suele estimar progresivamente la instalación y los factores de riesgo que presenta cada paciente. (21)

Complicaciones para Diabetes Mellitus

- Complicaciones renales

El tratamiento de diabetes mellitus es lograr niveles de glucosa en la sangre que no afecten a las cualidades típicas, lo que afecta el inicio y el movimiento de los inconvenientes microvasculares. Con respecto a la infección renal en pacientes con diabetes mellitus, se prescribe para decidir los niveles de albúmina urinaria y la tasa de filtración glomerular en cualquier caso cada año en pacientes con diabetes mellitus con una duración de > 5 años, en todos los sujetos con Diabetes Mellitus y en todos los pacientes con hipertensión.

El control glucémico disminuye el riesgo o pospone el movimiento a la enfermedad renal diabética. Para pensar que un paciente presenta albuminuria, 2 a 3 ejemplos de orina reunidos dentro de 3 a medio año deben ser irregulares. En las personas con diabetes mellitus, se prescriben dimensiones del pulso de <140/90 mm Hg para disminuir el riesgo o el movimiento de aplazamiento hacia la ERD. (31)

- Retinopatía diabética

Para mantener un gran control de la retinopatía diabética, se debe mantener un gran control glucémico para mantenerse alejado de sus secuelas. El control afecta el avance de la tensión circulatoria y el control de los lípidos que afecta el movimiento de la infección.

Los pacientes con Diabetes mellitus deben realizar una evaluación oftalmológica, con fondo de ojo, dentro de los primeros 5 años de la enfermedad. En el caso de que la retinopatía diabética esté ausente, la prueba ocular debe realizarse como un reloj. Por otra parte, si hay un llamado a la enfermedad, debe realizarse con más regularidad. 31

- Neuropatía periférica

La investigación de neuropatía periférica diabética debería realizarse en todos los pacientes con diabetes mellitus a partir de la temporada de conclusión de diabetes mellitus tipo 2 y 5 años de análisis de diabetes mellitus tipo 2. Su identificación depende de la evaluación de la afectabilidad de la vibración utilizando un diapasón de 128 Hz y la afectación del corte.

El control glucémico debe simplificarse para evitar o retrasar el inicio de la neuropatía en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y posponer el movimiento de la neuropatía en sujetos con diabetes mellitus tipo 2.

Los signos y efectos secundarios de la rotura autónoma en los hombres causan rotura eréctil o descarga retrógrada. Además, la neuropatía gastrointestinal puede influir en cualquier parte del tracto relacionado con el estómago, ya que la obstrucción es la manifestación más incesante relacionada con el estómago; sin embargo, puede sustituirse por escenas de aflojamiento de los intestinos. 31

- El pie diabético

La evaluación debe aparecer en pacientes con un pasado lleno de extirpación, distorsiones del pie, enfermedad de los vasos sanguíneos marginales, control deficiente de la glucemia, impedimento visual, neuropatía marginal o tabaquismo que presentan un alto riesgo. Asimismo, debería haberse ido para reconocer la pérdida de la afectabilidad defensiva. El análisis depende de la no desaparición de la afectividad al monofilamento, sin embargo, si se exhiben alrededor de 2 investigaciones típicas y la ausencia de un estudio anormal se descarta la patología.

La evaluación del índice tobillo-braquial de la parte inferior de la pierna debe realizarse en pacientes de 50 años o más de experiencia y debe considerarse en pacientes menores de 50 años que tienen otros factores de riesgo. 31

Tratamiento Farmacológico

Metformina

Se invierte en el sistema digestivo pequeño en una estructura inadecuada y moderada, en ese punto presenta impactos

antihiperglucémicos, que no cambian por completo las convergencias de la insulina, su componente más esencial, se administra al reprimir la creación de glucosa en el hígado (gluconeogénesis). a través de la activación de una sustancia química del hígado llamada proteína quinasa iniciada por el monofosfato de adenosina (AMPK), que produce un obstáculo en la calidad de la articulación de la gluconeogénesis. (32)

Los síntomas más conocidos de la Metformina son gastrointestinales: diarrea, náuseas, vómitos, anorexia o "sabor metálico", flatulencia, astenia, molestias estomacales y migraña. Otros síntomas de distensión son: obstrucción en la retención de nutrientes B12 y corrosivo fólculo. (32)

Glibenclamida

La Glibenclamida es un antidiabético intenso, que ocupa un lugar en la segunda era de las sulfonilurias. Se utiliza como complemento del régimen de alimentación para disminuir los niveles elevados de glucosa en sangre en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

La Glibenclamida se muestra en el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que no han logrado la Normoglucemia con un plan de sustento y, además, ejercicio físico. Disminuye la fijación de glucosa en la sangre al tonificar la llegada de insulina de las células β del páncreas. (32)

Algunos pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 tratados con insulina pueden intercambiarse con eficacia por Gliburida. En

el caso de que las porciones de insulina sean menores a 20 unidades / día, se debe probar una porción de insulina de 2.5-5 mg una vez al día.

La Glibenclamida tiene impactos extrapancreáticos que disminuyen la generación de glucosa hepática al expandir la afectabilidad de las células beta del páncreas y para aumentar la descarga de insulina, con la reducción de la hiperglucemia perpetua, disminuyendo así el azúcar en la sangre. Se enlaza con los receptores de películas explícitas de células β del islote de Langerhans, con alta parcialidad, que están cerca de los canales K^+ ; Al unir la Glibenclamida a su receptor, los canales delicados de $K^+ ATP$ se dificultan (cierran) y la penetración de la capa a k^+ disminuye. (32)

Insulina

La insulina es la mejor conocida de los operadores hipoglucemiantes. Cuando todo está dicho, los pacientes con diabetes tipo 2 que utilizan insulina son menos continuos de lo que deberían, y su inicio en general se pospondrá. La idea dinámica de la diabetes tipo 2 y su tratamiento debe ser divulgada rutinariamente a los pacientes.

Nivel de Adherencia al Tratamiento

Se define adherencia al tratamiento como el comportamiento del paciente que coincide con la prescripción, en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o transformar su estilo de vida. La adhesión al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el

paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la medida en que el paciente se adhiere a las pautas medicinales para realizar un tratamiento. El seguimiento de un régimen alimentario o el ajuste de una forma de vida concuerdan con las señales proporcionadas por el médico responsable de su tratamiento (34). Haynes y Sackett caracterizaron esta idea como la medida con la cual el paciente cambia su conducta de introducción hacia la admisión de la receta; Al actualizar dicha medida es posible garantizar la consistencia en los medicamentos. Esto infiere el reconocimiento de una conclusión de la que depende la visualización, que puede ser negativa de vez en cuando. (35)

La diferencia entre las expresiones "adherencia" y "consistencia" es que la adherencia sugiere una elección conjunta del paciente y del proveedor de servicios médicos. La adhesión implica una relación en la que el paciente y el proveedor aceptan las alternativas de tratamiento más adecuadas para el paciente. La definición adoptada por el Grupo de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud sobre la adherencia al tratamiento tardío expresa: "El grado en que la conducta de un individuo: tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el método de la vida" se relaciona con las sugerencias concurridas de un proveedor de servicios medicinales. "(36)

Variables que influyen en la no adherencia del tratamiento.

La adherencia restaurativa es un procedimiento impredecible y multidimensional que está controlado por la actividad igualitaria de muchos componentes que al ver las variedades no pueden contribuir a la satisfacción del tratamiento farmacológico, se pueden reunir en cinco reuniones: variables financieras, las identificadas con El hardware o el marco de servicios humanos, con la enfermedad, con el tratamiento y con el paciente.

- **Variables financieras**

Estado financiero deficiente, indigencia, ausencia de educación, baja dimensión instructiva, desempleo, ausencia de grupos de personas alentadores y sociales, condiciones de vida inestables, retirarse del enfoque del tratamiento, gasto de transporte alucinante, gasto de droga alucinante, cambio Circunstancias ecológicas, cultura y puntos de vista generales sobre la dolencia y el tratamiento y el quebrantamiento familiar.

- **Variables identificadas con el engranaje o el marco de servicios humanos.**

Administraciones de bienestar inmaduro, marcos insuficientes de apropiación de medicamentos, falta de aprendizaje y preparación de la fuerza laboral de bienestar en el control de enfermedades incesantes, proveedores de seguros sociales sobrecargados, ausencia de incentivos, entrevistas cortas,

poco límite del marco para instruir a los pacientes y dar desarrollo. , impotencia para desarrollar el apoyo de la red y la capacidad de autocuidado, ausencia de información sobre la adherencia e intercesiones viables para mejorarla.

- Componentes identificados con la infección.

La gravedad de las indicaciones, el nivel de incapacidad (físico, mental, social y profesional), la velocidad de movimiento y la gravedad de la infección y la accesibilidad de medicamentos viables.

- Componentes identificados con el tratamiento.

Naturaleza multifacética de la rutina terapéutica y su duración, decepciones de medicamentos pasados, cambios en la visita al tratamiento, la llegada de los impactos beneficiosos, las reacciones y la accesibilidad de la ayuda restaurativa para tratarlos.

- Componentes identificados con el paciente.

Los activos, aprendizajes, mentalidades, convicciones, discernimientos y deseos para el paciente. Además, la negligencia, el estrés psicosocial, la angustia debido a los impactos desfavorables concebibles, poca inspiración, información deficiente y capacidad para controlar las indicaciones de la enfermedad y el tratamiento; No veo sus necesidades o impacto y juzga mal las directrices, entre

diferentes variables. De extraordinaria intriga consideramos estos componentes en el paciente mayor. (33)

- **TEST DE MORISKY-GREEN**

El test de Morisky-Green es todo menos difícil de utilizar y accesible en la disposición de historial terapéutico de la PC a la que se dirigen los especialistas en su mayor parte, debido a que se aplica con preguntas muy sencillas y fáciles de entender lo que da un resultado superior en la evaluación de la adherencia a Tratamiento farmacológico (37).

Test de Morisky-Green: evalúa si el paciente recibe la mentalidad correcta en relación con lo útil; No es valioso para la medicina en interés. En el caso de que una de las siete consultas sea contestada erróneamente y la octava tenga una escala tipo Likert, se considera rebelde o no adherente de los inconvenientes posibles de la diabetes mellitus y el 22.6% conocía las complejidades disponibles (37).

2.3. HIPOTESIS

2.3.1. HIPOTESIS GENERAL

- **Hi:** Existe la asociación que existe entre la adherencia terapéutica y las características sociodemográficas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II de 2 hospitales de Pucallpa en el periodo 2017.

Ho: No existe la asociación que existe entre la adherencia terapéutica y las características sociodemográficas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II de 2 hospitales de Pucallpa en el periodo 2017.

2.3.2. HIPOTESIS ESPECIFICAS

Hi: Existe influencia entre el número de medicamentos prescritos y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo enero-diciembre del año 2017

Ho: No existe influencia entre el número de medicamentos prescritos y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo enero-diciembre del año 2017

Hi: Existe influencia entre la edad y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo enero-diciembre del año 2017

Ho: No existe influencia entre la edad y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo enero-diciembre del año 2017

Hi: Existe influencia entre el sexo y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo enero-diciembre del año 2017

Ho: No existe influencia entre el sexo y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo enero-diciembre del año 2017

Hi: Existe influencia entre comorbilidades y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo enero-diciembre del año 2017

Ho: No existe influencia entre comorbilidades con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo enero-diciembre del año 2017

Hi: Existe influencia entre el consumo de medicamentos por otra patología y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo enero-diciembre del año 2017

Ho: No existe influencia entre el consumo de medicamentos por otra patología y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo enero-diciembre del año 2017

Hi: Existe influencia entre el tiempo de diagnóstico de la enfermedad y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo enero-diciembre del año 2017

Ho: No existe influencia entre el tiempo de diagnóstico de la enfermedad y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo enero-diciembre del año 2017

Hi: Existe influencia entre el nivel educativo con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo enero-diciembre del año 2017

Ho: No existe influencia entre el nivel educativo con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo enero-diciembre del año 2017

Hi: Existe influencia entre el nivel socioeconómico y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo enero-diciembre del año 2017

Ho: No existe influencia entre el nivel socioeconómico y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo II en 2 hospitales de Pucallpa durante el periodo enero-diciembre del año 2017

2.4. VARIABLE DE ESTUDIO

2.4.1. Variable Dependiente

- Adherencia Terapéutica

2.4.2. Variable Independiente

- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo II

2.4.3. VARIABLE INTERVINIENTE

- Edad
- Sexo
- Complicaciones de la DM II
- Numero de medicamentos para otras comorbilidades
- Numero de medicamentos prescritos
- Tiempo de Diagnóstico para la enfermedad
- Nivel Educativo
- Socioeconómico

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES	INSTRUMENTO
Adherencia al tratamiento	Es una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado.	Es el hecho o fenómeno que favorece el cumplimiento en la toma de medicamentos antidiabéticos en los pacientes de los dos hospitales	Categórica	Nominal	Sí = 1 No= 0	Test de Morisky-Green
Número de medicamentos para DM2.	Es la cantidad de fármacos administrados a un mismo paciente dependiente por una patología crónica.	Es el cierto uso de medicamentos administradas al mismo paciente con Diabetes Mellitus	Cuantitativa	De razón	Número de pastillas diferentes que toma	Ficha de recolección de datos
Edad	Maduración continua y consecutiva, fisiológica y psicológica, del individuo desde el nacimiento hasta los octogenarios y más. .	Edad cronológica del paciente, al momento de realizar la encuesta.	Cuantitativa	De razón	Años cumplidos	Ficha de recolección de datos
Sexo	La totalidad de características de las estructuras reproductivas y sus funciones, fenotipo y genotipo, que	Sexo al que pertenece el paciente que se realiza la encuesta	Cualitativa	Nominal	0=Masculino 1=Femenino	Ficha de recolección de datos

	diferencia al organismo masculino del femenino.					
Complicaciones de la DM2	Afecciones o procesos patológicos asociados a la enfermedad de diabetes mellitus debido al control deteriorado del nivel de la glucemia que se desarrolla en numerosos tejidos y órganos.	Existencia de procesos patológicos asociados a la enfermedad de diabetes mellitus.	Cualitativa	Nominal	0=No 1=Si	Ficha de recolección de datos
Número de medicamentos para otras comorbilidades	Uso de múltiples medicamentos que actúan sobre diferentes objetivos o caminos de la enfermedad.	Es la cantidad de medicamentos utilizado por el paciente además de los medicamentos para la diabetes mellitus.	Cuantitativa	De razón	Numero de pastillas diferentes que toman para otras enfermedades	Ficha de recolección de datos
Tiempo de diagnóstico de la enfermedad	Tiempo transcurrido de la determinación por una evaluación de la naturaleza de una enfermedad o estado o la distinción de una enfermedad o estado de otra.	Tiempo que ha transcurrido que se diagnosticó al paciente encuestado.	Cuantitativa	De razón	Años que han transcurrido desde el diagnóstico de comorbilidades	Ficha de colección de datos

Nivel educativo	Período medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal	Identificación que hace el sujeto de su nivel educativo alcanzado del encuestado	Cualitativo	Nominal	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Ficha de recolección de datos
Nivel socioeconómico	Estrato de la población con igual posición y prestigio, incluye estratificación social.	Situación económica que se encuentra el encuestado	Cuantitativa	De razón	Cantidad de ingreso familiar del paciente	Ficha de recolección de datos

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. AMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio de la presente investigación son los hospitales de Pucallpa, en donde se realizará la recolección de datos que nos permitió alcanzar los objetivos del estudio.

3.2. TIPO DE ESTUDIO

El método que se empleara para este estudio es descriptivo correlacional en pacientes con diabetes mellitus tipo II que son hospitalizados en un hospital MINSA y otro Hospital ESSALUD de Pucallpa

Descriptivo: Se gestiona sin controlar intencionalmente los factores. Este tipo de estudios intenta observar las maravillas a medida que ocurren en su entorno característico y luego analizarlas. No se construye ninguna circunstancia, pero las circunstancias existentes se observan, no se incitan deliberadamente en el examen por parte de la persona que lo completa.

Correlacional: debido a que utiliza la recopilación de información dependiente de la estimación numérica y el examen de hechos, para establecer ejemplos de conducta y probar hipótesis. Propone una especie de investigación restringida y sólida. Sus preguntas de exploración son sobre temas explícitos.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de la presente investigación es correlacional, ya que trata de identificar los niveles de asociación entre variables.

3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método del que se valió el presente estudio para lograr con sus objetivos planteados, es el deductivo, ya que partió de criterios generales para alcanzar datos específicos y poder dar respuesta a sus interrogantes planteadas.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño del cual se hizo uso en la presente investigación, fue el no experimental, ya que todos sus objetivos fueron alcanzados mediante encuestas, sin necesidad de realizar experimentos.

3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

3.6.1. POBLACIÓN

Estuvo conformada por los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II que acuden a consulta externa de medicina interna y endocrinología en los 2 hospitales.

- En el hospital ES Salud el número de pacientes hospitalizados con el cuadro de diabetes es de 217 durante el año 2016
- En el hospital Regional de Pucallpa el número de pacientes diabéticos hospitalizados fue de 131 durante el año 2016.

3.6.2. MUESTRA Y MUESTREO

Calculando la muestra con un intervalo de confianza del 95% y una proporción esperada al 0,5% (debido a que no existen trabajos previos con el mismo outcome) y un error máximo de estimación al 4% me sale la siguiente muestra:

- En el Hospital ESSALUD de Pucallpa debo encuestar un total de 159 pacientes.

- En el Hospital Regional de Pucallpa debo encuestar un total de 108 pacientes,

Criterios de inclusión

- Personas mayores de 18 años.
- Personas en su pleno uso de sus facultades mentales.
- Pacientes que acepten voluntariamente responder el test.
- Pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II.

Criterios de exclusión

- Aquellos que se niegan a responder el test y/o no pueden seguir estrictamente las instrucciones.
- Personas que presenten trastornos mentales.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Test de Morisky

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se les realizara una encuesta de 03 secciones (ficha de datos, adherencia al tratamiento y complicaciones orgánicas) a los pacientes hospitalizados que presenten el diagnóstico de diabetes mellitus.

El test de Morisky consta de 4 preguntas de contraste y de respuesta dicotómica (si/no), esto test nos permite conocer si el paciente cumple con la medicación prescrita y debe ser aplicado a modo de conversación con el paciente. El paciente tiene adherencia al

tratamiento si responde correctamente las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No respectivamente. (19)

3.9. TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento de datos se realizará mediante el programa STATA 11,1; se expresarán los resultados de forma descriptiva a través de porcentajes de los pacientes que tuvieron adherencia a los medicamentos, estado civil, sexo, complicaciones de la diabetes tipo 2 utilizando medianas y rangos a variables como edad, nivel de glucemia, número de medicamentos que toma para la diabetes tipo 2, número de comorbilidades que presenta y tiempo que padece la enfermedad.

Posteriormente se realizará un análisis por modelos lineales generalizados mediante el cual se determinará el nivel de asociación entre la adherencia farmacológica y el número de medicamentos que el paciente toma diariamente, también se asociará la adherencia con otras variables secundarias, esto se realizará mediante el valor de PR y su significancia a través del valor p siendo valores asociados aquellos que muestren valores $< 0,05$.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

RESULTADOS

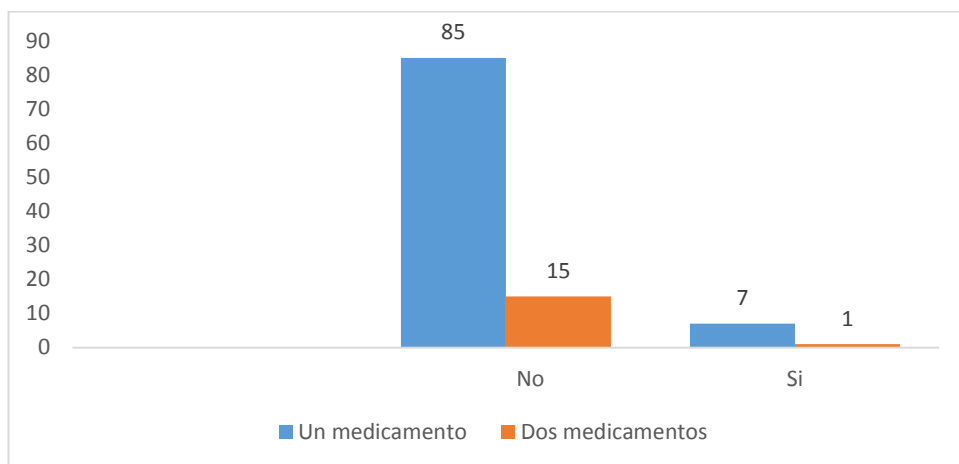
Tabla 01.- frecuencia y porcentaje de la influencia del número de medicación con la adherencia terapéutica en pacientes con DM 2 en el HRP

adherencia terapéutica			
Medicación de DM 2	No	Si	valor p
Un medicamento	85 (92,39%)	7 (7,61%)	0,84
Dos medicamentos	15 (93,75%)	1 (6,25%)	

Fuente: datos de la presente investigación

En relación al número de medicamentos se obtuvo que el 6,25% consumieron 2 medicamentos y presentaron adherencia terapéutica de un total de 8 pacientes diabéticos, el 7,61% consumieron un medicamento y presentaron adherencia terapéutica, el 92,39% consumieron un medicamento y no presentaron adherencia terapéutica de 100 pacientes diabéticos y el 93,75% de los pacientes diabéticos consumieron dos medicamentos y no presentaron adherencia terapéutica.

En el análisis bivariado, tras haber aplicado el estadístico de chi cuadrado se determinó que no existió relación ($p > 0,005$) entre el número de medicación de la diabetes mellitus 2 y la adherencia terapéutica en el Hospital Regional de Pucallpa.



Fuente: datos de la presente investigación

Grafica 01 influencia del número de medicación con la adherencia terapéutica en los pacientes con DM 2 en el HRP

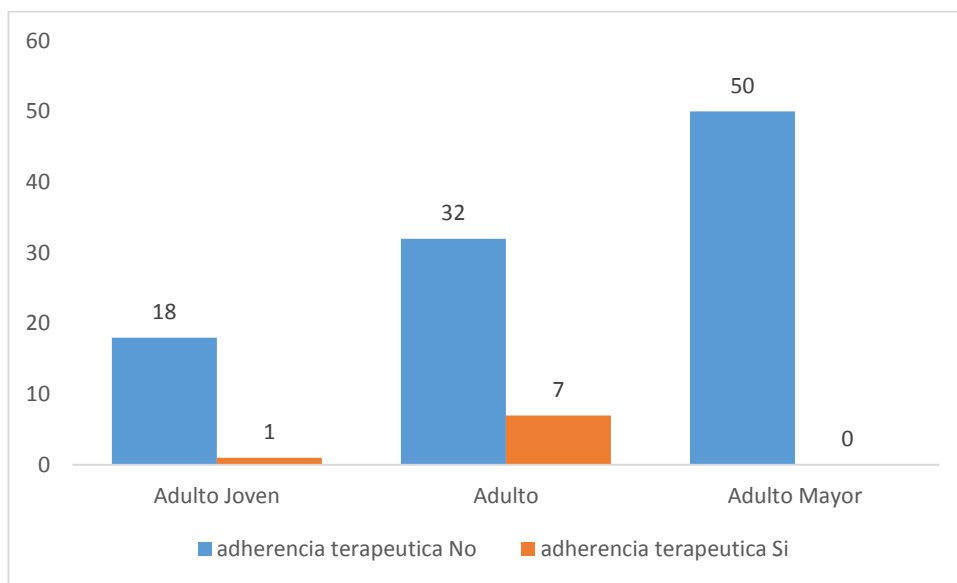
Tabla 02.- frecuencia y porcentaje de la influencia del grupo etario con la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el HRP

	adherencia terapéutica		
Grupo etario	No	Si	Valor p
Adulto Joven	18 (97,74%)	1 (5,26%)	0,005
Adulto	32 (82,05%)	7 (17,95%)	
Adulto Mayor	50 (100%)	0	

Fuente: datos de la presente investigación

En cuanto al grupo etario un 17,95% que presentaron adherencia terapéutica corresponden al grupo etario del adulto de un total de 39 pacientes diabéticos, el 5,26% presentaron adherencia terapéutica del grupo etario adulto joven de un total de 19 pacientes diabéticos y ningún adulto mayor presento adherencia terapéutica de un total de 50 pacientes diabéticos

En el análisis bivariado, tras haber aplicado el estadístico de chi cuadrado se determinó que existió asociación ($p < 0,005$) entre el grupo etario y la adherencia terapéutica. se identificó que los pacientes diabéticos del grupo etario adulto es el más prevalente en cuanto a la adherencia terapéutica en el hospital Regional de Pucallpa.



Fuente: datos de la presente investigación

Grafica 02 influencia del grupo etario con la adherencia terapéutica en los pacientes con DM 2 en el HRP

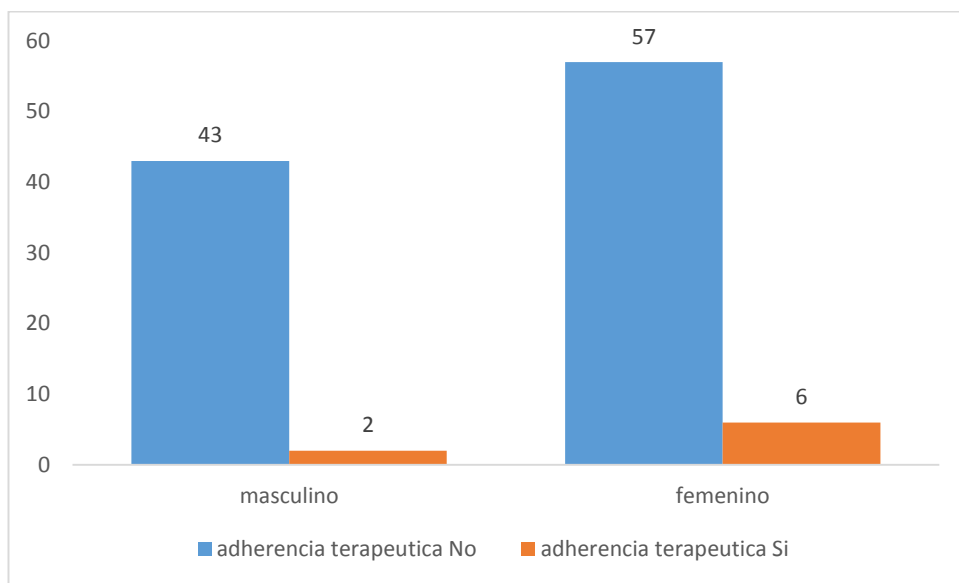
Tabla 03.- frecuencia y porcentaje de la influencia del sexo en la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el HRP

adherencia terapéutica			
SEXO	No	Si	valor p
masculino	43(95,56%)	2(4,44%)	0.32
femenino	57(90,48%)	6(9,52%)	

Fuente: datos de la presente investigación

En relación al sexo los varones presentan adherencia terapéutica en un 4,44% de un total de 45 pacientes diabéticos, un 9,52% de las mujeres presentan adherencia terapéutica de un total de 63 pacientes diabéticos

En el análisis bivariado, tras haber aplicado el estadístico de chi cuadrado se determinó que no existió relación ($p > 0,005$) entre el sexo y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus 2.



Fuente: datos de la presente investigación

Grafica 03 influencia del sexo con la adherencia terapéutica en los pacientes con DM 2 en el HRP

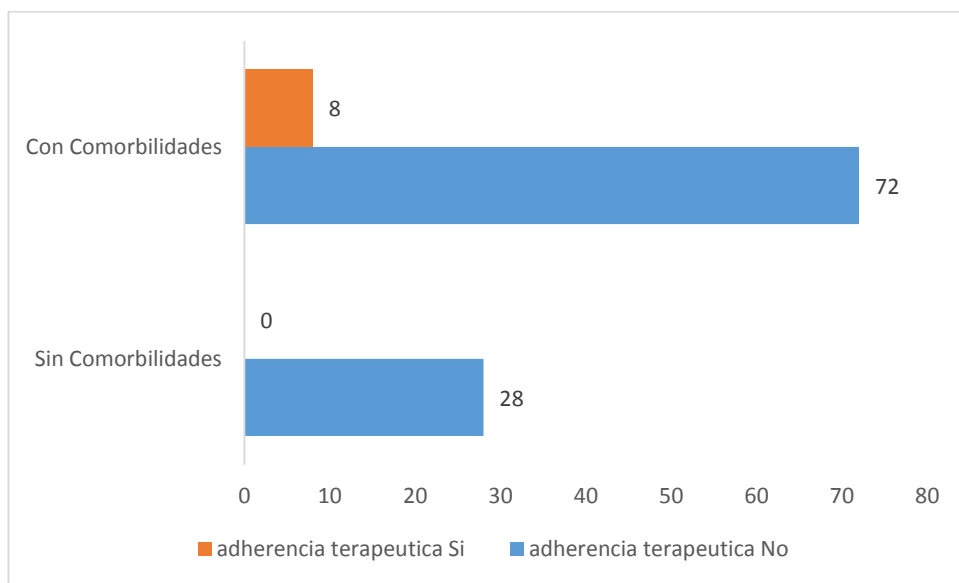
Tabla 04.- frecuencia y porcentaje de la influencia de comorbilidades con la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el HRP

COMORBILIDADES	adherencia terapéutica		valor p
	No	Si	
Sin Comorbilidades	28 (100%)	0	0,08
Con Comorbilidades	72 (90%)	8 (10%)	

Fuente: datos de la presente investigación

Las personas que no presentan comorbilidades y presentaron adherencia terapéutica fueron del 10% de un total de 80 pacientes diabéticos, los pacientes sin comorbilidades no presentaron adherencia terapéutica de un total de 28 individuos.

En el análisis bivariado, tras haber aplicado el estadístico de chi cuadrado se determinó que no existió relación ($p > 0,005$) entre comorbilidades y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus 2 en el Hospital Regional de Pucallpa.



Fuente: datos de la presente investigación

Grafica 04 influencia de las comorbilidades con la adherencia terapéutica en los pacientes con DM 2 en el HRP

Tabla 05.- frecuencia y porcentaje de la influencia de la medicación de comorbilidades con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo2 en el HRP

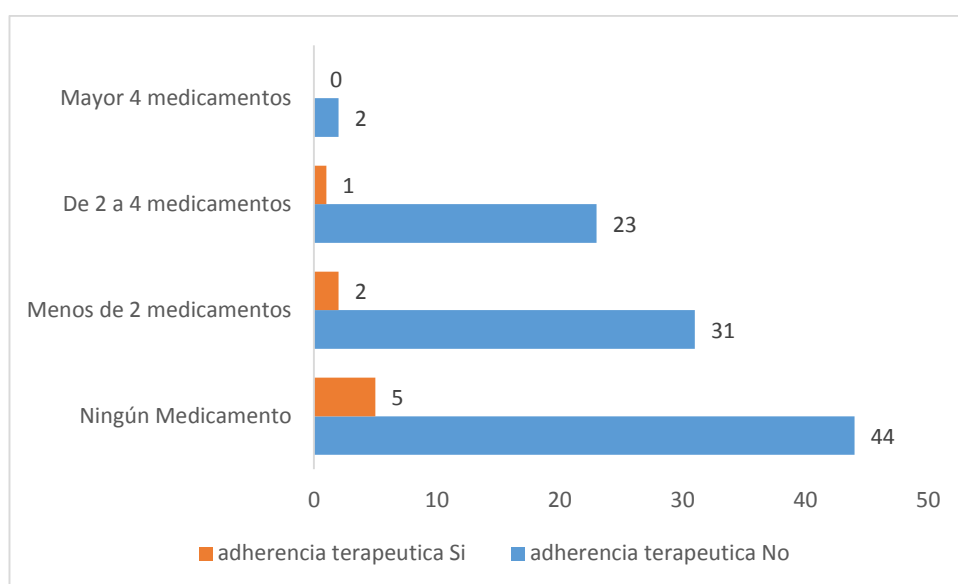
Medicación de las comorbilidades	adherencia terapéutica		valor p
	No	Si	
Ningún Medicamento	44 (89,80%)	5 (10,20%)	0.75
Menos de 2 medicamentos	31 (93,94%)	2 (6,06%)	
De 2 a 4 medicamentos	23 (95,83%)	1 (4,17%)	
Mayor 4 medicamentos	2 (100%)	0	

Fuente: datos de la presente investigación

Las personas que tienen comorbilidades pero que no consumen ningún medicamento para dicha enfermedad un 5% presentan adherencia terapéutica de un total de 49 pacientes diabéticos, un 6,06% de los pacientes que consumen menos de 2 medicamentos por comorbilidades presenta adherencia terapéutica de un total de 33 pacientes diabéticos, el

4,17% de los pacientes que consumen de 2 a 4 medicamentos por comorbilidades presentan adherencia terapéutica de un total de 24 pacientes y los pacientes que consumen más de 4 medicamentos por comorbilidades no presentan adherencia terapéutica de un total de 2 pacientes con diabetes mellitus.

En el análisis bivariado, tras haber aplicado el estadístico de chi cuadrado se determinó que no existió relación ($p > 0,005$) entre el consumo de medicamentos de comorbilidades y la adherencia terapéutica en pacientes con DM2 en el Hospital Regional de Pucallpa.



Fuente: datos de la presente investigación

Grafica 05 influencia de la medicación de comorbilidades con la adherencia terapéutica en los pacientes con DM 2 en el HRP

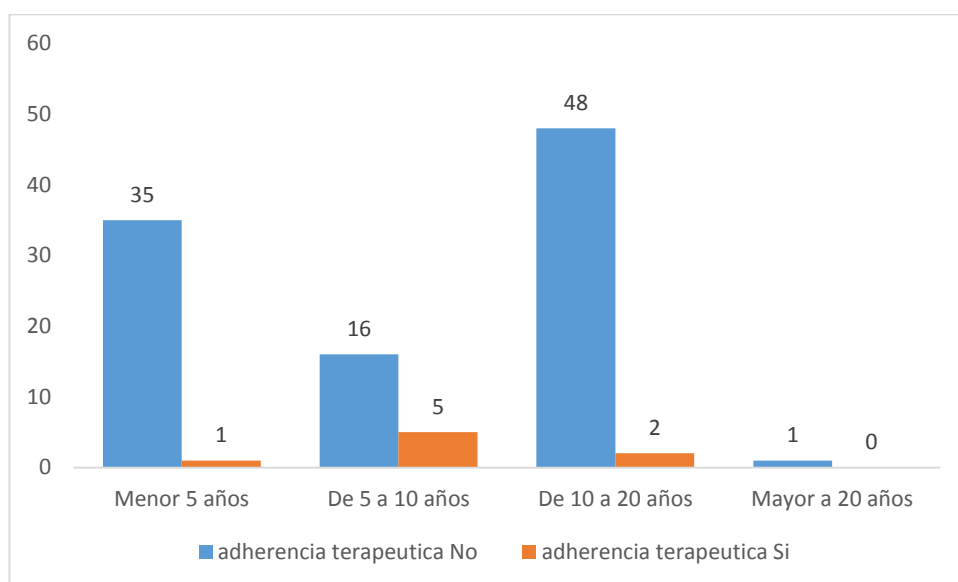
Tabla 06.- frecuencia y porcentaje de la influencia del tiempo de diagnóstico con la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el HRP

adherencia terapéutica			
Tiempo de dx de diabetes mellitus 2	No	Si	valor p
Menor 5 años	35 (97,22%)	1 (2,78%)	0,016
De 5 a 10 años	16 (76,19%)	5 (23,81%)	
De 10 a 20 años	48 (96%)	2 (4%)	
Mayor a 20 años	1 (100%)	0	

Fuente: datos de la presente investigación

Las personas con un tiempo de Dx de diabetes mellitus 2 menor de 5 años presentan adherencia terapéutica en un 2,78% de un total de 36 pacientes, el 23,81% de los pacientes que presentaron adherencia terapéutica corresponden a un tiempo de DX de la enfermedad de 5 a 10 años de un total de 21 pacientes, el 4% de los pacientes que presentaron adherencia terapéutica atañen a un tiempo de DX de DM 2 de 10 a 20 años de un total de 50 pacientes y los pacientes con un tiempo de diagnóstico de DM 2 mayor a 20 años no presentaron adherencia terapéutica de un total de 1 paciente

En el análisis bivariado, tras haber aplicado el estadístico de chi cuadrado se determinó que existió relación ($p < 0,005$) entre el tiempo de diagnóstico con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus2.



Fuente: *datos de la presente investigación*

Grafica 06 influencia del tiempo de diagnóstico de DM 2 con la adherencia terapéutica en los pacientes con DM 2 en el HRP

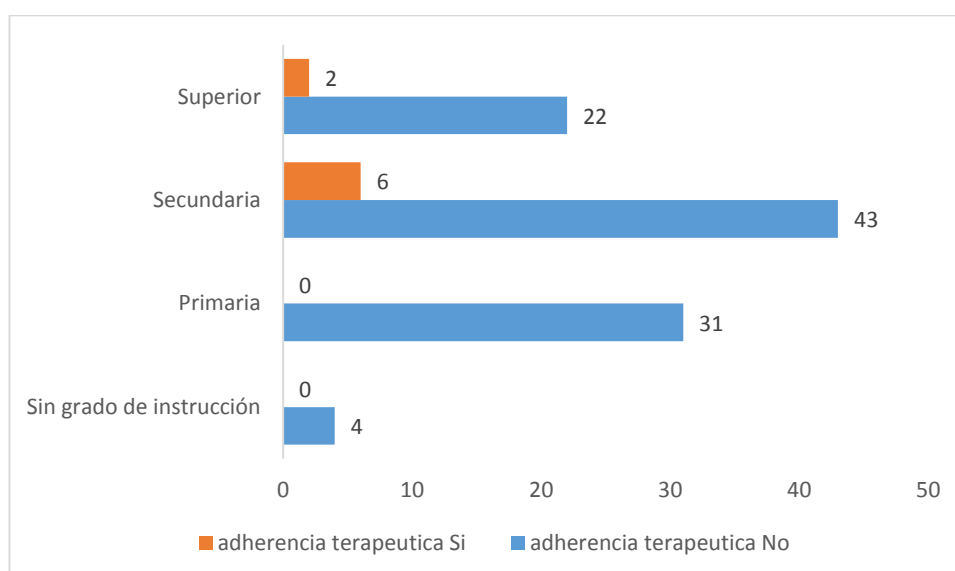
Tabla 07.- frecuencia y porcentaje de la influencia del grado de instrucción con la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el HRP

adherencia terapeutica			
Grado de instrucción	No	Si	valor p
Sin grado de instrucción	4 (100%)	0	0,21
Primaria	31 (100%)	0	
Secundaria	43 (87,76%)	6 (12,24%)	
Superior	22 91,67%)	2 (7,41%)	

Fuente: datos de la presente investigación

Los pacientes diabéticos sin grado de instrucción no presentan adherencia terapéutica de un total de 4 individuos, los pacientes diabéticos con grado de instrucción de primaria no presentan adherencia terapéutica de un total de 31 pacientes, un 12,24% de los pacientes diabéticos con grado de instrucción de secundaria presentan adherencia terapéutica de un total de 49 pacientes y el 7,41% de los pacientes diabéticos con grado de instrucción de superior presentan adherencia terapéutica de un total de 2 pacientes..

En el análisis bivariado, tras haber aplicado el estadístico de chi cuadrado se determinó que no existió relación ($p > 0,005$) entre grado de instrucción con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo2.



Fuente: datos de la presente investigación

Grafica 07 influencia del grado de instrucción con la adherencia terapéutica en los pacientes con DM 2 en el HRP

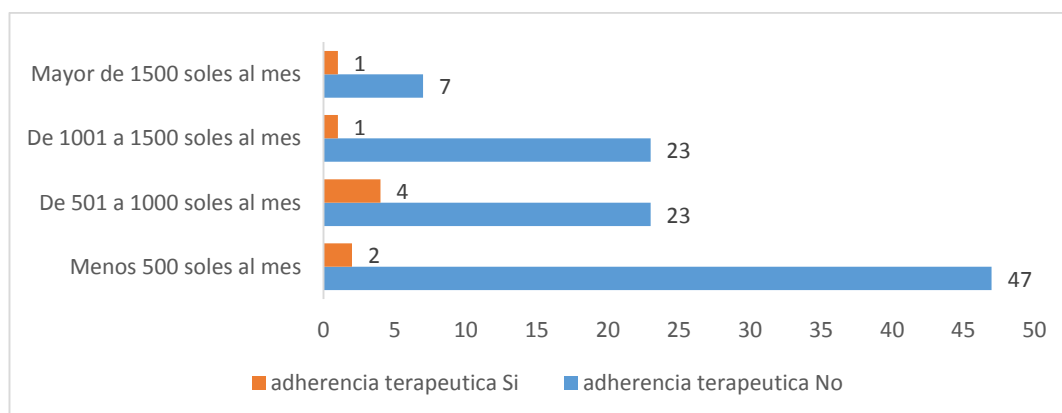
Tabla 08.- frecuencia y porcentaje de la influencia del nivel económico con la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el HRP

adherencia terapéutica			
nivel económico	No	Si	valor p
Menos 500 soles al mes	47 (95,92%)	2 (4,08%)	0,77
De 501 a 1000 soles al mes	23 (85,12%)	4 (14,81%)	
De 1001 a 1500 soles al mes	23 (95,83%)	1 (4,17%)	
Mayor de 1500 soles al mes	7 (87,50%)	1 (7,41%)	

Fuente: datos de la presente investigación

Los pacientes diabéticos con nivel económico de menos de 500 soles al mes presentan adherencia terapéutica en un 4,08% de un total de 49 pacientes diabéticos, un 14,81% de pacientes diabéticos con un nivel económico de 501 a100 soles al mes presentan adherencia terapéutica de un total de 27 pacientes diabéticos, el 4,17% de los pacientes diabéticos con un nivel económico de 1001 a 1500 soles al mes presentan adherencia terapéutica de un total de 24 pacientes diabéticos y el 7,41% de pacientes diabéticos con un nivel económico de más de 1500 soles al mes presentan adherencia terapéutica de un total de 8 pacientes diabéticos.

En el análisis bivariado, tras haber aplicado el estadístico de chi cuadrado se determinó que no existió relación ($p > 0,005$) entre el nivel económico y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus 2.



Grafica 8 influencia del nivel económico con la adherencia terapéutica en los pacientes con DM 2 en el HRP

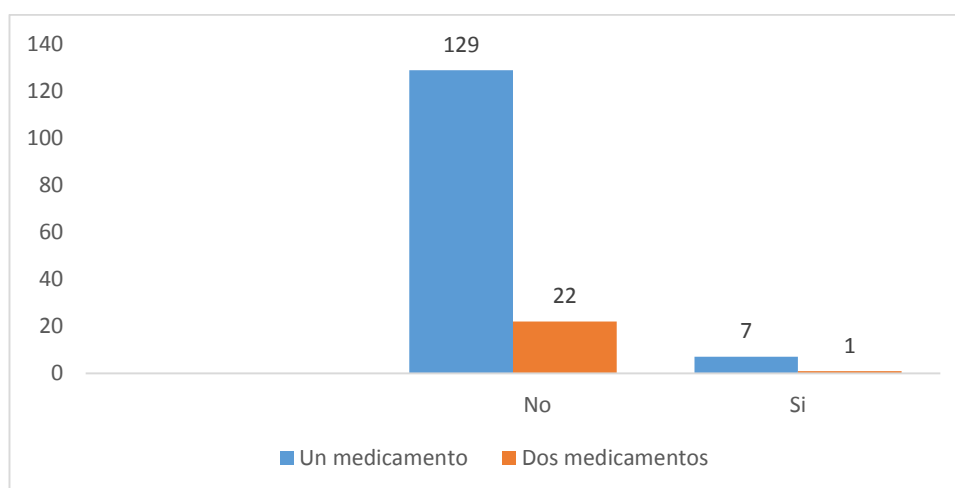
Tabla 09.- frecuencia y porcentaje de la influencia de la medicación de la diabetes mellitus 2 sexo en la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el ESSALUD

adherencia terapéutica			
Numero de medicación de DM2	No	Si	valor p
Un medicamento	129 (94,82%)	7 (5,15%)	0,87
Dos medicamentos	22 (95,65%)	1 (4,35%)	

Fuente: datos de la presente investigación

En relación al número de medicamentos se obtuvo que el 4,35% consumieron 2 medicamentos y presentaron adherencia terapéutica de un total de 8 pacientes diabéticos, el 5,15% consumieron un medicamento y presentaron adherencia terapéutica, el 94,82% consumieron un medicamento y no presentaron adherencia terapéutica de 151 pacientes y el 95,65% de los pacientes consumieron dos medicamentos y no presentaron adherencia terapéutica.

En el análisis bivariado, tras haber aplicado el estadístico de chi cuadrado se determinó que no existió relación ($p > 0,005$) entre el número de medicación de la diabetes mellitus 2 y la adherencia terapéutica.



Fuente: datos de la presente investigación

Grafica 09.- frecuencia y porcentaje de la influencia de la medicación de la diabetes mellitus 2 sexo en la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el ESSALUD

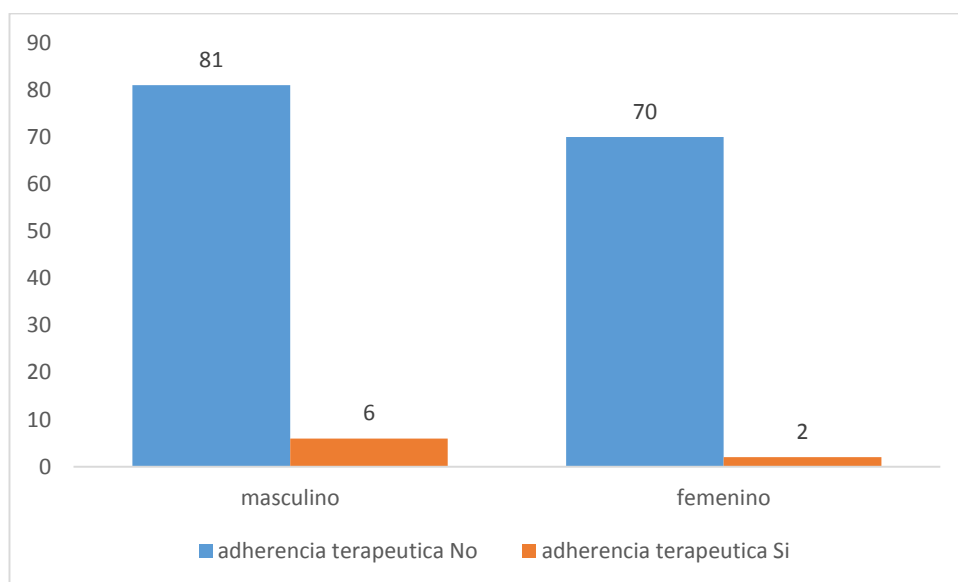
Tabla 10.- frecuencia y porcentaje de la influencia del sexo en la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el ESSALUD

adherencia terapéutica			
SEXO	No	Si	valor p
Masculino	81(93,10%)	6(6.90%)	0.23
Femenino	70(97,22%)	2(2,78%)	

Fuente: datos de la presente investigación

En relación al sexo los varones presentan adherencia terapéutica en un 6,90% de un total de 87 pacientes, un 2,78% de las mujeres presentan adherencia terapéutica de un total de 72 pacientes

En el análisis bivariado, tras haber aplicado el estadístico de chi cuadrado se determinó que no existió relación ($p > 0,005$) entre el sexo y la adherencia terapéutica.



Fuente: datos de la presente investigación

Grafica 10.- frecuencia y porcentaje de la influencia del sexo en la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el ESSALUD

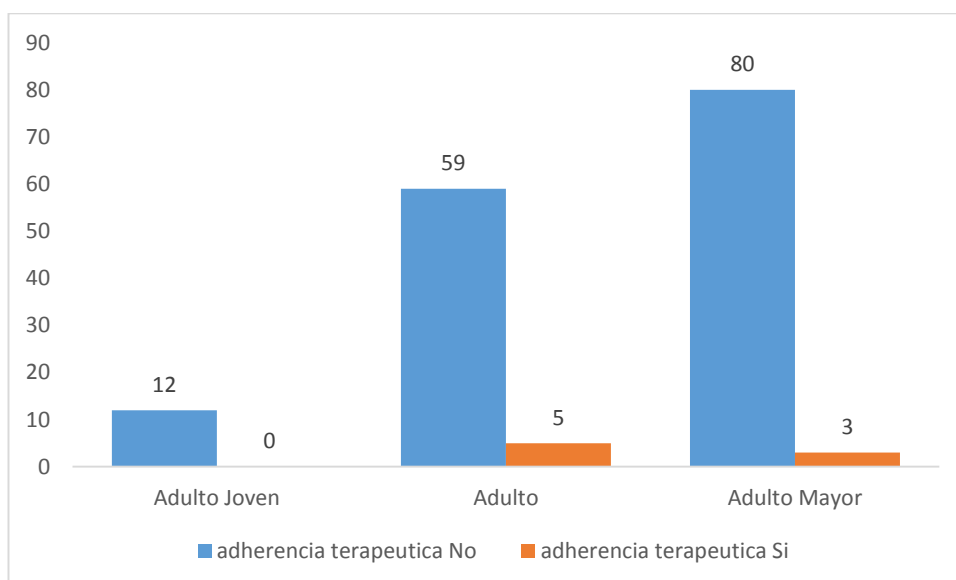
Tabla 11.- frecuencia y porcentaje de la influencia del grupo etario con la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el ESSALUD

Grupo etario	adherencia terapéutica		Valor p
	No	Si	
Adulto Joven	12 (100%)	0 (0%)	0,36
Adulto	59 (92,19%)	5(7,81%)	
Adulto Mayor	80 (96,39%)	3(3,61)	

Fuente: datos de la presente investigación

En cuanto al grupo etario un 7,81% que presentaron adherencia terapéutica corresponden al grupo etario del adulto de un total de 64 pacientes, los pacientes del grupo etario del adulto joven no presentaron adherencia terapéutica y un 3,61% del adulto mayor presento adherencia terapéutica de un total de 83 pacientes.

En el análisis tras haber aplicado el estadístico de chi cuadrado se determinó que no existió asociación ($p > 0,005$) entre el grupo etario y la adherencia terapéutica en pacientes con DM 2..



Fuente: datos de la presente investigación

Grafica 11.- frecuencia y porcentaje de la influencia del grupo etario con la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el ESSALUD

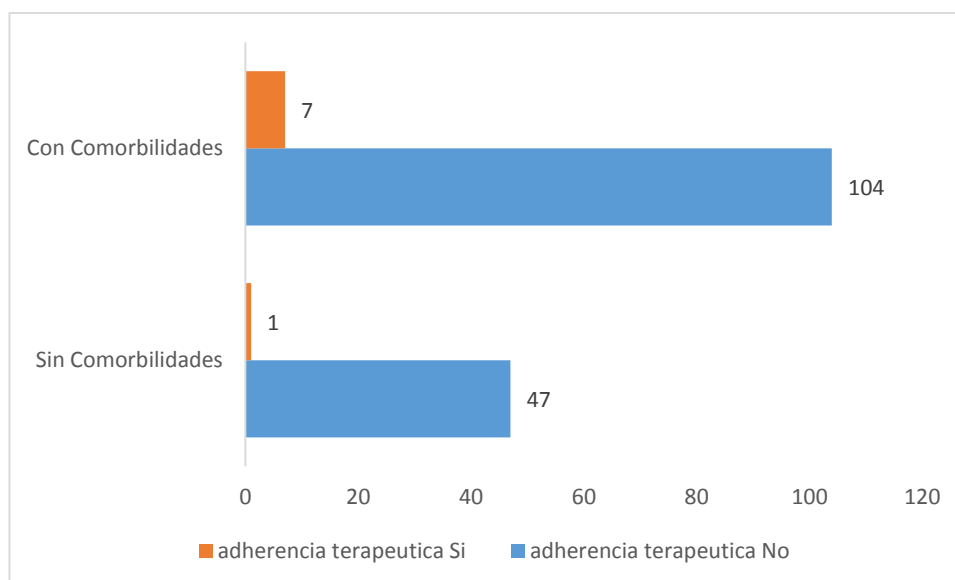
Tabla 12.- frecuencia y porcentaje de la influencia de comorbilidades con la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el ESSALUD

<u>COMORBILIDADES</u>	adherencia terapéutica		
	No	Si	valor p
Sin Comorbilidades	47 (97,92%)	1(2,08%)	0,26
Con Comorbilidades	104 (93,69%)	7 (6,31%)	

Fuente: datos de la presente investigación

Los pacientes que no presentan comorbilidades y presentaron adherencia terapéutica fueron del 6,31% de un total de 48 pacientes, los pacientes sin comorbilidades que no presentaron adherencia terapéutica es 93,69% de un total de 111 individuos.

En el análisis bivariado, tras haber aplicado el estadístico de chi cuadrado se determinó que no existió relación ($p > 0,005$) entre comorbilidades y la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos.



Fuente: datos de la presente investigación

Grafica 12.- frecuencia y porcentaje de la influencia de comorbilidades con la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el ESSALUD

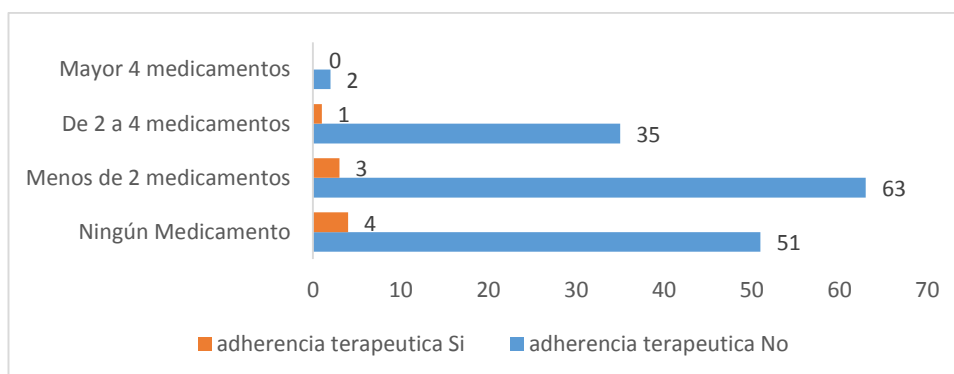
Tabla 13.- frecuencia y porcentaje de la influencia de la medicación de comorbilidades con la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el ESSALUD

		adherencia terapéutica		
<u>MEDICACION</u>	<u>DE LAS</u>	No	Si	valor p
<u>COMORBILIDADES</u>				
Ningún Medicamento		51 (92,73%)	4 (7,27%)	0.77
Menos de 2 medicamentos		63 (95,45%)	3 (4,55%)	
De 2 a 4 medicamentos		35 (97,22%)	1 (2,78%)	
Mayor 4 medicamentos		2 (100%)	0	

Fuente: datos de la presente investigación

Las pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 que tienen comorbilidades pero que no consumen ningún medicamento para dicha enfermedad un 4% presentan adherencia terapéutica de un total de 55 pacientes; un 4,55% de los pacientes que consumen menos de 2 medicamentos por comorbilidades presenta adherencia terapéutica de un total de 66 pacientes; el 2,78% de los pacientes que consumen de 2 a 4 medicamentos por comorbilidades presentan adherencia terapéutica de un total de 36 pacientes y los pacientes que consumen más de 4 medicamentos por comorbilidades no presentan adherencia terapéutica de un total de 2 pacientes..

En el análisis bivariado, tras haber aplicado el estadístico de chi cuadrado se determinó que no existió relación ($p > 0,005$) entre el consumo de medicamentos de comorbilidades y la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos.



Fuente: datos de la presente investigación

Grafica 13.- frecuencia y porcentaje de la influencia de la medicación de comorbilidades con la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el ESSALUD

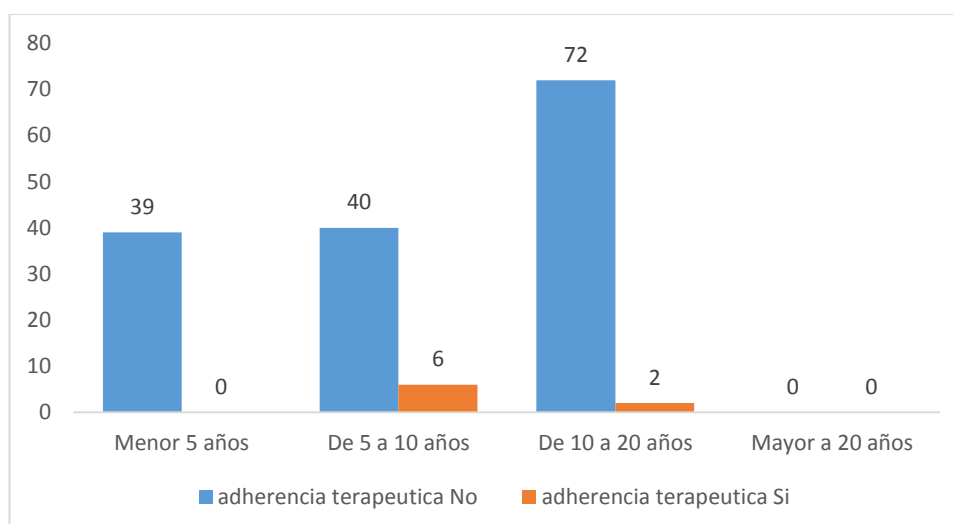
Tabla 14.- frecuencia y porcentaje de la influencia del tiempo de diagnóstico con la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el ESSALUD

Tiempo de dx de diabetes mellitus 2	adherencia terapéutica		valor p
	No	Si	
Menor 5 años	39 (100%)	0 (0%)	0,011
De 5 a 10 años	40 (86,96%)	6 (13,04%)	
De 10 a 20 años	72 (97,30%)	2 (2,70%)	
Mayor a 20 años	0 (0%)	0	

Fuente: datos de la presente investigación

Los pacientes con un tiempo de DX de diabetes mellitus 2 menor de 5 años no presentan adherencia terapéutica en un total de 39 pacientes, el 13,04% de los pacientes que presentaron adherencia terapéutica corresponden a un tiempo de DX de la enfermedad de 5 a 10 años de un total de 46 pacientes, el 2,70% de los pacientes que presentaron adherencia terapéutica atañen a un tiempo de DX de DM 2 de 10 a 20 años de un total de 74 pacientes.

En el análisis bivariado, tras haber aplicado el estadístico de chi cuadrado se determinó que existió relación ($p < 0,005$) entre el del tiempo de diagnóstico con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo2 en el hospital ESSALUD



Fuente: datos de la presente investigación

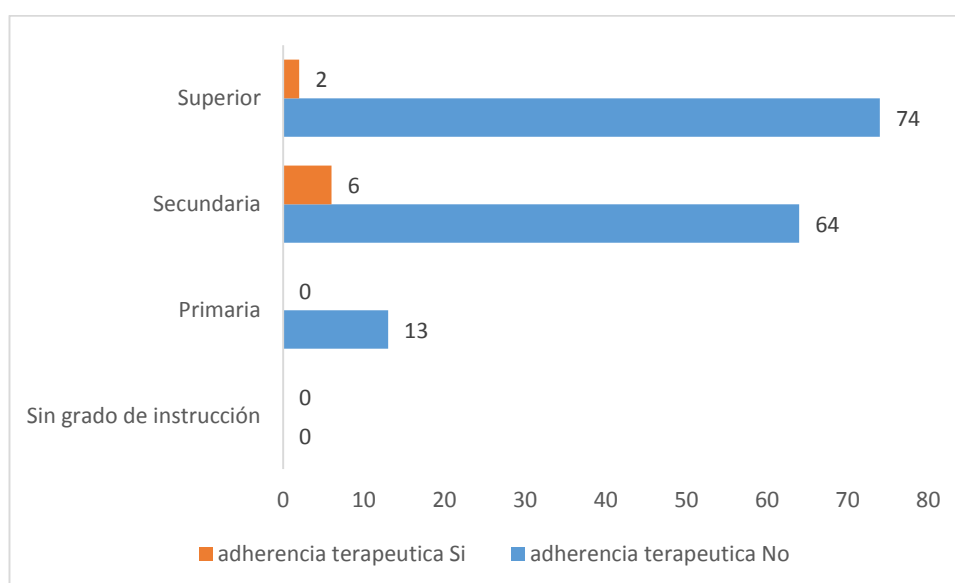
Grafica 14.- frecuencia y porcentaje de la influencia del tiempo de diagnóstico con la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el ESSALUD

Tabla 15.- frecuencia y porcentaje de la influencia del grado de instrucción con la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el ESSALUD

adherencia terapéutica			
Grado de instrucción	No	Si	valor p
Sin grado de instrucción	0 (0.00%)	0	0,17
Primaria	13 (100%)	0	
Secundaria	64 (91,43%)	6 (8,57%)	
Superior	74 (97,37%)	2 (7,63%)	

Fuente: datos de la presente investigación

Los pacientes diabéticos con grado de instrucción de primaria no presentan adherencia terapéutica de un total de 13 pacientes; un 8,57% de los pacientes diabéticos con grado de instrucción de secundaria presentan adherencia terapéutica de un total de 6 pacientes y el 7,63% de los pacientes diabéticos con grado de instrucción de superior presentan adherencia terapéutica de un total de 2 pacientes.



Fuente: datos de la presente investigación

Grafica 15 influencia del grado de instrucción con la adherencia terapéutica en los pacientes con DM 2 en el ESSALUD

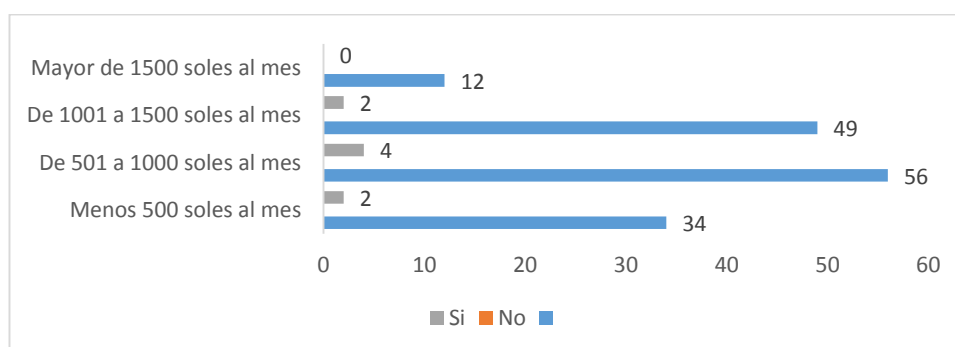
Tabla 16.- frecuencia y porcentaje de la influencia del nivel socioeconómico con la adherencia terapéutica de la diabetes mellitus tipo2 en el ESSALUD

adherencia terapéutica			
nivel económico	No	Si	valor p
Menos 500 soles al mes	34 (93,44%)	2 (5,56%)	0,77
De 501 a 1000 soles al mes	56 (93,33%)	4 (6,67%)	
De 1001 a 1500 soles al mes	49 (96,08%)	2 (3,93%)	
Mayor de 1500 soles al mes	12 (100%)	0 (0%)	

Fuente: datos de la presente investigación

Los pacientes diabéticos con nivel económico de menos de 500 soles al mes presentan adherencia terapéutica en un 5,56% de un total de 36 pacientes diabéticos, un 6,67% de pacientes diabéticos con un nivel económico de 501 a 1000 soles al mes presentan adherencia terapéutica de un total de 60 pacientes diabéticos; el 3,93% de los pacientes diabéticos con un nivel económico de 1001 a 1500 soles al mes presentan adherencia terapéutica de un total de 51 pacientes diabéticos.

En el análisis bivariado, tras haber aplicado el estadístico de chi cuadrado se determinó que no existió relación ($p > 0,005$) entre el nivel económico y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus 2.



Fuente: datos de la presente investigación

Grafica 16 influencia del nivel socioeconómico con la adherencia terapéutica en los pacientes con DM 2 en el ESSALUD

4.2. DISCUSIÓN

Estudios realizados por Bravo en el año 2013 en su investigación titulada “Factores asociados con la adherencia a la medicación en las personas con diabetes tipo 2” demostraron que los pacientes con un número de consumo mayor a 2 medicamentos presentaron una menor adherencia al tratamiento, lo cual les ocasionó efectos negativos en su tratamiento,

Es así que estos resultados no coinciden con los resultados encontrados en la presente investigación, ya que los resultados revelaron que no existió relación ($p > 0,005$) entre el número de medicación de la diabetes mellitus 2 y la adherencia terapéutica, obteniéndose de este modo que el 6,25% consumieron 2 medicamentos y presentaron adherencia terapéutica de un total de 8 personas, el 7,61% consumieron un medicamento y presentaron adherencia terapéutica, el 92,39% consumieron un medicamento y no presentaron adherencia terapéutica de 100 pacientes diabéticos y el 93,75% de los pacientes diabéticos consumieron dos medicamentos y no presentaron adherencia terapéutica.

Por otro lado, tras culminar su investigación Ortiz et al en su investigación titulada “Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2” logro identificar que los pacientes con mayores rangos de edades, obtuvieron mayores índices de adherencias que los pacientes con menores índices etarios, es así que muestra que los pacientes en un intervalo de edad de 0 a 20 años presentan un índice de adherencia de 0.7; los pacientes con un índice de edad entre 20 a 35 presentan un índice de adherencia de 0.5 y los pacientes de 35 a más presentan un índice de adherencia de 0.8; es así que estos resultados coinciden con los resultados obtenidos en la presente

investigación, ya que se logró identificar tras el análisis de los datos que existió asociación ($p < 0,005$) entre el grupo etario y la adherencia terapéutica. Se identificó que los pacientes diabéticos del grupo etario adulto es el más prevalente en cuanto a la adherencia terapéutica, obteniendo que en cuanto al grupo etario un 17,95% que presentaron adherencia terapéutica corresponden al grupo etario del adulto de un total de 39 pacientes diabéticos, el 5,26% presentaron adherencia terapéutica del grupo etario adulto joven de un total de 19 pacientes diabéticos y ningún adulto mayor presentó adherencia terapéutica de un total de 50 pacientes diabéticos.

CONCLUSIÓN

Se logró identificar que:

- No existe relación entre el número de medicación de la diabetes mellitus 2 y la adherencia terapéutica en el HRP y ESSALUD.
- No existe relación entre el sexo y la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos del. HRP y ESSALUD
- Existe asociación entre el grupo etario y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus 2 del HRP, a diferencia del ESSALUD que se identificó que no existe asociación entre el grupo etario y la adherencia terapéutica en paciente con diabetes mellitus 2.
- No existe relación entre comorbilidades y la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos del. HRP y ESSALUD
- No existe relación entre el consumo de medicamentos de comorbilidades y la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos del HRP y ESSALUD
- Existe relación entre el tiempo de diagnóstico con la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus2 del HRP y ESSALUD.
- No existe relación entre el entre grado de instrucción con la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos del HRP y ESSALUD
- No existe relación entre el nivel económico y la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos del HRP y ESSALUD

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar una investigación, en la cual se tome en cuenta una población más amplia que la actual, para de este modo confirmar o corroborar los resultados obtenidos.
- Se recomienda realizar investigaciones similares en distintos distritos de la zona a fin de tener más data a la mano que pueda servir a los profesionales de la salud, ya que actualmente no se cuenta con estudios en esta rama.
- Se recomienda a las autoridades pertinentes hacer una mayor promoción sobre la importancia de la adherencia al tratamiento de la diabetes tipo ii en la zona, ya que actualmente solo se brinda información genérica de la enfermedad, más no información referente a la adherencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO | The top 10 causes of death [Internet]. WHO. [cited 2015 Mar 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
2. Diabetes Atlas [Internet]. International Diabetes Federation. [cited 2015 Mar 1]. Available from: <http://www.idf.org/diabetesatlas>
3. López-Simarro F, Brotons C, Moral I, Cols-Sagarra C, Selva A, Aguado-Jodar A, et al. [Inertia and treatment compliance in patients with type 2 diabetes in primary care]. *Med Clínica*. 2012 Apr 14;138(9):377–84.
4. Rwegerera GM. Adherence to anti-diabetic drugs among patients with Type 2 diabetes mellitus at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania- A cross-sectional study. *Pan Afr Med J*. 2014;17:252.
5. Lopez JM, Annunziata K, Bailey RA, Rupnow MF, Morisky DE. Impact of hypoglycemia on patients with type 2 diabetes mellitus and their quality of life, work productivity, and medication adherence. *Patient Prefer Adherence*. 2014;8:683–92.
6. Walz L, Pettersson B, Rosenqvist U, Deleskog A, Journath G, Wändell P. Impact of symptomatic hypoglycemia on medication adherence, patient satisfaction with treatment, and glycemic control in patients with type 2 diabetes. *Patient Prefer Adherence*. 2014 Apr 30;8:593–601.
7. Smith-Spangler CM, Bhattacharya J, Goldhaber-Fiebert JD. Diabetes, its treatment, and catastrophic medical spending in 35 developing countries. *Diabetes Care*. 2012 Feb;35(2):319–26.
8. Sevilla EG, Porras JS, Hernández JMM. Estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento en y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Investig Clínica*. 2011;63(2):155–61.

9. Vergara SC, Almagiá EB. Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicol Salud*. 2014 May 20;24(2):167–73.
10. Kamuhabwa AR, Charles E. Predictors of poor glycemic control in type 2 diabetic patients attending public hospitals in Dar es Salaam. *Drug Healthc Patient Saf*. 2014;6:155–65.
11. Amarasekara AATD, Fongkaew W, Wimalasekera SW, Turale S, Chanprasit C. Cross-sectional study of glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Nurs Health Sci*. 2014 Dec 11;
12. [PDF] de unmsm.edu.pe [Internet]. [cited 2015 Mar 24]. Available from: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/spmi/v26n4/pdf/a03v26n4.pdf>
13. Ticse R, Pimentel R, Mazzeti P, Villena J. Elevada frecuencia de neuropatía periférica en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 de un hospital general de Lima-Perú. *Rev Medica Hered*. 2013 Apr;24(2):114–21.
14. Ramos W, López T, Revilla L, More L, Huamaní M, Pozo M. Resultados de la vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus en hospitales notificantes del Perú, 2012. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014 Jan;31(1):09–15.
15. Gonzales-Grández NN, Rodríguez-Lay EG, Manrique-Hurtado H. Características clínicas y factores asociados a morbilidad intrahospitalaria en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2013;26(4):159.
16. Larkin A, Hoffman C, Stevens A, Douglas A, Bloomgarden Z. Determinants of Adherence to Diabetes Treatment. *J Diabetes*. 2015 Jan 7;
17. Tiv M, Viel J-F, Mauny F, Eschwège E, Weill A, Fournier C, et al. Medication Adherence in Type 2 Diabetes: The ENTRED Study 2007, a French Population-Based Study. *PLoS ONE*. 2012 Mar 5;7(3):e32412.

18. Adisa R, Fakeye TO. Effect of number and type of antidiabetes medications on adherence and glycemia of ambulatory type 2 diabetes patients in southwestern Nigeria. *Pharm Pract*. 2013;11(3):156–65.
19. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986 Jan;24(1):67–74.
20. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2016.
21. Sociedad Peruana de Endocrinología. Definición y Diagnóstico. 1ra. edición. Lima. Editorial Mujica y Asociados S.A.C. 2008. Pág. 11 - 17
Disponble
en:<http://www.endocrinoperu.org/pdf/Guia%20Peruana%20de%20Diagnostico%20Control%20y%20Tratamiento%20de%20la%20Diabetes%20Mellitus%202008.pdf>
22. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, 2006, 3(11):e442
23. Ramos W, López T, Revilla L, More L, Huamaní M, Pozo. Resultados de la vigilancia epidemiológica de diabetes mellitus en hospitales notificantes del Perú, 2012. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2014. 31(1): pág. 9-15.

Disponble en:
<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/portalweb/Articulo.htm?Id=4781>
24. Organización Mundial de la Salud. diabetes. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2014.

Disponble en: <http://www.who.int/diabetes/es/>

25. Organización Mundial de la Salud. Global status report on noncommunicable diseases. Ginebra, suiza: Organización Mundial de la Salud (2014).

Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncdstatus-report-2014/en/> Fecha de visita: 30 de marzo de 2017.

26. Ministerio de Salud – Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. 1ra. Edición. Lima. Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas. 2016.

27. Organización Mundial de la salud. Noviembre de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

28. Porta M, Curletto G, Cipullo D, Rigault de la Longrais R, Trento M, Passera P, et al (2014). Estimating the Delay Between Onset and Diagnosis of Type 2 Diabetes From the Time Course of Retinopathy Prevalence, disponible en línea. Diabetes Care, 37(6):1668-74. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/37/6/1668.full> Fecha de visita: 30 de marzo de 2017.

29. Casellini CM & Vinik AI (2007). Clinical manifestations and current treatment options for diabetic neuropathies, disponible en línea. Endocrine Practice, 13(5):550-66. Disponible en: <http://aace.metapress.com/content/p53m48300742h475/?genre=article&id=doi%3a10.4158%2fEP.13.5.550> Fecha de visita: 30 de marzo de 2017.

30. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM, Fisher JN (2009). Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes, disponible en línea. Diabetes Care, 32(7):1335–43. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/32/7/1335.long> Fecha de visita: 13 de marzo de 2015.

31. Clinical Diabetes 34(1):14-16, Ene 2016 Autores: American Diabetes Association Institución: American Diabetes Association, Alexandria, EE.UU. Título original: Standards of Medical Care in Diabetes - 2016: Abridged for Primary Care Providers Traducción textual: Normas de Atención Médica en Diabetes- 2016
32. Abud González, Yahara Massiel y Dávila Rivas, Arlen María (2016) Evaluación de reacciones adversas por Glibenclamida tableta 5mg en pacientes de 40 a 65 años diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 clínica médica diabetológica Diriamba-Carazo Febrero 2012-Junio 2015. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
33. Luisa Estela Ramos Morales. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas MSc. Rev Cubana Angiol Cir Vasc vol.16 no.2 La Habana jul.-dic. 2015 Rev Cubana Angiol Cir Vasc. 2015;16(2)
34. Sabate E. WHO. Adherence Meeting Report. Genove.World Health Organization. Med Clin (Barc) 2001; 116 (Supl 2):141-146.
35. Orueta - Sánchez R .Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, vol. 29-N 2- 2005.
36. Pallardo L, Morante T, Marazuela M. Endocrinología clínica. 2ª ed. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 2009.
37. Lee W, Ahn J, et al. Reliability and validity of a self-reported measure of medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus in Korea Journal of International Medical Research. 2013; 41(4): 1098– 1110.
38. (Longo D, Kasper D, Jameson J, Fauci A, Hauser S, Loscalzo J. Harrison Principios de Medicina Interna. 18ªed. Madrid: McGraw Hill; 2007.)
39. (.Cano J, Franch J. Guía de la diabetes tipo 2: recomendaciones clínicas con niveles de evidencia. 5ªed. Madrid: Elsevier; 2011.).

40. Manuel Ortiz, et al. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. TERAPIA PSICOLÓGICA. 2011, Vol. 29, Nº 1, pág. 5-11.
41. Bravo, José Javier Mediavilla. Factores asociados con la adherencia las personas con diabetes tipo 2. Diabet Med, 2015, vol. 32, no 6, pág. 725-37.
42. LUHER, Nadia Soledad Terechenko; GEYMONAT, Ana Elizabeth Baute; ACUÑA, José Nicolás Zamonsky. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. IMBIOMEDICINA. 2015. Vol. 10, nº1, pág., 20 – 33.
43. ROMERO, Sandra, et al. Adherencia terapéutica de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de Bucaramanga, Colombia. REVISTA SALUD UIS, 2017, vol. 49, no 1.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estimado participante. La presente encuesta tiene por objetivo determinar la asociación entre el número de medicamentos y el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos que fueron hospitalizados en 2 nosocomios de Coronel Portillo. La participación en este trabajo de investigación es voluntaria. Si usted accede a participar en este estudio, deberá responder la presente encuesta. Esta encuesta es anónima. Es decir, no se le solicitará a usted su nombre ni ningún otro dato con el que posteriormente se le pueda reconocer. Su participación en el estudio no le brindará ningún beneficio económico o material, solo la satisfacción de apoyar al conocimiento científico.

Se entiende que al llenar la presente encuesta usted acepta participar en el estudio. Muchas gracias por su apoyo.

-
1. **Edad:** _____ **años** **Sexo:** M() F()
 2. **Último año de estudios cursado:** Analfabeto () Primaria ()
Secundaria () Superior ()
 3. **Tiempo de diagnóstico de la enfermedad:** _____
 4. **Complicaciones de la enfermedad:**

 5. **Número de medicamentos que toma para el control de la diabetes:** _____
5.1 **Nombrar** _____ **cuales:**

 6. **Padece de otra enfermedad:** si () no ()
 7. **Si es que padece nombrar cuáles:**

—

8. Número de medicamentos que toma para el control de las otras enfermedades: ____

8.1 Nombrar

cuales:

9. ¿Cuánto dinero maneja al mes en promedio?

Menos de 500 soles () Entre 500 a 1000 soles () 1000 a 1500 soles ()
) 1500 soles a más ()

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 ()

ADHERENCIA:

SI () NO ()