



UNIVERSIDAD DE CARABOBO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

DIRECCIÓN DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA



**AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
DIABETES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE.**

ENERO – JULIO 2016

AUTOR: Víctor A. Oliveira M.

TUTOR CLÍNICO: Dra. Susan Trujillo

TUTOR METODOLÓGICO: MSc. Marymili Segura

VALENCIA, NOVIEMBRE DE 2016



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA



**AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
DIABETES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE.**

ENERO – JULIO 2016

**TRABAJO QUE SE PRESENTA ANTE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO
PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

AUTOR: Víctor A. Oliveira M.

TUTOR CLÍNICO: Dra. Susan Trujillo

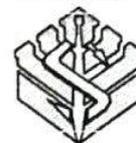
TUTOR METODOLÓGICO: MSc. Marymili Segura

VALENCIA, NOVIEMBRE DE 2016

AGRADECIMIENTOS

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis a:

1. A DIOS y Santa María Francia por permitirme mantenerme en pie cada día y desarrollarme como ser Humano y Profesional y siempre contar con el mejor plan para mi vida.
2. A la vida y al universo por guiarme y permitirme llegar a este momento, proveyéndome de las herramientas para desarrollarme como ser humano y como profesional.
3. Mis Padres por su apoyo incondicional, por ser un gran pilar en mi formación humana y profesional así como también por brindarme gran fortaleza y apoyo. A mi hermana por su paciencia inmensurable y notable inteligencia emocional que me permiten volver al presente cuando me pierdo en el futuro.
4. A todos y cada uno de los pacientes que participaron en la investigación quienes me han permitido aprender depositando en mi persona su confianza.
5. A la Dra. Gianmarys España por ser mi maestra, compañera, madre, amiga; gracias por iluminar el camino en tantos momentos oscuros, enseñarme que la vida es solo una, que todo estará bien, que el presente es ahora y a confiar en mi capacidad.
6. A mi tutora y amiga, Dra. Susan Trujillo por cada minuto de su tiempo, trasnocho, esfuerzo e intelecto empleado en el desarrollo del presente trabajo, demostrándome que nada es imposible.
7. Al Dr. Luis Miguel Pérez-Carreño por su apoyo en la revisión del presente trabajo y su guía.
8. Al Servicio, Mis Docentes y Adjuntos por imprimir disciplina y a imponer el deber ser, gracias por enseñarme a crecer.
9. Mis amigos porque en buenas y malas me acompañan y son parte de mi sostén diario.
10. A todos aquellos que con sus actos te inspiran a ser mejor cada día, al deber y NO deber ser.



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIÁBETES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE. ENERO - JULIO 2016

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

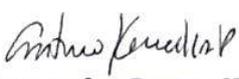
OLIVEIRA M., VICTOR A
C.I. V – 18447920

Habiendo examinado el Trabajo presentado, decidimos que el mismo está **APROBADO.**

En Valencia, a los cuatro días del mes de noviembre del año dos mil dieciséis.


Prof. Coromoto García (Pdte)
C.I. 4360605
Fecha 04/11/2016


Prof. Antonio Delgado
C.I. J-8596718
Fecha 04.11.2016


Prof. Antonio Granella
C.I. 7002715
Fecha 04-11-16

TG: 53-16

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Agradecimientos.....	iii
Veredicto.....	iv
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Introducción.....	9
Materiales y Métodos.....	13
Resultados	16
Discusión.....	19
Conclusión y Recomendaciones.....	22
Referencias Bibliográficas.....	23
Anexos.....	26

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla Nro. 1. Distribución de los pacientes según la medicación prescrita y la edad	29
Tabla Nro. 2. Distribución de los pacientes según la medicación prescrita y sexo	29
Tabla Nro. 3. Distribución de los pacientes según la medicación prescrita y el tiempo de diagnóstico de la enfermedad	30
Tabla Nro. 4. Nivel de autocuidado de los pacientes diabéticos del servicio de medicina interna, del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde	30
Tabla Nro. 5. Autoconocimiento sobre aspectos relevantes en pacientes con Diabetes mellitus	31
Tabla Nro. 6. Correlación entre el cumplimiento de la medicación recomendada y el seguimiento de las recomendaciones dadas por el equipo de salud	31



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE



TITULO DEL TRABAJO
AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
DIABETES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE.
ENERO – JULIO 2016

AUTOR: Víctor A. Oliveira M.
TUTOR CLÍNICO: Dra. Susan Trujillo
TUTOR METODOLÓGICO: MSc. Marymili Segura

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus afecta a gran parte de la población mundial, por lo que educar al paciente con medidas de autocuidado y manejo de la enfermedad es hoy en día la primera opción en los pasos de la terapéutica. **Objetivo:** Determinar la relación entre el autocuidado y la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes, que acuden al servicio de medicina interna, del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. **Materiales y Métodos:** investigación no experimental, descriptiva, muestra no probabilística. Se empleó el instrumento “*Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA)*”, en pacientes que cumplieran criterios de inclusión. Se realizó análisis estadístico empleando el programa estadístico SPSS versión 20. **Resultados** se aplicó el instrumento a 100 pacientes, durante el periodo de enero a julio del año 2016, con una edad promedio de $55,35 \pm 12,52$ años y distribución según el sexo de 57% sexo masculino y 43% femenino, con una tasa de adherencia a la medicación de $76,86\% \pm 32,1$ en la población de estudio. Un 63,33% de los pacientes refiere no conocer que representa la hemoglobina glicada (HbA1c), así como la frecuencia de su determinación (96,67%). **Conclusión:** En el grupo de estudio de pacientes con diabetes se determinó buena relación entre el autocuidado y la tasa de adherencia al tratamiento, así como el buen cumplimiento de la alimentación y medidas de automonitoreo de glicemia. Se evidenció tener un nivel de conocimiento bajo respecto al test de HbA1c y las metas de buen control glicémico.

Palabras clave: diabetes, autocuidado, adherencia, tratamiento. **Línea de investigación:** autocuidado



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE



TITULO DEL TRABAJO

AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
DIABETES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE.
ENERO – JULIO 2016

AUTOR: Víctor A. Oliveira M.

TUTOR CLÍNICO: Dra. Susan Trujillo

TUTOR METODOLÓGICO: MSc. Marymili Segura

ABSTRACT

Introduction: Diabetes mellitus affects a big part of the worldwide population, which is why to educate and inform the patient ways of self-care and self-management is nowadays the first option in the therapeutic approach. **Objective:** to determine the relation between self-care and treatment adherence in patients with diabetes in the Internal Medicine Service of the University Hospital Dr. Ángel Larralde. **Methods and Materials:** non experimental, descriptive investigation with non probabilistic sample. The “*Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA)*” was used as instrument, applied to patients who met the inclusion criteria. The statistic analysis was made using SPSS statistics software, version 20. **Results:** the instrument was applied to 100 patients, in the period of January to July of 2016, with an average age of $55,35 \pm 12,52$ years and sex distribution of 57% men and 43% female, with an adherence to treatment rate of $76,86\% \pm 32,1$ in the study population. A 76% of patients refer not to know what glicosilated hemoglobin represents, as so the frequency of its determination (96%). **Conclusions:** The studied population had a good relation between self-care and adherence to treatment, as with the implementation of a good diet regimen, and realization of self-monitoring of capillary glucose, with a low level of knowledge about Hb A1c test and treatment goals in the population of patients with diabetes.

Key words: diabetes, self-care, adherence, treatment. **Line of research:** self-care

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus, se define como un desorden metabólico, de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglicemia crónica, disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina ^(1,2), siendo una enfermedad crónica compleja que requiere cuidado médico continuo, junto a estrategias de reducción de riesgos de tipo multifactorial, más allá de sólo el control glucémico ^(2,3,4).

A nivel mundial, la tasa de prevalencia de esta patología y el ingreso a los centros de salud de pacientes con complicaciones tanto agudas como crónicas permanece elevada, ⁽¹¹⁾ aumentando la morbi-mortalidad por esta causa. Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Diabetes (IDF) estiman que en este momento el número de pacientes con diabetes en el mundo se sitúa entre 194 y 246 millones, y debería aumentar hasta entre 333 y 380 millones de individuos en 2025. ^(11, 12) En países industrializados, la tasa de prevalencia de la diabetes (diagnosticada y sin diagnosticar) abarcan del 5 al 8% de la población total; esto representa aproximadamente: 28 millones en la Unión Europea, 20 millones de pacientes en los EE.UU y 8 millones en Japón. ^(12, 13, 14) En América Latina se espera en los próximos 10 años que las muertes por enfermedades crónicas aumenten en un 17%, y lo más alarmante es que las muertes debido a la diabetes aumentarán en más de un 80%.⁽¹⁵⁾ En Venezuela la prevalencia estimada de diabetes es de 5,1% y es la sexta causa de mortalidad. ⁽¹⁾

Para el diagnóstico de diabetes, siguiendo las pautas provistas por la Asociación Americana de Diabetes (ADA por sus siglas en inglés) en el 2016 se emplea la determinación de la hemoglobina glicada A1c con valores superiores a 6,5%, valores de glicemia en ayunas superiores a 126mg/dl en 2 o más oportunidades, glicemia a las 2 horas postcarga de 75gr de glucosa anhidra superior a 200mg/dl, o un valor de glicemia aleatorio superior a 200mg/dl en la presencia de síntomas de hiperglicemia o crisis hiperglicémica⁽²⁾. La hemoglobina glicada A1c (HbA1c) tiene como fundamento la medición del porcentaje de glucosa unida a proteína (la hemoglobina), y se emplea la fracción A1c de la hemoglobina A por ser más estable su medición y ha sido aceptada como indicador de la concentración media diaria de la glicemia, teniendo en cuenta la vida media estimada del eritrocito de 120 días, y es considerada fundamental en la atención del paciente con diabetes, tanto para diagnóstico como para seguimiento, por lo que se recomienda realizar cada

3-4 meses en pacientes no controlados o cada 6 meses en caso de adecuado control glicémico. Siguiendo las pautas de la Asociación Americana de Diabetes de 2016 se define como *adecuado control de glicemia aquellos pacientes con valores de hemoglobina glicada A1c inferiores a 7% para la población general, valores de glicemia capilar preprandial entre 80 y 130mg/dl, y glicemia postprandial (1 a 2 horas) inferior a 180mg/dl*. Para lograr el control de glicemia, las guías recomiendan la medición de glicemia capilar, lo cual puede requerir desde 4 a 8 mediciones al día, siendo parte del autocontrol en el manejo de la enfermedad. ^(1,2)

En la actualidad existen diversas alternativas terapéuticas que se expanden a diario, con el apoyo de la investigación. Se dispone de fármacos, como los antidiabéticos orales, para abordaje desde diferentes mecanismos del control glucémico, dentro de la que se destacan el uso de las biguanidas, sulfonilureas, inhibidores de la enzima DPP4, los inhibidores del cotransportador 2 renal de sodio glucosa (SGLT-2), entre otros ^(2,6) y así mismo, contamos con insulinas parecidas o similares a la humana para el déficit parcial (diabetes tipo 2) o déficit total de insulina, en la diabetes tipo 1.⁽²⁾

En vista de ser una enfermedad con gran impacto en salud pública, se ha propuesto educar e informar al individuo que la padezca, medidas de autocuidado y manejo de la enfermedad ^(2, 7) como abordaje eficaz para lograr adecuada adherencia al tratamiento, con el propósito de controlar valores de glicemia y disminuir la posibilidad de presentar comorbilidades y complicaciones tanto agudas como crónicas. El concepto básico desarrollado por Orem ⁽⁸⁾ es que *el autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior*. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. En Estados Unidos de América, la Asociación Americana de Diabetes lo ha planteado como parte del manejo inicial y seguimiento en pacientes con diabetes, y ha sido incorporado en las guías de práctica clínica, debido que ha demostrado eficacia, mejoría de sobrevida, disminución de complicaciones como lo son la enfermedad renal del diabético, retinopatía del diabético, podopatía diabética; y cumplimiento de las metas terapéuticas ^(2, 7).

Como lo establece Fernández y colaboradores ⁽⁹⁾ la educación participativa logra un efecto positivo en la toma de decisiones sobre hábitos y estilo de vida saludables, y en consecuencia en

el control de la enfermedad. La capacidad de autocuidado está vinculada a múltiples variables que merecen atención de los profesionales de salud como lo propone Baquedano ⁽¹⁰⁾, quien a su vez establece que a mayor nivel de conocimiento y educación mayor nivel de autocuidado. Marín y col ⁽²⁵⁾ plantean en su trabajo de investigación que otras variables como la edad y tiempo con el diagnóstico de la enfermedad influyen en mayores conductas de autocuidado, así como el nivel de apoyo social y estatus socioeconómico. Respecto al nivel de conocimiento y autocuidado, el estudio de Alinest y col ⁽²⁶⁾ en un hospital venezolano reveló que la población de pacientes con diabetes tenía bajo nivel de conocimiento respecto a la hemoglobina glicada, y valores meta de glicemia propuestos por entes internacionales y también tenían insuficientes conductas de autocuidado, además llamó la atención la baja tasa de automonitoreo de la glicemia capilar en la población estudiada.

Las medidas de manejo y autocuidado incluyen la educación respecto a la patología, orientación terapéutica, información y grupos de apoyo, asesoramiento sobre cesación tabáquica, asesoramiento nutricional y sobre planes de actividad física, así como la enseñanza de la automedición de glicemia para mejor control metabólico y el alcance de las metas glicémicas propuestas.^(1,7) El asesoramiento nutricional incluye desde cuáles alimentos puede consumir, como realizar una adecuada distribución de carbohidratos, abstención al consumo de azúcares refinadas, disminución en el consumo de grasas saturadas, entre otros. Así mismo, la medición de la glicemia capilar forma parte del autocontrol en el paciente con diabetes basado en el cumplimiento de metas propuestas por las guías internacionales, por lo cual se define el *auto monitoreo* de glicemia como aquellas mediciones de glicemia capilar realizadas por el paciente de acuerdo a lo indicado por su médico, y es un elemento esencial para el alcance de metas terapéuticas así como evaluar riesgos de hipoglicemia, y debe ser realizado de acuerdo a las necesidades de cada paciente ⁽¹⁾. Igualmente el autocuidado en el paciente contempla la incorporación a una rutina de ejercicios, de acuerdo a las posibilidades del mismo e incluso previo a la valoración de un equipo multidisciplinario, de ameritarlo. ^(2, 7).

En el servicio de medicina interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, se evidencia gran afluencia de pacientes con complicaciones agudas y crónicas de la diabetes, ocasionadas por mal control metabólico, por lo que surge el presente trabajo de investigación, con el propósito de determinar la relación entre autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes,

obtener datos e información en nuestra población, en el periodo comprendido desde enero de 2016 a julio de 2016, con la finalidad de determinar si ¿Cumplen los pacientes con cambios del estilo de vida (dieta, ejercicio)?, ¿Cumplen de forma adecuada el tratamiento antidiabético?, ¿Poseen suficiente información acerca de su enfermedad y como mantener adecuado control metabólico?,¿conocen las metas terapéuticas? (glicemia preprandial, postprandial y hemoglobina glicada A1c.

Objetivo General

Se plantea como objetivo general, determinar la relación entre autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus del servicio de medicina interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, en el período comprendido desde enero a julio de 2016

Objetivos específicos

- Determinar la tasa de adherencia al tratamiento en paciente que padecen diabetes mellitus del servicio de medicina interna, con distribución por edad, sexo y tiempo con diagnóstico de enfermedad, del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde.
- Conocer el nivel de autocuidado: cumplimiento del plan nutricional, realización de ejercicio, medición de glicemia, cuidado de los pies y hábito tabáquico en la población en estudio.
- Identificar el nivel de recomendaciones brindadas por el equipo de salud a la población de estudio.
- Establecer el grado de conocimiento respecto a metas de control metabólico, glicemia en ayunas, preprandial, postprandial y hemoglobina glicada A1c en la población estudiada.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo de investigación parte del diseño de investigación no experimental, con principio descriptivo, y consta de una muestra no probabilística ⁽¹⁸⁾, partiendo con el propósito de valoración de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus, del servicio de medicina interna, del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, ubicado en la ciudad de Valencia, municipio Naguanagua, Estado Carabobo.

Criterios de inclusión

Se incluyen dentro de la presente investigación a todos aquellos pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 1 o tipo 2, con tratamiento farmacológico indicado al menos 3 meses previos al trabajo investigativo, que deseen y llenen consentimiento a participar en dicha investigación, con capacidad para responder al cuestionario realizado por el investigador.

Criterios de exclusión

Quedan excluidos de la investigación pacientes diabéticos con deterioro cognitivo que le impidiese responder a las preguntas realizadas por el investigador y aquellos con diabetes de reciente diagnóstico sin terapia farmacológica indicada.

Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA), Instrumento. Modificado. Ver Anexos. Anexo 2.

Los estudios demuestran que la SDSCA es una medida multidimensional del autocuidado de la diabetes, con una adecuada fiabilidad interna y test-retest, y las pruebas de validez y sensibilidad al cambio. El instrumento toma en cuenta múltiples aspectos del autocuidado en el paciente con diabetes, como alimentación, realización de ejercicio, medición de glicemia, cuidado de los pies, hábito tabáquico. El pequeño número de importantes correlaciones entre las dimensiones y características de los participantes demuestra que este instrumento se puede generalizar para diferentes subpoblaciones de pacientes con diabetes, incluyendo el estado de insulina, el sexo, el número de comorbilidades, condiciones y duración de la diabetes. ⁽¹⁹⁾

El *Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA)* consta de 18 preguntas divididas por secciones: dieta (alimentación), ejercicio, medición de glicemia, cuidado de los pies, cumplimiento de la medicación, hábito tabáquico, y preguntas relacionadas al nivel de recomendaciones provistas al paciente por parte de su equipo de salud. Las respuestas se expresan en número de días por semanas. Para el análisis de los resultados se reporta en promedio de días por semana con desviaciones estándar, o igualmente expresado en proporción, tomando en cuenta 0 días =0% y 7 días =100%, donde a mayor número de días por semana o a mayor proporción, mayor nivel de autocuidado para cada una de las secciones, a excepción de la pregunta 4, correspondiente a la alimentación, donde a menor proporción mayor nivel de autocuidado.⁽¹⁹⁾

Análisis y presentación de los resultados

Para llevar a cabo el presente trabajo investigativo, bajo los principios de ética y bioética, en inicio se hizo la recolección de información según un tema de interés en fuentes a disposición general; como libros, revistas arbitrarias, revisiones, guías internacionales, tesis entre otros, para la realización de los primeros capítulos del estudio, los cuales incluyen delimitación del problema de investigación, objetivos, hipótesis y marco teórico. Sistemáticamente se realizó la revisión y selección del instrumento para la medición de las variables tratando que su validación y confiabilidad sean altas teniendo en cuenta que la mayoría estén adaptadas a la población venezolana. De igual forma fue necesaria la modificación del mismo, previo conocimiento del comité de bioética e investigación, a fin de incorporar preguntas acerca de los niveles de conocimientos sobre control glicémico (metas de glicemia en ayunas, pre-postprandial y hemoglobina glicada A1c) y se tomó como respuesta correcta aquellas que concordaran con lo planteado en las guías de práctica clínica, tanto de la Asociación Americana de Diabetes como de la Asociación Latinoamericana de Diabetes.

Para la recolección de información, en primera instancia se solicitó la aprobación por parte del servicio de medicina interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde para la aplicación de los diferentes instrumentos antes planteados. Se informó y explicó previo llenado del consentimiento informado a los participantes que el presente es un trabajo de investigación con el

propósito de tesis de grado, y que los resultados servirán para proponer estrategias con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de diabetes.

Se trabajó de la siguiente manera:

- 1) Aplicación del consentimiento informado. Anexo 1.
- 2) Hoja de registro: donde los participantes ingresaron datos generales: edad, sexo, lugar de residencia, tiempo de diagnóstico, tratamiento, ocupación.
- 3) Aplicación de instrumento de “*Diabetes Self-Care Activities Measure*” (SDSCA) modificado. Anexo 2.
- 4) Aplicación de cuestionario anexo de niveles de conocimiento respecto a la Hemoglobina glicada A1c y metas de valores de glicemia.

Una vez aplicado el instrumento, se realizó introducción de los datos en una hoja de Excel, para obtener los respectivos datos estadístico, y de esta manera comprobar las hipótesis planteadas. Se calcularon estadísticos descriptivos de tendencia central y de dispersión, frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis estadístico se emplearon tablas de contingencia. Se hizo la prueba de Kolmogorov Smirnov para confirmar la distribución normal de las variables. Se aplicó la prueba de correlación de Spearman con las variables no paramétricas. El paquete estadístico utilizado fue IBM SPSS Statistic versión 20. El nivel de significancia estadística empleado fue $P < 0,05$.

RESULTADOS

La muestra estudiada estuvo constituida por 100 pacientes del servicio de medicina interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde en el periodo de enero a julio de 2016, con una distribución de 30% de pacientes de la emergencia (n=30), 53% , pacientes de la consulta externa (n=53) y 17% de hospitalización (n=17), con edad promedio de $55,35 \pm 12,52$ años y un tiempo de diagnóstico promedio de $12,48 \pm 5,99$ años. La distribución según el género fue de 57% sexo masculino y 43% sexo femenino. Según el Diagnóstico Médico el 7% de los pacientes encuestados fue diagnosticado con Diabetes tipo 1 mientras que el 93% fue diagnosticado con Diabetes tipo 2.

Al analizar la adherencia al tratamiento en el total de pacientes encuestados se obtuvo que el promedio de días que cumplieron con la medicación prescrita fue de $5,38 \pm 2,25$ días de la semana (proporcionalmente $76,86\% \pm 32,1$). En lo referente a la inyección de insulina se observó que cumplieron en un promedio de $5,36 \pm 2,2$ de los últimos 7 días ($76,6 \pm 31,47$); así mismo, en lo referente a la toma de todas las tabletas indicadas en los últimos 7 días, la cantidad de días promedio de cumplimiento fue de $4,88 \pm 2,55$ ($69,67 \pm 36,43$).

Así mismo, al observar la distribución del cumplimiento de la medicación prescrita según la edad, resalta que el porcentaje de adherencia a la medicación más alto se encontró en el grupo entre 40 y 51 años con un promedio de adherencia de $84,74\% \pm 27,78$, se observó el menor promedio de adherencia en aquellos entre los 28 y 39 años con un $64,71\% \pm 40,52$ de adherencia a la medicación prescrita. Con respecto a la aplicación de insulina en los últimos siete días, el promedio más alto de cumplimiento se vió entre los 40 y 51 años ($84,82\% \pm 25,27$), siendo los pacientes con el promedio más bajo de adherencia a este tratamiento aquellos en edades entre los 76 y 88 años con una media de $47,62\% \pm 41,24$. Cuando se les preguntó sobre haber tomado el número de tabletas prescritas en los últimos siete días las personas consultadas, entre los 28 y 39 años de edad refirieron haber tomado las tabletas según lo indicado con un promedio de cumplimiento de $88,57\% \pm 11,95$; siendo los pacientes entre 64 y 75 años quienes tuvieron el promedio más bajo de cumplimiento a este tratamiento ($53,84\% \pm 44,85$). (Ver Tabla Nro. 1)

Se evidencia que las medias más altas de cumplimiento a cada tratamiento las presentan pacientes de sexo femenino y se observó en este grupo un cumplimiento promedio con la medicación

recomendada de $77,41\% \pm 34,32$, en lo referente a la aplicación de insulina la media de cumplimiento fue de $78,57\% \pm 33,45$; así mismo, en las mujeres se encontró el promedio más alto en lo referente a tomar todas las tabletas prescritas en los últimos 7 días ($73,21\% \pm 35,32$). Se evidenció en los hombres medias más baja tanto en el cumplimiento con la medicación recomendada ($76,44\% \pm 30,60$) como en la aplicación de insulina ($75\% \pm 30,13$) y toma de tabletas prescritas en los últimos siete días ($67,10\% \pm 37,54$). (Ver Tabla 2)

Con respecto a la medicación y al tiempo de diagnóstico de la enfermedad, al preguntarle a los encuestados en cuantos de los últimos siete días ha tomado la medicación recomendada se observó que la media más alta en el cumplimiento de la medicación estaba en aquellas personas entre 20 y 25 años ($91,27\% \pm 14,81$), siendo los pacientes entre 14 y 19 años de haber sido diagnosticados quienes presentaron el promedio más bajo de adherencia ($66,39\% \pm 43,43$). En lo referente a la aplicación de la inyección de insulina en los últimos siete días la media más alta de cumplimiento se observó en quienes tenían entre 20 y 25 años diagnosticados $88,31\% \pm 17,86$, y aquellos que tenían entre 8 y 13 años los que presentaron el promedio de adherencia más bajo con respecto a la inyección de insulina con un $71,43\% \pm 33,88$). En lo pertinente al cumplimiento del número de tabletas prescritas en los últimos siete días, el valor más significativo se encontró en el grupo de 20 a 25 años de diagnóstico con una media de $82,38\% \pm 38,74$. (Ver Tabla Nro. 3)

En referencia al nivel de autocuidado de los pacientes con diabetes del servicio de medicina interna, del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, según se indica en la tabla Nro 4 se observa que en los últimos 7 días la media de cumplimiento del régimen general de alimentación (preguntas 1 y 2) en el grupo de pacientes encuestados fue de $5,69 \pm 1,50$ días ($81,29\% \pm 21,43$); con respecto al régimen específico de alimentación (preguntas 3 y 4), los pacientes estudiados manifestaron haberlo cumplido en promedio $3,77 \pm 1,46$ días de la última semana ($53,86\% \pm 20,86$). En lo relativo al ejercicio se notó que solo lo realizaron en un promedio de $0,98 \pm 0,75$ días de la última semana ($14 \pm 10,71$). Por otra parte lo que concierne al control de glicemia en sangre los pacientes manifestaron realizarlo en los últimos 7 días, en una media de $2,73 \pm 1,87$ días ($39 \pm 26,71$). Al preguntar sobre el cuidado de los pies los encuestados manifestaron hacerlo en un promedio de $4,95 \pm 1,72$ días a la semana ($70,71 \pm 24,57$). (Ver tabla 4). Del total de la población solo 13% de los pacientes refirió tener hábito tabáquico, con un promedio de $11,53 \pm 6,25$ cigarrillos/día.

En lo concerniente a la actitud hacia las recomendaciones de autocuidado dadas por el equipo de salud se observó que el 100% de los encuestados el equipo de salud le ha indicado medir la glicemia empleando una gota de sangre del dedo; el 82% manifestó haber recibido recomendación de seguir un plan de alimentación bajo en grasas y realizar una sesión de ejercicio de bajo nivel (como caminar) diariamente; así mismo, el 72% de los pacientes indicó que le fue recomendado seguir un plan de alimentación rico en carbohidratos complejos, mientras que el 49% manifestó que su médico le prescribió insulina 1 o 2 veces al día. Solo el 9% indicó no haber recibido ningún consejo acerca de su nutrición por parte de su equipo de salud y un 6% dijo no haber recibido ningún consejo acerca de ejercicio por parte de su equipo de salud.

Al preguntarle a los encuestados sobre el conocimiento de algunos aspectos relevantes para personas con diabetes se percibió que el 76% no conoce qué representa la hemoglobina glicada A1c. El 86% no sabe cuáles son las metas para alcanzar el control metabólico mientras que el 96% no sabe cada cuanto tiempo se debe realizar la hemoglobina glicada A1c. (Ver Tabla Nro 5)

Al analizar la correlación entre el cumplimiento de la medicación recomendada y las actividades de autocuidado en los pacientes investigados se obtuvo que hay una correlación positiva muy baja con respecto a cumplimiento del régimen general de la dieta ($\rho= 0,078$) y el cuidado de los pies ($\rho= 0,118$); en lo referente al régimen específico de dieta ($\rho= -0,017$), la actividad física o ejercicio ($\rho= -0,016$) y control de glicemia en sangre ($\rho= -0,092$) en una semana, la correlación fue negativa o inversa muy baja con respecto al cumplimiento de la medicación recomendada. En ninguno de los casos el valor de p fue menor que 0,05 por lo cual las relaciones estudiadas no fueron estadísticamente significativa. (Ver Tabla Nro. 6)

DISCUSIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica, modificable, que afecta a gran parte de la población mundial y en vista de ser una enfermedad con gran impacto en salud pública, se ha propuesto educar e informar al individuo que la padezca, medidas de autocuidado y manejo de la enfermedad, con el propósito de garantizar la adherencia al tratamiento. ^(1,7)

En la población estudiada se evidenció una buena adherencia al tratamiento farmacológico, con un $76,86 \pm 32,1\%$, siendo similar a hallazgos de otros estudios como el de Beena ⁽²⁰⁾, Sweileh ⁽²¹⁾, Kirkman ⁽²²⁾, Kalyango ⁽²³⁾ y Caro-Bautista ⁽²⁴⁾, demostrando que a pesar de una buena adherencia a la medicación existe un porcentaje no despreciable, que no la cumple de forma adecuada, lo cual acarrea un riesgo mayor al paciente de presentar complicaciones agudas y/o crónicas de la diabetes.

El enfoque terapéutico de la diabetes se ha modificado a lo largo del tiempo y como lo proponen las guías clínicas internacionales ^(1, 2, 7) el manejo clínico no se centra únicamente en la terapia farmacológica sino en modificaciones del estilo de vida, igualmente haciendo partícipe al paciente en la toma de decisiones, fomentando conductas saludables que le permitan intervenir en el control de la diabetes, lo que aminora costos en salud pública. En la población estudiada el nivel de cumplimiento y seguimiento de un plan nutricional fue alto, con bajo consumo de grasas saturadas, y buena distribución de frutas y vegetales, con poco cumplimiento de una adecuada rutina de ejercicios, lo cual coincide con los hallazgos de Marín ⁽²⁵⁾ y Caro-Bautista ⁽²⁴⁾, destacando como se menciona en las guías de la Asociación Americana de la Diabetes ⁽⁸⁾ que el cumplimiento de un adecuado régimen dietético y realización de sesiones de ejercicio físico es capaz de disminuir los valores de glicemia, de hemoglobina glicada A1c e incluso minimizar la dosificación de la terapia farmacológica, de allí su importancia.

De igual manera respecto a los controles semanales de glicemia capilar la población estudiada refiere realizarlos, sin embargo, no cumplen con el número de los controles recomendados, lo cual resulta similar a los hallazgos de Marín ⁽²⁵⁾ y Caro-Bautista ⁽²⁴⁾ donde no hubo una adecuada adherencia a la realización de las inspecciones de glicemia capilar, lo que limita al momento de evaluar el cumplimiento de las metas terapéuticas, la eficacia de las recomendaciones del profesional de salud e incluso es un obstáculo para el ajuste de la dosis de los fármacos.

En cuanto al cuidado de los pies, una medida de reciente aparición en las guías de manejo de la diabetes ⁽⁷⁾ se evidenció buena adherencia al cuidado de los mismos en la población estudiada al igual que lo demostrado por Marín en la población de Barquisimeto (Edo. Lara) ⁽²⁵⁾, y se concluye que es la principal medida preventiva de la podopatía diabética. Así mismo, se evidenció baja prevalencia de hábito tabáquico en la población, consecuente con hallazgos de Caro-Bautista⁽²⁴⁾ y Marín⁽²⁵⁾ en consideración con la relación demostrada en guías internacionales entre el tabaquismo y su rol en el desarrollo de complicaciones, como el aumento del riesgo cardiovascular. ^(1,2)

De lo anteriormente expuesto se plantea la necesidad de informar al paciente con diabetes la importancia y beneficios que acarrearán el cumplimiento de conductas saludables como el seguimiento de un plan de dieta así como la incorporación a su rutina de unas sesiones de actividad física de acuerdo a sus posibilidades, como la caminata, andar en bicicleta, inscribirse en gimnasia dirigida con el consentimiento de su médico tratante, e insistir en adecuado cuidado de los pies y en una adecuada realización del automonitoreo de los valores de glicemia lo que ha demostrado su impacto en la disminución del número de consultas, gastos en salud pública y mejor control de la enfermedad, evitando la aparición de comorbilidades y el desarrollo de complicaciones.

En el proceso de educación sobre la enfermedad y medidas de autocuidado juega un papel importante el profesional de salud, como instructor a la población con diabetes, es por ello que se interrogó a la población estudiada respecto al grado de recomendaciones brindadas por su equipo de salud en cada una de las visitas, evidenciando a grandes rasgos buen nivel de información brindada al paciente, relacionada a fomentar actividades de autocuidado, como la medición de glicemia capilar, seguimiento de planes nutricionales bajos en grasas y rico en carbohidratos complejos. Se encontró baja tasa de pacientes sin recibir recomendaciones de autocuidado, y bajo nivel de educación respecto a la realización de actividad física. La evaluación del grado de información y consejos brindados al paciente con diabetes permite al profesional de salud valorar la eficacia de su función preventiva y educativa, como lo pone en evidencia Fernández y colaboradores ⁽⁹⁾, donde una buena intervención docente e instructiva está relacionada con mejoría en el control metabólico y calidad de vida.

El conocimiento en el paciente con diabetes garantiza buen cumplimiento de conductas saludables, mejoría en la calidad de vida y adherencia terapéutica. Es por ello, que Alinest y col⁽²⁶⁾, en una población venezolana valoraron los niveles de conocimiento respecto al test de hemoglobina glicada y automonitoreo de la glicemia capilar, evidenciando poca realización de controles de glicemia y desconocimiento general en la población respecto a que representa la hemoglobina glicada, lo cual coincide con los hallazgos de este estudio, donde la mayoría desconoce que representa, la frecuencia de su determinación y las metas de valores glicémicos, lo que puede estar relacionado a una poca disposición y tiempo del personal de salud durante la consulta a la enseñanza del paciente con diabetes, al grado socioeconómico y grado de instrucción del paciente, entre otras variables, las cuales no fueron determinadas en el presente trabajo. Este hallazgo llama la atención ya que representan la desinformación en el paciente con diabetes lo que contrasta con el alto nivel de recomendaciones provistas por el profesional de salud, como lo valora el instrumento empleado.

En rasgos generales, al valorar la relación entre autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes, se evidencia buena relación entre el seguimiento de un adecuado plan de alimentación y la adherencia al tratamiento, no siendo correlacionable con alguna otra variable de estudio al igual que lo demostrado por Marín⁽²⁵⁾, y observando esto se plantea reforzar las conductas de autocuidado que posee el paciente en la actualidad, promover otros elementos como una rutina de ejercicio frecuente, abstención al hábito tabáquico y enfatizar la autovigilancia de valores de glicemia capilar.

Dentro de las limitantes del presente trabajo de investigación se plantea el grado de subjetividad del instrumento aplicado, así como la veracidad de la información provista por cada paciente encuestado recordando que el instrumento se vale de la memoria y capacidad cognitiva del paciente. Igualmente, es ideal determinar valores de hemoglobina glicada A1c en la población estudiada y establecer el grado de control glicémico, a fin de compararlo con los datos obtenidos en la encuesta y funcionar como parámetro objetivo; sin embargo, en vista del costo de dicho estudio y ausencia de financiamiento no pudo ser determinada. Otra limitante es la valoración del nivel socioeconómico a la población de estudio, no valorada en la investigación por no formar parte de los objetivos planteados; sin embargo, en otros trabajos se ha demostrado la asociación entre menor nivel socioeconómico y menor adherencia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, prevenible y tratable, cuyo pilar fundamental de manejo y primer eslabón terapéutico obedece a modificaciones del estilo de vida, ya sea modificaciones de la alimentación, control del peso, aumento de la actividad física (del ejercicio), autocuidado de los pies, y adecuados controles metabólicos.

De acuerdo a los datos obtenidos del presente trabajo de investigación, se demostró buena adherencia a la terapia farmacológica y cumplimiento de las normas nutricionales, baja frecuencia de hábito tabáquico, con bajo desempeño de las recomendaciones relacionadas a la realización de ejercicio indicadas por su grupo multidisciplinario de salud. Con la información obtenida se sientan las bases estadísticas, como diagnóstico poblacional, de la situación actual del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, respecto al nivel de autocuidado y adherencia al tratamiento médico en pacientes con diabetes. Llama la atención el bajo nivel de conocimiento de la población de estudio respecto al test de Hb A1c, prueba que se emplea de forma rutinaria en la determinación del control metabólico en estos pacientes, así como el desconocimiento de las metas de control glicémico.

Se recomienda fomentar conductas educativas y preventivas a la población general en los diferentes niveles de atención sanitaria, fortaleciendo las directrices actuales en cuanto a la promoción de estilos de vida saludable, seguimiento de una alimentación balanceada, con carbohidratos complejos, evitando el consumo de azúcares refinados y grasas saturadas, una adecuada distribución de raciones de frutas y vegetales, haciendo mayor énfasis en la integración de rutinas de ejercicio y destacando sus beneficios; enfatizar la cesación tabáquica, el autocuidado de los pies y el adecuado control glicémico para mejorar su calidad de vida, cumplimiento de metas glicémicas propuestas y evitar complicaciones. Partiendo de esta premisa se puede establecer mejores estrategias de promoción y educación tanto al paciente con diabetes como a sus familiares y amigos, coincidiendo con el enfoque internacional de guiar la atención sanitaria hacia una orientación preventiva.

De igual forma, se recomienda nuevos trabajos de investigación, tomando en cuenta otras escalas, como GRAFAR, escala de apoyo familiar, con el objeto de identificar otros factores asociados a la adherencia farmacológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aschner P, Mendivil C, Pinzon J, Feliciano J. Guías ALAD sobre diagnóstico, control y tratamiento de la DM tipo 2 con medicina basada en evidencia.[INTERNET] Asociación Latinoamericana de Diabetes (2013) [Citado 02 de Marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.alad-americalatina.org/>
2. Cefalu W et Al. Standars of medical care in diabetes. *Diabetes care journal (vol 39 sup 1)* [INTERNET] American Diabtes Association (2016) [Citado 02 de Marzo de 2016]. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/suppl/>
3. Mata M. y Col. The cost of type 2 diabetes in Spain: the CODE-2 study. *Gaceta Sanitaria.* [INTERNET] (2002). [Citado 02 de Marzo de 2015] 16(6), 511-520. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/>
4. Zafra M. y Col. Complicaciones crónicas en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de salud. *Atención primaria,* [INTERNET] (2000).[Citado 02 de Marzo de 2015]25(8), 529-535. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27>
5. Organización Mundial De La Salud. [INTERNET] Estatus global de enfermedades no notificables [Actualizado en enero de 2015; Citado 2 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
6. Smith S. et al. Peer Support For Patients With Type 2 Diabetes: Cluster Randomised Controlled Trial.. [INTERNET] Bmj. (2011) [Citado 15 de Febrero de 2015] 342:D715. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21324992>
7. Powers M. et al. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. [INTERNET] *Diabetes Care* 2015; [Citado 02 de Marzo de 2015]38:1372–1382. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/early/2015/06/02/dc15-0730>
8. Denyes M, Orem D, SozWiss G. Self-Care: A Foundational Science. [INTERNET] *Nurs Sci Q* 2001[Citado 02 de Marzo de 2015] 14: 48. Disponible en: <http://nsq.sagepub.com/content/14/1/48>
9. Fernández A, Abdala T, Alvara E, y col. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [INTERNET] *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*

- 2012: [Citado el 02 de marzo de 2016] 1794-99. Disponible en: <http://sociales.redalyc.org/articulo.oa?id=47323278006>.
10. Baquedano I, Dos Santos M, Aparecida T, y col. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. [INTERNET] Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010. [Citado el 02 de marzo de 2016] 18(6). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf
 11. OMS. Diabetes mellitus. Hoja de datos N° 138, [INTERNET] Abril 2002. (consultada en Agosto de 2012))Diabetes: El coste de la diabetes. Hoja de datos N° 236, Sept. 2002. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets
 12. Wild S. y col. Predominio global de la diabetes. [INTERNET] Diabetes Care. 2004; [Citado 02 de Marzo de 2015]27:1047-1053.Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15111519>
 13. Detournay B. y col. Epidemiología y costes de la diabetes tratada con insulina en Francia. [INTERNET] Diabetes Metab. 2005; [Citado 25 de Marzo de 2015]31:2S1-2S18.Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16142041
 14. Hauner H. et al. Prävalenz des Diabetes mellitus in Deutschland 1998-2001. [INTERNET] Dtsch Med Wochenschr. 2003 [Citado 25 de Marzo de 2015] ;128:2632-2638. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16189768
 15. Engलगau M. et al. Evolución de la diabetes en los Estados Unidos de Norteamérica. [INTERNET] ArchIntMed 2004 [Citado 25 de Marzo de 2015];140:945-950. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16146789
 16. Programa Caremto. [INTERNET] Ministerio Del Poder Popular Para La Salud. (2016) Caracas, Venezuela. Disponible en: [Www.Mppsd.Org.Ve](http://www.mppsd.org.ve)
 17. Organización Mundial De La Salud. (2003, Julio 01). El Incumplimiento Del Tratamiento Prescrito Para Las Enfermedades Crónicas Es Un Problema Mundial De Gran Envergadura [Mensaje De Grupo De Noticias]. Recuperado De [Http://Www.Who.Int/Mediacentre/News/Releases/2003/Pr54/Es/Index.Html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/index.html).
 18. Sampieri, R. Fernández, C. Metodología de la investigación. (2006). Editorial Mc Graw Hill.
 19. Toobert, D. et al. The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure: Results from 7 studies and a revised scale. [INTERNET] Diabetes Care (2000) 23:943–950. [Citado 02

- de Marzo de 2016]. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/23/7/943.full.pdf>
20. Beena J. et al. Adherence to Medications among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Three Districts of Al Dakhliyah Governorate, Oman. . SQU Medical Journal [Internet] 2014. [Citado el 5 de julio de 2016]. Vol. 14, Iss. 2, pp. e231-235. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3997541/pdf/squmj1402-e231-235.pdf>
 21. Sweileh W. et al. Influence of patients' disease knowledge and beliefs about medicines on medication adherence: findings from a cross-sectional survey among patients with type 2 diabetes mellitus in Palestine. BMC PublicHealth. [Internet] 2014. [Citado el 5 de julio de 2016] 14:94. Disponible en: <http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-94>
 22. SueKirkman, M.et al. Determinants of Adherence to Diabetes Medications: Findings From a Large Pharmacy Claims Database. Diabetes Care. [Internet] 2015 [Citado el 5 de julio de 2016] 38:604–609. Disponible en: <http://10.2337/dc14-2098>
 23. Kalyango J. et al. Non-Adherence To Diabetes Treatment Mulago Hospital In Uganda. Africanhealthsciences. [Internet] 2008 [Citado el 12 de Junio de 2016] Vol. 8 N°2. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2584325/>
 24. Caro-Bautista J. et al. Adaptación cultural al español y validación psicométrica del Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA) en personas con diabetes mellitus tipo 2. Aten Primaria. [Intenet] 2015. [citado el 5 de julio de 2016] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.08.005>
 25. Marín M. y col. Factores Psicosociales Asociados A La Adherencia Al Tratamiento En Pacientes Con Diabetes Mellitus: Un Modelo De Ruta. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Programa Licenciatura En Psicología. [Internet] 2012. [Citado el 12 de Junio de 2016] Disponible en: <http://docplayer.es/2847127-Factores-psicosociales-asociados-a-la-adherencia-al-tratamiento-en-pacientes-con-diabetes-mellitus-un-modelo-de-ruta.html>
 26. Alinest A, Gómez F y col. Conocimiento de un grupo de diabéticos venezolanos acerca de la hemoglobina glicosilada y la autovigilancia glicémica. [INTERNET]. Med Interna 2008. [Citado el 01 de Agosto de 2016] 24(4):205-215. Disponible en: <http://www.svmi.web.ve/ojs/index.php/medint/article/view/311/304>

ANEXOS

ANEXO I

Consentimiento Informado

Carabobo, ____ de _____ de 2016

Por medio de la presente, yo, _____, ciudadano de nacionalidad _____, portador del documento de identidad número _____ expreso mi voluntad a participar del trabajo de investigación titulado:

**AUTOCAUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
DIABETES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE.**

ENERO – JULIO 2016

Cuyos autores,

Autor: Víctor Oliveira.

Tutor clínico: Dra. Susan Trujillo

Tutor Metodológico: MSc. Marymili Segura

Habiendo sido informado de que la información por mi brindada tiene fines académicos, y basados en el principio del anonimato,

Sin más que hacer referencia,

Atentamente,

Nombre, Firma y Cédula

ANEXO II

SUMARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TOOBERT, HAMPSON, GLASGOW. 2000.

Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA)

EDAD: ____ GÉNERO: Masculino ____ Femenino ____

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____ TIEMPO CON EL DIAGNÓSTICO: _____

OCUPACIÓN: _____

Marque con una "X" la opción que más se adapte a su situación en los últimos 7 días

1-DIETA:

1) ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS ha seguido un plan saludable de comida?

0 1 2 3 4 5 6 7

2) ¿En promedio, en el último mes, cuantos DIAS POR SEMANA ha seguido su dieta?

0 1 2 3 4 5 6 7

3) ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS ha comido 5 ó más raciones de frutas y vegetales?

0 1 2 3 4 5 6 7

4) ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS ha comido comidas altas en grasas tales como carnes rojas o productos lácteos sin desnatar?

0 1 2 3 4 5 6 7

2-EJERCICIO

5) ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS ha practicado al menos 30 minutos de actividad Física? (total de minutos de actividad continua incluido caminar)

0 1 2 3 4 5 6 7

6) ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS ha participado en una sesión específica de ejercicio (como nadar, caminar, bicicleta) aparte de las que haga de su casa o como parte de su trabajo?

0 1 2 3 4 5 6 7

3-TEST DE AZUCAR EN SANGRE

7) ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS hizo su control de glucosa?

0 1 2 3 4 5 6 7

8) ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS hizo el test de glucosa el número de veces recomendado por su centro de salud o médico tratante?

0 1 2 3 4 5 6 7

4-CUIDADO DE LOS PIES

9) ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS revisó sus pies?

0 1 2 3 4 5 6 7

10) ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS inspeccionó la parte interna de sus zapatos?

0 1 2 3 4 5 6 7

5-TABACO

11) ¿Ha fumado algún cigarrillo (incluso una bocanada) durante los últimos SIETE DIAS?

0- NO

1- SI .Si es que sí, cuantos cigarrillos fuma de promedio al día número. ____.

6- MEDICACIONES

12) ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS ha cumplido con la medicación recomendada?

0 1 2 3 4 5 6 7

13) ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS se ha puesto las inyecciones de insulina recomendadas?

0 1 2 3 4 5 6 7

14) ¿En cuántos de los últimos SIETE DIAS ha tomado el número de pastillas prescritas?

0 1 2 3 4 5 6 7

Recomendaciones de autocuidado (Self-Care Recommendations)

1A. ¿Cuál de los siguientes te ha recomendado tu equipo de salud (doctor, enfermera, dietista o educador de la diabetes)? Marque las que correspondan:

- a. Seguir un plan de dieta bajo en grasas
- b. Seguir una dieta rica en carbohidratos complejos
- c. Reducir el número de calorías que consume para perder peso
- d. Comer mucha comida rica en fibra dietética
- e. Comer mucho (al menos 5 raciones al día) de frutas y vegetales
- f. Comer muy pocos dulces (por ejemplo: postre, sodas NO dietéticas, caramelos)
- h. No he recibido ningún consejo acerca de mi dieta por parte de mi equipo de salud

2A. ¿Cuál de los siguientes te ha recomendado tu equipo de salud (doctor, enfermera, dietista o educador de la diabetes)? Marque las que correspondan:

- a. Realizar ejercicio de bajo nivel (como caminar) diariamente
- b. Ejercicio continuo por al menos 20 minutos 3 veces a la semana.
- c. Incorporar ejercicios a mi rutina diaria (por ejemplo, subir escaleras en vez de usar el elevador, estacionar el vehículo a una cuadra de distancia, caminar)
- d. Incorporarme a alguna rutina de ejercicio específica.
- f. No he recibido ningún consejo acerca de ejercicio por parte de mi equipo de salud

3A. ¿Cuál de los siguientes te ha recomendado tu equipo de salud (doctor, enfermera, dietista o educador de la diabetes)? Marque las que correspondan:

- a. Medir la azúcar en sangre empleando una gota de sangre de mi dedo
- b. Medir la azúcar en sangre empleando una máquina que lea resultados
- c. Medir la cantidad de azúcar en sangre
- e. No he recibido ningún consejo acerca de medición de azúcar en sangre u orina por parte de mi equipo de salud

4A. ¿Cuál de los siguientes tratamientos para la diabetes le ha prescrito su doctor? Por favor, marque las que correspondan.

- a) Una inyección de insulina 1 o 2 veces al día
- b) Una inyección de insulina 3 o más veces al día
- c) Pastillas para la diabetes y control de mis niveles sanguíneos de azúcar
- d) No me ha sido indicado ni pastillas ni insulina para mi diabetes.

AUTOCONOCIMIENTO

15. ¿Conoce que representa la hemoglobina glicada A1c?

A. Sí b. No

16. ¿Sabe usted cuales son las metas para alcanzar control metabólico en pacientes diabéticos?

a. Sí b. No

17. ¿Sabe usted cada cuanto tiempo se debe realizar la Hba1c?

a. Sí b. No

TABLAS

Tabla Nro. 1. Distribución de los pacientes según la medicación prescrita y la edad

Edad años	Pacientes n	Medicación 1		Medicación 2 *		Medicación 3 H	
		Días/Semana	Proporción%	Días/Semana	Proporción%	Días/Semana	Proporción%
		$\bar{X} \pm DE$					
28 a 39	10	4,60 ± 2,84	64,71 ± 40,52	4,71 ± 2,63	67,34 ± 37,54	6,20 ± 0,84	88,57 ± 11,95
40 a 51	23	5,65 ± 1,95	80,74 ± 27,78	5,94 ± 1,77	84,82 ± 25,27	6,11 ± 0,78	87,30 ± 11,17
52 a 63	45	5,42 ± 2,27	77,46 ± 32,45	5,32 ± 2,24	76,06 ± 31,95	4,56 ± 2,79	65,14 ± 39,79
64 a 75	17	5,59 ± 2,81	79,83 ± 31,16	5,80 ± 2,1	82,86 ± 29,97	3,77 ± 3,14	53,84 ± 44,85
76 a 88	5	4,80 ± 2,86	68,57 ± 40,91	3,33 ± 2,89	47,62 ± 41,24	5,75 ± 1,50	82,14 ± 21,43

* 28% de los encuestados no aplicaba para esta pregunta

H 33% de los encuestados no aplicaba para esta pregunta

Tabla Nro. 2. Distribución de los pacientes según la medicación prescrita y sexo

Edad años	Pacientes n	Medicación 1		Medicación 2 *		Medicación 3 H	
		Días/Semana	Proporción	Días/Semana	Proporción	Días/Semana	Proporción
		$\bar{X} \pm DE$	% $\bar{X} \pm DE$	$\bar{X} \pm DE$	% $\bar{X} \pm DE$	$\bar{X} \pm DE$	% $\bar{X} \pm DE$
FEMENINO	43	5,42 ± 2,40	77,41 ± 34,32	5,50 ± 2,34	78,57 ± 33,45	5,13 ± 2,47	73,21 ± 35,32
MASCULINO	57	5,35 ± 2,14	76,44 ± 30,60	5,25 ± 2,11	75 ± 30,13	4,70 ± 2,63	67,10 ± 37,54

* 28% de los encuestados no aplicaba para esta pregunta

H 33% de los encuestados no aplicaba para esta pregunta

Tabla Nro. 3. Distribución de los pacientes según la medicación prescrita y el tiempo de diagnóstico de la enfermedad

tx con el dx	Pacientes n	Medicación 1		Medicación 2 *		Medicación 3 H	
		Días/Semana	Proporción%	Días/Semana	Proporción%	Días/Semana	Proporción%
		$\bar{X} \pm DE$					
2 a 7	22	5,55 ± 1,95	79,22 ± 27,79	5,80 ± 1,7	82,85 ± 24,27	5,36 ± 2,01	76,62 ± 28,77
8 a 13	42	5,14 ± 2,33	73,47 ± 33,33	5 ± 2,37	71,43 ± 33,88	4,48 ± 2,73	63,94 ± 39,02
14 a 19	17	4,65 ± 3,04	66,39 ± 43,43	5,08 ± 2,78	72,53 ± 39,75	4,78 ± 2,82	68,25 ± 40,27
20 a 25	18	6,39 ± 1,04	91,27 ± 14,81	6,18 ± 1,25	88,31 ± 17,86	5,07 ± 2,71	82,38 ± 38,74
26 a 32	1	6	85,714	NA	NA	6	85,71

* 28% de los encuestados no aplicaba para esta pregunta

H 33% de los encuestados no aplicaba para esta pregunta

Tabla Nro. 4. Nivel de autocuidado de los pacientes con diabetes del servicio de medicina interna, del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde

VARIABLES	Días/Semana	Proporción
	$\bar{X} \pm DE$	% $\bar{X} \pm DE$
DIETA REGIMEN GENERAL (1 Y 2)	5,69 ± 1,50	81,29 ± 21,43
DIETA REGIMEN ESPECÍFICO (3 Y 4)	3,77 ± 1,46	53,86 ± 20,86
EJERCICIO (5 Y 6)	0,98 ± 0,75	14 ± 10,71
AZUCAR EN SANGRE (7 Y 8)	2,73 ± 1,87	39 ± 26,71
CUIDADO DE LOS PIES (9 Y 10)	4,95 ± 1,72	70,71 ± 24,57

Tabla Nro. 5. Autoconocimiento sobre aspectos relevantes en pacientes con DM

AUTOCONOCIMIENTO	SI		NO	
	f	%	f	%
Conoce que representa la hemoglobina glicada a1c?	24	24	76	76
Sabe usted cuales son las metas para alcanzar control metabólico en pacientes diabéticos?	14	14	86	86
Sabe usted cada cuanto tiempo se debe realizar la Hba1c?	4	4	96	96

Tabla Nro. 6. Correlación entre el cumplimiento de la medicación recomendada y el seguimiento de las recomendaciones dadas por el equipo de salud

VARIABLES	MEDICACIÓN 1 (medicación recomendada)		MEDICACIÓN 2 (inyección de insulina)		MEDICACIÓN 3 (tabletas prescritas)	
	rho	P	Rho	P	rho	P
DIETA REGIMEN GENERAL (1Y2)	0,078	0,441	0,097	0,417	0,046	0,736
DIETA REGIMEN ESPECÍFICO (3 Y 4)	-0,017	0,865	0,124	0,299	-0,107	0,428
EJERCICIO (5 Y 6)	-0,016	0,875	-0,086	0,472	-0,041	0,764
AZUCAR EN SANGRE (7 Y 8)	-0,092	0,364	-0,006	0,963	-0,082	0,543
CUIDADO DE LOS PIES (9 Y 10)	0,118	0,243	0,104	0,386	0,054	0,692

* Correlación estadísticamente significativa ($P < 0,05$) mediante la prueba de correlación de Spearman