



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON URGENCIAS NO 61 NAUCALPAN
ESTADO DE MÉXICO



**CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA
UMF 61**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

IGNACIO MORALES ASCENCIO

Registro de autorización: **R-2020-1503-058**

Naucalpan estado de México

Año 2022

Asesor: DR. MAURICIO ESPINOSA LUGO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS
JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

IGNACIO MORALES ASCENCIO

AUTORIZACIONES:

DRA. IRENE PADRÓN MARTÍNEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

DR. MAURICIO ESPINOSA LUGO

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN UMF 222

ASESOR DE TESIS

DRA. MAYRA ADORAIM AGUILAR GONZALEZ

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF 61

DRA. ROSA MARIA PIÑA NAVA

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA DEL ESTADO DE MÉXICO

PONIENTE

DR. JESUS MARCO ANTONIO JUÁREZ ROMERO

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA DEL ESTADO DE MÉXICO

PONIENTE

NAUCALPAN ESTADO DE MÉXICO

AÑO 2022

**CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS
JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

IGNACIO MORALES ASCENCIO

AUTORIZACIONES:

DR. JAVIER SANTACRUZ SANCHEZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN

DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

CONTENIDO

RESUMEN	1
MARCO TEORICO.....	2
JUSTIFICACIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
OBJETIVOS	12
HIPÓTESIS.....	13
DISEÑO METODOLÓGICO Y TIPO DE ESTUDIO:	13
TAMAÑO DE MUESTRA:.....	14
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:	15
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	16
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	19
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES.....	35
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	40

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

RESUMEN

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61 Espinosa LM ¹, Morales AI ²

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 pertenece a un grupo de enfermedades metabólicas crónicas, de etiología multifactorial, de alta incidencia y prevalencia predominante en los adultos, representando un problema de salud pública. El tratamiento se enfoca al control por no existir el curativo. **Objetivo:** Identificar las principales causas de poca adherencia al tratamiento farmacológico oral en adultos jóvenes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 61.

Material y métodos: muestreo por conveniencia. Estudio Mixto, observacional, prospectivo, transversal, retrolectivo, descriptivo, abierto. Se identificaron las principales causas de poca adherencia al tratamiento farmacológico y utilizando la escala Morisky 8 ítems para evaluar la adherencia, se presentaron los resultados en porcentajes con tablas de salida y gráficos.

RESULTADOS: De los 297 participantes, el 63% es femenino, 37% es masculino, escolaridad predominante secundaria 41%, tiempo de evolución de 4.5 años, comorbilidad en el 18%, polifarmacia en el 32,6%, actividad laboral en el 62%, actividad física en el 29%, en otra causa el olvido 61%. Adherencia al tratamiento el 30% baja, el 42% media, el 28% alta. **CONCLUSIONES:** Las causas de poca adherencia a tratamiento principales encontradas son el olvido, polifarmacia y comorbilidad. La escala de Morisky 8 ítems es útil en la evaluación rápida de la adherencia al tratamiento farmacológico oral en pacientes que se sospeche poca adherencia.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, falla en tratamiento, adulto

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

MARCO TEORICO

ADULTO JOVEN

El Adulto joven o adultez temprana está definida de 17 a 45 años determinada por la enorme vitalidad que alcanza su máxima potencialidad y por mayor grado de tensión y estrés. Esta era señala la culminación del periodo vital en el ámbito biológico. Social y psicológicamente, es el momento propio para materializar y hacer realidad las ilusiones y deseos de la edad juvenil poseer un lugar en la sociedad, crear la propia familia, conseguir una función laboral adecuada, un estatus socialmente valorado. Además, puede ser el momento adecuada para la culminación de grandes satisfacciones: amor, sexualidad, vida familiar, vida profesional creatividad logro de objetivos vitales. Es el momento de grandes tensiones, preocupaciones y estrés responsabilidades familiares, cargas laborales, cargas económicas, toma de decisiones importantes de cara al futuro, tales como matrimonio, religión, trabajo, estilo de vida (1).

A nivel mundial aproximadamente mil millones de jóvenes viven en el mundo hoy. Eso significa que una persona de cinco. La mayoría de los jóvenes del mundo viven en países en vías de desarrollo (casi el 85%), con aproximadamente el 60% en Asia solamente. El 23% restante vive en las regiones en vías de desarrollo de África, América Latina y el Caribe. Para el año 2025, el número de jóvenes que vivirán en países en vías de desarrollo crecerá en un 89.5%. Por consiguiente, es necesario contemplar asuntos de juventud en las políticas y en la agenda de desarrollo en cada país (2).

En México la relevancia de la población joven dentro del contexto nacional radica no solamente en su importancia numérica, sino principalmente por el desafío que significa para la sociedad garantizar la satisfacción de sus necesidades y demandas, así como el pleno desarrollo de sus capacidades y potencialidades particulares. De acuerdo con información de la Encuesta Intercensal 2015, el monto de la población joven de 15 a 29 años de edad ascendió a 30.6 millones, que representan 25.7% de la población a nivel nacional, de la cual 50.9% son mujeres y 49.1% son hombres (3).

DIABETES MELLITUS TIPO 2

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónico degenerativas, pertenece a un grupo de enfermedades metabólicas y es consecuencia de la deficiencia en el efecto de la insulina, causada por una alteración en la función endocrina del páncreas o por la alteración en los tejidos efectores, que pierden su sensibilidad a la insulina. En la diabetes mellitus, la glucemia se eleva a valores anormales hasta alcanzar concentraciones nocivas para los sistemas fisiológicos, provocando deterioro a diferentes órganos blanco: vascular periférico (pie diabético), alteraciones en la retina (retinopatía diabética), microcirculación y pequeños vasos de órganos (nefropatía diabética) y en prácticamente el organismo completo, con un pronóstico letal si no se controla.

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la enfermedad involucra un deterioro progresivo de la integridad de las células β pancreáticas encargadas de la secreción de insulina en respuesta al incremento de la glucemia. La muerte celular como consecuencia de la hiperglucemia es un proceso común en los diferentes tipos de diabetes, y el esclarecimiento de los mecanismos involucrados en dicho proceso permitirá el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas útiles para prevenir el daño e incluso revertir la pérdida de la masa celular en pacientes con diabetes avanzada. Algunos mecanismos que se alteran durante la diabetes, como la secreción de insulina y la señalización del receptor para insulina, además de aquéllos que participan en la pérdida de la integridad de las células β pancreáticas. Los nuevos hallazgos en relación con la muerte de las células β han permitido explorar el diseño de nuevas estrategias para determinar el pronóstico de la enfermedad, así como el diseño de nuevas terapias para impedir la muerte de las células β y, posiblemente, la terapia celular para suplantar y revertir el proceso patológico⁽⁴⁾.

EPIDEMIOLOGIA

La diabetes mellitus representa un grave problema de salud pública. Su incidencia oscila entre el 1-2% de la población mundial. El tipo más frecuente es la diabetes no insulino dependiente (DMNID), o tipo 2. Según el INEGI, en el 2010 fue la segunda causa de muerte en mujeres y varones en México: en ese año se registraron 592,018 defunciones, cuyas principales causas fueron las enfermedades del corazón (105,144), la diabetes mellitus (82,964) y los tumores malignos (70,240). La mortalidad es más prevalente en mujeres (43,267) que en hombres (39,692). El estudio de esta enfermedad se ha convertido en una prioridad, dadas su prevalencia y complejidad^(5,6).

En México se ha incrementado y actualmente figura entre las primeras causas de muerte en el país. En la ENSANUT 2012 identifican a 6.4 millones de adultos mexicanos con diabetes, es decir, 9.2% de los adultos en México han recibido ya un diagnóstico de diabetes. El total de personas adultas con diabetes podría ser incluso el doble, de acuerdo a la evidencia previa sobre el porcentaje de diabéticos que no conocen su condición. Del total de personas que se identificaron como diabéticas en la ENSANUT 2012, 16% (poco más de un millón) son del grupo que reportan no contar con protección en salud, en tanto que 42% (2.7 millones) son derechohabientes del IMSS, 12% (800 mil) de otras instituciones de seguridad social, y 30% (1.9 millones) refieren estar afiliados al SPSS⁽⁷⁾.

En la última encuesta realizada en México la información obtenida a través de la ENSANUT MEDIO CAMINO 2016, proporciona un panorama actual sobre la magnitud y tendencias de la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta en la población a nivel nacional y sobre los principales factores de riesgo de estas condiciones y proporciona información sobre el desempeño de la Estrategia Nacional contra el Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. La información es de utilidad para apoyar la toma de decisiones del Sector Salud. La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco previenen la diabetes de tipo 2 o retrasan su aparición. Se puede tratar la diabetes y evitar o retrasar sus consecuencias con dieta, actividad física, medicación y exámenes

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

periódicos para detectar y tratar sus complicaciones⁽⁸⁾

DIAGNÓSTICO

La diabetes mellitus tipo 2 dentro de su inicio y evolución puede cursar asintomática de allí la importancia de su diagnóstico oportuno e iniciar el control y manejo. Las guías de consenso más utilizadas para el diagnóstico de la diabetes mellitus son la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la de la American Diabetes Association (ADA). En la actualidad el diagnóstico de la diabetes mellitus se basa en tres pilares fundamentales: la determinación de la glucemia en ayunas, el test de sobrecarga oral de glucosa y la fracción de hemoglobina A1c: HbA1c \geq 6,5 %. Realizada con un método certificado por la National glycohemoglobin standardization program (hemoglobina glicosilada programa nacional estandarizado) según la International Federation of Clinical Chemistry (federación internacional de química clínica), glucemia en ayunas \geq 126 mg/dL (7,0 mmol/L) , glucemia a las 2 horas de sobrecarga oral de glucosa (75 g glucosa anhidra) \geq 200 mg/ dL (11,1 mmol/L) ó en pacientes con síntomas clínicos o crisis hiperglucémica una glucemia al azar \geq 200 mg/ dL (11,1 mmol/L), Si el paciente presenta clínica característica (poliuria, polidipsia, pérdida de peso) la presencia de hiperglucemia (valor \geq 200 mg/mL) se considera un criterio diagnóstico suficiente ⁽⁹⁾.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Un manejo adecuado de la diabetes requiere cambios permanentes en el estilo de vida alimentación adecuada y actividad física, para ello se requiere que el paciente y los miembros de la familia reciban educación para adquirir conocimientos y comprensión de la historia natural de la enfermedad; lo que permitirá que se desarrolle habilidades para un manejo adecuado de la diabetes a través del logro del control metabólico y prevención de complicaciones. Dada la importancia de la educación en el paciente, así como el rol que juega el apoyo familiar sobre el manejo adecuado de la enfermedad, aunado a la limitada evidencia del uso de dos instrumentos con validez previa, que incluya la evaluación del apoyo familiar y nivel de conocimientos, el objetivo del estudio fue evaluar la asociación del control glicémico con el apoyo familiar y nivel de conocimientos en pacientes con DM2⁽¹⁰⁾.

LA DIETA DE 24 HORAS

La dieta, junto con los estilos de vida, es un importante factor determinante del estado de salud del individuo y de la comunidad. La valoración de la ingesta dietética a nivel poblacional nos aporta información básica para conocer la frecuencia y la distribución de posibles desequilibrios dietéticos y/o nutricionales, así como para orientar el diseño de políticas nutricionales dirigidas a mejorar los hábitos alimentarios y los niveles de salud de una comunidad. El método consiste en recordar precisamente, describiendo y cuantificando la ingesta de alimentos y bebidas consumidas durante el periodo de 24 horas previas, o durante el día anterior a la entrevista, desde la primera toma de la mañana hasta los últimos alimentos o bebidas consumidas por la noche ⁽¹¹⁾.

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS CON HIPOGLUCEMIANTES ORALES

El tratamiento de esta enfermedad, una vez establecida, está orientado a evitar el desarrollo de descompensaciones agudas y de las complicaciones crónicas que determinan la morbilidad y la mortalidad. La magnitud del problema obliga a ser muy cuidadosos en el momento de decidir cuál es el mejor tratamiento para nuestros pacientes.

Deberá considerarse su empleo en el paciente cuando con la dieta y el ejercicio físico no se consiga un adecuado control de la diabetes Mellitus, tras un período razonable (4-12 semanas) después del diagnóstico.

Medicamentos para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

1.-Aumentan la secreción de insulina independiente del nivel de glucosa.

Sulfonilureas: primera generación (clorpropamida, tolbutamida). Segunda generación: glibenclamida, glicazida, glipizida, glimepirida. Dentro de su mecanismo de acción son secretagogos de insulina, inhiben los (KATP) y promueven la liberación de insulina a largo plazo

Meglitinidas: repaglinida, nateglinida estas estimulan la secreción de la insulina durante la primera fase de su liberación por un mecanismo similar al de las sulfonilureas, al unirse y bloquear a los canales de potasio sensibles a ATP (K ATP), despolarizando la membrana y favoreciendo la liberación de insulina vía la apertura de canales de calcio dependientes de voltaje.

2.-Disminuyen la insulino-resistencia.

Biguanidas: (metformina) son sensibilizadoras a la insulina que disminuyen la hiperglucemia sin estimular la producción de insulina, reduce los niveles elevados de glucosa sanguínea al disminuir la producción hepática de glucosa e incrementar la sensibilidad periférica a insulina, inhibe la absorción intestinal de glucosa e incrementa la recaptura de glucosa por musculo esquelético,

Tiazolidinedionas: (pioglitazona, rosiglitazona) son sensibilizadoras a la insulina al ser agonistas selectivos del receptor peroxisomaproliferador-activado gamma (PPAR γ), un receptor de la membrana nuclear que se expresa principalmente en adipocitos. Su mecanismo de acción preciso y sus efectos metabólicos aún no son completamente claros.

3.-Disminuyen las excursiones de glucosa actuando en el tracto digestivo.

Inhibidores de las alfa glucosidasas: (acarbose, miglitol) Estos bloquean la degradación enzimática de carbohidratos complejos en el intestino delgado, lo que disminuye la glucosa postprandial y mejora el control glucémico sin riesgo de aumento de peso o hipoglucemia. Su mecanismo de acción se centra en impedir, mediante inhibición competitiva en los vellos intestinales de los enterocitos del borde dentado, que las α -glucosidasas y α -glucosidasa-hidrolasas (glucoamilasas) degraden disacáridos y oligosacáridos a monosacáridos antes de su absorción, retrasando la absorción de glucosa.

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

4.-Aumentan la secreción de insulina dependiente del nivel de glucosa y suprimen la secreción de glucagón.

Agonistas del receptor de GLP1: (exenatida, liraglutida) el GLP-1 es una hormona incretina, componente esencial de la homeostasis normal de la glucosa. Induce la secreción de insulina dependiente de glucosa y regula la liberación de glucagón, reduciendo la hiperglucemia.

Inhibidores de DPP4: (sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina, linagliptina) son moléculas pequeñas que incrementan el efecto de GLP-1 y el péptido insulínico dependiente de glucosa, lo que aumenta la secreción de insulina dependiente de glucosa y suprime la secreción de glucagón.

5.- Reducen la reabsorción de glucosa a nivel del túbulo proximal y provocan un aumento de la excreción urinaria de glucosa. Los inhibidores selectivos del cotransportador sodio-glucosa (SGLT2), responsable del 80-90% de la reabsorción renal de glucosa, por su mecanismo de acción sólo son útiles en pacientes con función renal conservada. Los fármacos glucosúricos son la dapagliflozina, canagliflozina y empagliflozina^(12,13).

En el nuevo algoritmo de tratamiento de la hiperglucemia en la diabetes mellitus tipo 2 de la redGDPS (Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud) se reserva el uso de insulina en dos situaciones: al inicio de la enfermedad, de forma habitualmente temporal, en aquellos pacientes con elevaciones glucémicas importantes y muy sintomáticos, así como en las fases más avanzadas de la enfermedad cuando ya no es posible alcanzar el objetivo de control glucémico con el tratamiento no insulínico⁽¹⁴⁾.

LA FALTA DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO

Es muy frecuente y es un problema global, que impide que la morbimortalidad asociada a enfermedades crónicas pueda ser evitada intencionada o no, es una de las causas más importantes del mal control de una enfermedad como la diabetes. Se trata de un problema complejo, influido por múltiples factores relacionados con la enfermedad (la adherencia terapéutica es más baja en enfermedades crónicas como la diabetes, que en enfermedades agudas), con el paciente, con el equipo de salud y el sistema sanitario, con el tratamiento, o con factores socioeconómicos. Para abordarlo la clave está en identificar cuáles son estos factores, lo que permitirá diseñar estrategias individuales para corregirlo y evitar sus graves consecuencias⁽¹⁵⁾.

En los países desarrollados la adherencia a los tratamientos a largo plazo alcanza sólo el 50% , siendo incluso menor en los países en vías de desarrollo. El estudio demostró que sólo uno de cada tres pacientes sigue de manera correcta las indicaciones de su médico, con adherencias diferentes para cada componente, mayores para la toma de medicamentos, aun en casos de polifarmacia y menores para ejercicio y dieta⁽¹⁵⁾.

FACTORES DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO

En el estudio realizado valorando la adherencia a la medicación ya sea con aumento o disminución de la misma en este metaanálisis fueron clasificados en tres categorías: **1) relacionados con el paciente**, **2) relacionados con factores médicos y el tratamiento** **3) relacionados con los cuidados de salud**. De todos ellos, solo el estado mental, específicamente la depresión, y los costes de la medicación, se asociaron consistentemente con la adhesión a través de múltiples estudios con diferentes poblaciones y diseños. Otros factores como el incremento de la edad, el género, la raza, el estado civil, el nivel de educación, la percepción acerca de la necesidad de medicación, el estado de salud, nivel socioeconómico, duración de la diabetes, tipo de medicamento, el tener un seguro de salud y la frecuencia de visitas a los profesionales sanitarios, no se asociaron significativamente con la adherencia a la medicación en más de un tercio de los estudios. Igualmente no hubo una correlación concluyente con la adherencia respecto al número de comorbilidades o de complicaciones relacionadas con la diabetes, en la revisión sistemática de 27 artículos la prevalencia de adherencia osciló entre el 38,5 y el 93,1%. Solo seis de 27 estudios (22,2%) informaron una prevalencia de adherencia \geq 80% entre la población de estudio. Se encontró que la depresión y el costo de la medicación eran predictores consistentes y potencialmente modificables del comportamiento de toma de medicación para la diabetes^(15,16).

Los avances diagnósticos y terapéuticos de las últimas décadas no resuelven los problemas relacionados con el cumplimiento o adherencia, pues el paciente es autónomo y toma su propia decisión según percibe la necesidad de tomar la medicación, y según su conocimiento y preocupación por la enfermedad⁽¹⁷⁾.

Conocer el grado de apego al tratamiento se ha convertido en una necesidad para los servicios de salud en México y en el mundo. En México la información en cuanto a cumplimiento, apego y prescripción de medicamentos, lo que nos permite inferir acerca de los algoritmos de tratamiento y políticas de salud. En relación con la detección y la medición de la adherencia, no parece ser suficiente con el criterio clínico del médico o la información dada por el paciente en el caso de la DM2. Al ser este un problema generalizado en la valoración de la adherencia, se han validado distintas metodologías estandarizadas de medición, pudiendo diferenciarse entre mediciones de tipo directo (concentración en sangre u observación directa de la ingesta) o de tipo indirecto cuestionarios al paciente, evaluación de la respuesta al tratamiento^(18, 19).

Por tanto, son los médicos y el personal de enfermería en este nivel asistencial los principales profesionales sanitarios involucrados en actuar sobre aquellos pacientes en los que no se alcancen los objetivos terapéuticos prefijados. Es necesario tener la formación y las herramientas necesarias para identificar este fenómeno, y no achacar la causa del mal control metabólico a una insuficiente respuesta terapéutica que conduciría a la realización de pruebas innecesarias, cambios de prescripción o intensificación de tratamientos que pudieran incrementar los riesgos para el paciente⁽¹⁹⁾.

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

Los factores estudiados que resultaron estadísticamente significativos al relacionar con la falta de adherencia al tratamiento, fueron, mala relación médico paciente, diagnóstico mayor a 10 años, efectos adversos a medicamentos, monoterapia farmacológica, complicaciones crónicas.

La falta de adherencia al tratamiento es una complicación terapéutica habitual en las enfermedades crónicas. En particular, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son especialmente propensos a presentar problemas de adherencia⁽²⁰⁾.

Medir el cumplimiento terapéutico presenta dificultades porque no existe un método exclusivo para ello. Este hecho, junto con los múltiples factores que lo condicionan, explica las diferencias observadas entre los estudios. Los sistemas de medición descritos en la bibliografía son diversos, y se puede diferenciar entre métodos directos e indirectos⁽²¹⁾.

Otras variables implicadas en la poca adherencia a tratamiento se encuentran, edad, sexo escolaridad sin estudios/primarios/secundarios/universitarios, Situación laboral: pensionista/activo. Presencia de enfermedades. Medicamentos para la diabetes: prescritos (número y tipo) régimen de monoterapia. Otros medicamentos: número y tipo. En cuanto a la percepción que tienen los pacientes sobre su medicación, el 84,4% cree que con el tratamiento mejorará su enfermedad y el 92,2% cree que los medicamentos que tiene prescritos son los adecuados. Cuando relacionamos estos parámetros con el porcentaje de adherencia, los datos muestran que la confianza en que el tratamiento mejora la enfermedad y que los medicamentos prescritos son los adecuados, aumenta la adherencia⁽²²⁾.

La polifarmacia

Definida por la Organización Mundial de la Salud como el consumo simultáneo de tres o más medicamentos por un mismo paciente, la cual se asocia a una mayor complejidad del manejo terapéutico e incrementa el riesgo de sufrir efectos adversos, de cometer errores en la toma de fármacos, de disminuir la adherencia al tratamiento y de aumentar los costos. Esto constituye hoy un problema, porque en muchos países se desconoce su magnitud, aunado en algunos casos a la prescripción inadecuada del tratamiento, el cual se debe suspender o modificar⁽²³⁾.

Un tratamiento eficaz puede mejorar los desenlaces relacionados con complicaciones de diabetes mellitus. Mantener cifras de glucemia cercanas a los valores normales, expresado en términos de hemoglobina glicosilada (HbA1c) con un valor menor a 7%, permite disminuir el impacto de la enfermedad. La adherencia al tratamiento por parte del paciente es importante, lo que se ve reflejado en disminución de HbA1c, mortalidad, tasas de hospitalización y, por ende, menos gastos en salud⁽²⁴⁾.

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO

Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky 8 items (MMAS-8)

La adherencia a la medicación antidiabética sigue siendo un factor clave modificable en el manejo de la diabetes. Es por ello, que una de las herramientas más utilizadas a nivel mundial para evaluar la adherencia al tratamiento. El cuestionario está compuesto por 8 ítems de respuesta categórica Sí o No para siete de ellos, puntuando No igual a uno y Si correspondiente a cero. En la quinta cuestión el Si es igual a uno y No igual a cero. El último ítem utiliza una escala Likert de 5 puntos que puede tomar uno de los 5 valores (1, 0,8, 0,6, 0,4, 0). Las puntuaciones obtenidas en el rango MMAS-8 oscilan entre 0 y 8, con valores de < 6 (baja adherencia), 6 a < 8 (media adherencia) y 8 (alta adherencia) Indica que es un instrumento sensible para detectar a los pacientes que no cumplen apropiadamente el régimen terapéutico y que es efectiva para estimar la probabilidad de que, detectado un adherente a seguir la medicación, verdaderamente sea adherente a la ingesta medicamentosa^(25,26).

EFFECTOS DE BAJA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Debidos a la poca adherencia al tratamiento farmacológico es la sobresaturación de los servicios prestados por las instituciones encargadas de brindar atención en salud a todos niveles de atención al requerir tratamientos con elevado, económico y laboral, porque se ha observado que los niveles más bajos de apego al tratamiento lo muestran los pacientes con enfermedades crónicas que no generan un riesgo potencial y no producen mayores síntomas; y de alguna manera, estos padecimientos requieren mayores cambios en el estilo de vida. También conlleva consecuencias como: recurrencia de enfermedades, aumento de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias, riesgo de transmisión de enfermedades contagiosas y aumento de costos tanto individuales como sociales^(15,18).

JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 es un padecimiento crónico de alta morbilidad y mortalidad en nuestro país; que ha causado cerca de 83 000 muertes en México al año y genera múltiples complicaciones tanto agudas como crónicas, así como altos costos a los servicios de salud y para él paciente. En México la incidencia más alta en 2012 fue el de 60 a 64 años, aunque se va incrementando a partir de los 25 años posiblemente asociado a la tasa elevada de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes se ha vuelto común en adultos jóvenes. La prevaecía en personas de 20-79 años de edad en 2013 fue de 11.7%. Las personas jóvenes tienen mayor riesgo de presentar complicaciones por la relación directa entre éstas con el tiempo de evolución del padecimiento.

Uno de los parámetros que hoy en día atañen posiblemente al adulto joven es que debe de trabajar hasta dobles turnos para mantener el poder adquisitivo y así dar una mejor calidad de vida a su familia en una forma social, psicológica, nutrimental y de vivienda. La diabetes mellitus tipo 2 aunque no es una enfermedad curable se puede controlar con tratamiento multidisciplinario que como piedras angulares será una alimentación adecuada, actividad física y cumplir con un régimen de tratamiento médico personalizado. Unas de las principales transgresiones al tratamiento, es la reducida adherencia del tratamiento medicamentoso, se ha intentado en otras bibliografías delimitar las causas sin embargo en cada comunidad puede tener una amplia gama de diversidad social, intelectual y económica que no nos permite abordarlo de la misma manera. Al identificar estas causas pudiera diseñarse una estrategia que nos permita abordar estas áreas de oportunidad y mejorar el apego al tratamiento farmacológico.

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus tipo 2 es visto como un problema de salud pública, y considerada enfermedad crónico degenerativa, con potencial riesgo de desarrollar complicaciones a mediano y largo plazo que requiere de manejo multidisciplinario y farmacológico. Debido a que el tratamiento farmacológico en DM2 es por tiempo prolongado, en ocasiones se recurre a más de un fármaco. La mayoría de los pacientes que acude a esta unidad con diagnóstico de diabetes mellitus se encuentran con ciclos de control y descontrol.

La mayoría por no haber tomado su medicamento con diferentes razones, el identificar las causas de desapego pudiera beneficiar a la población con diabetes ya que se pudiera instrumentar un programa de apego de manera disciplinaria empoderar al paciente y en consecuencia reducir las complicaciones de mediano y largo plazo de estos pacientes. Por lo que se genera la pregunta de investigación.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las principales causas de poca adherencia a tratamiento farmacológico oral en adultos jóvenes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 61?

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar las principales causas de poca adherencia a tratamiento farmacológico oral en adultos jóvenes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 61.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar pacientes jóvenes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento oral actual.
- ✓ Identificar las causas de poca adherencia al tratamiento.
- ✓ Evaluar la adherencia a tratamiento farmacológico establecido.
- ✓ Obtener datos sociodemográficos de los participantes.
- ✓ Identificar comorbilidades en los participantes.
- ✓ Conocer el tiempo de evolución de la diabetes en los participantes
- ✓ Investigar presencia de polifarmacia.
- ✓ identificar cambios en estilo de vida (alimentación, actividad física)
- ✓ Identificar actividad laboral.
- ✓ Corroborar presencia o ausencia de información sobre diabetes en los participantes
- ✓ Categorizar las causas en grupos similares.

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

HIPÓTESIS.

H1 La principal causa de poca adherencia al tratamiento farmacológico oral en adultos jóvenes con diabetes mellitus tipo 2 es la falta de conocimiento de la enfermedad en el 50% de la UMF 61 según la bibliografía reportada.

H0 La principal causa de poca adherencia al tratamiento farmacológico oral en adultos jóvenes con diabetes mellitus tipo 2 NO es la falta de conocimiento de la enfermedad en el 50% de la UMF 61 según la bibliografía reportada.

DISEÑO METODOLÓGICO Y TIPO DE ESTUDIO:

Estudio Mixto, observacional, prospectivo, transversal, retrolectivo, descriptivo, abierto.

Criterios de inclusión

- ✓ Adultos jóvenes de 17 a 45 años
- ✓ Diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2 de mínimo 6 meses de evolución.
- ✓ Ambos géneros
- ✓ Tratamiento con hipoglucemiantes orales únicamente.

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes con complicaciones asociadas a diabetes mellitus
- ✓ Con deterioro neurológico
- ✓ Requiera de cuidador primario.
- ✓ Con transgresión alimentaria
- ✓ Embarazadas

Criterios de eliminación

- ✓ Cambio de tratamiento oral a insulinas
- ✓ Desea retirarse del estudio en cualquier momento
- ✓ Cuestionarios incompletos
- ✓ Cuestionarios con doble respuesta

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN
ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

TAMAÑO DE MUESTRA:

Adultos jóvenes con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF: 1300 pacientes

Se calculo el tamaño de la muestra con formula de población finita de <10,000 personas dando un total de 297 pacientes se calcula toda vez que la población adultos jóvenes es de 1300 personas.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n= tamaño de la muestra

N= total de población 1300

Z_α= Bajo la curva normal según el nivel de confianza seleccionado será de 95% por lo que el coeficiente de “Z” es de 1.960.

p=la proporción esperada en nuestra población objeto de estudio esperada es de 5% con un valor de 0.05.

q= 1-p (en este caso seria 1-0.50)

d= Precisión que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad consideraremos en nuestro estudio un 5%.

$$= \frac{1300 * (1.96)^2 * 0.05 * 0.50}{0.05^2 * (1300 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.50} = 297 \text{ tamaño de la muestra máxima}$$

Tamaño de la muestra: 297 pacientes

Tipo de muestreo: probabilístico a conveniencia

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Se autorizó por el comité local de investigación quien le asignó el número de folio: R-2020-1503-058 y el comité de ética. Para la realización del presente estudio se invitó a los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, abordándolos en la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar se les dio a firmar el consentimiento informado, el investigador explicó de una forma clara y precisa sin causar manipulación ni coherción posteriormente se le entregó un cuestionario en el que incluyó variables descriptoras y el test de Morisky 8 ítems con el cual se evaluó el apego a tratamiento farmacológico oral arrojando resultados de baja, media y alta adherencia al tratamiento(ver anexo). Se agruparon los resultados, para realizar el estudio mixto observacional, prospectivo, transversal, retrolectivo, descriptivo abierto, donde se identificaron las principales causas de poca adherencia a tratamiento farmacológico oral en adultos jóvenes con diabetes de la UMF 61.

ANÁLISIS DE DATOS:

- Análisis Exploratorio. Una vez realizada la captura electrónica y la configuración de la base de datos se procedió a la limpieza de dicha base en búsqueda de errores en la captura, valores extremos, datos perdidos y no plausibles.
- Análisis Descriptivo. Se analizaron en porcentajes y frecuencias. Se reportaron en tablas de salida y gráficos.
- Análisis Inferencial: no se realizó debido a que es un estudio descriptivo por frecuencias y medidas de tendencia central.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Dieta de 24 horas.

Definición conceptual: Control o regulación de la cantidad y tipo de alimentos que toma una persona o un animal, generalmente con un fin específico

Definición operacional: lo referido por el paciente al preguntar sobre su alimentación del desayuno, comida y cena del día previo. Se identificará con base en el plato del bien comer la cantidad y calidad de los alimentos de manera subjetiva.

Tipo de variable: interviniente cualitativa nominal

Indicador: adecuada, no adecuada

Edad

Definición conceptual: tiempo que ha vivido una persona, vegetales o animales.

Definición operacional: “lo referido por el paciente sobre cuántos años tiene”

Tipo de variable: descriptora cuantitativa discreta.

Indicador: número de años pregunta abierta

Sexo

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras

Definición operacional: dentro de la encuesta se preguntará si es femenino o masculino

Tipo de variable: independiente cualitativa nominal dicotómica

Indicador: femenino, masculino

Escolaridad

Definición conceptual: Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria

Definición operacional: lo referido por el paciente sobre la palabra “escolaridad” como grado máximo de estudios

Tipo de variable: descriptora cualitativa nominal ordinal.

Indicador: pregunta abierta sobre grado máximo de estudio

Tiempo de evolución

Definición conceptual: Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico o el comienzo del tratamiento de una enfermedad hasta que esta empieza a empeorar o diseminarse a otras partes del cuerpo.

Definición operacional: lo referido por el paciente sobre tiempo que tiene con diagnóstico de diabetes mellitus

Tipo de variable: descriptora cuantitativa discreta.

Indicador: número de años y/o meses pregunta abierta

Comorbilidad

Definición conceptual: La presencia de uno o más trastornos además de la

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

enfermedad o trastorno primario.

Definición operacional: lo referido sobre si padece otra enfermedad crónica

Tipo de variable: cualitativa

Indicador: si o no

Polifarmacia

Definición conceptual: uso de múltiples medicamentos por un paciente

Definición operacional: lo referido por el paciente sobre cuántos medicamentos toma diariamente

Tipo de variable: descriptora cuantitativa discreta.

Indicador: número de medicamentos utilizados pregunta abierta

Tiempo de actividad laboral.

Definición conceptual: es el tiempo durante el cual la persona trabajadora se encuentra a disposición del patrón para prestar sus servicios

Definición operacional: lo referido por el paciente sobre cuantas horas trabaja por semana

Tipo de variable: independiente cuantitativa discreta

Indicador: número de horas por semana trabajadas pregunta abierta.

Actividad física

Definición conceptual: Se considera actividad física a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía

Definición operacional: lo referido sobre si practica alguna actividad física.

Tipo de variable: interviniente cualitativa nominal

Indicador: si o no.

Saber (Padecimiento diabetes mellitus)

Definición conceptual: Conjunto de conocimientos amplios y profundos que se adquieren mediante el estudio o la experiencia

Definición operacional: lo referido por el paciente al preguntar sobre lo que conoce acerca de la enfermedad diabetes mellitus tipo 2 subjetiva

Tipo de variable: cualitativa, nominal

Indicador: si o no

Recibir información (Acerca de diabetes mellitus)

Definición conceptual: Tomar conocimiento de algo que se comunica

Definición operacional: lo referido por el paciente al preguntar si su médico tratante le ha brindado información acerca de la diabetes mellitus

Tipo de variable: cualitativa nominal

Indicador: si o no

Importancia al tratamiento

Definición conceptual: considerar prioritario estar bajo un régimen de indicaciones prescritas

Definición operacional: lo referido por el paciente al preguntar si considera importante estar bajo un régimen de tratamiento para su padecimiento

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN
ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

Tipo de variable: cualitativa nominal

Indicador: si o no

Apego al tratamiento.

Definición conceptual: como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo

Definición operacional: se aplicará el test de Morisky de 8 ítems.

Tipo de variable: independiente cualitativa ordinal

Indicador: lo contestado en la escala

Otra causa de abandono a tratamiento.

Definición conceptual: cosa a la que se debe que ocurra cosa determinada.

Definición operacional: lo referido por el paciente en una pregunta intencionada buscar otro motivo por el cual el paciente no tome sus medicamentos como le fueron indicados.

Tipo de variable: independiente, cualitativa nominal.

Indicador: lo referido por el paciente pregunta abierta.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo pretende la aplicación de un instrumento validado que evalúa cumplimiento terapéutico para diversas enfermedades crónicas, en pacientes derechohabientes de la unidad de medicina familia 61 con urgencias que cumplan con los criterios de inclusión del presente protocolo de investigación.

Riesgo del estudio.

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, el riesgo de este proyecto corresponde a: **Sin riesgo**, por tratarse de un estudio en el cual se aplicará un cuestionario por escrito.

Apego a las normas éticas.

En todos los casos los cuestionarios serán recolectados y conservados de acuerdo con los lineamientos institucionales, con estricta privacidad de información. Conservado los principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales establecido esto en el código de Nuremberg 1947

Consentimiento informado.

Todos los participantes incluidos en el protocolo deberán entender la importancia y finalidad de una carta de consentimiento informado, así como, la resolución de dudas que puedan surgirle en lo referente al estudio antes de firmarla, el documento que será entregado y solicitado a cada uno de los participantes. En esta carta, se emplea un lenguaje sencillo y accesible para las participantes, poniendo de manifiesto su libre decisión de participar o permanecer en el estudio sin que esto afecte o demerite la atención que reciben en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Como se establece en la declaración de Helsinki 2013

Contribuciones y beneficio a los participantes.

El participar en este estudio no generará ningún beneficio económico para los participantes, sin embargo; la intención del presente estudio es generar información científica útil y aplicable en la atención en salud.

Balance riesgo/beneficio.

Tomando en cuenta que la información será obtenida por un método que no implica riesgo alguno a la integridad del participante ni a su salud, los beneficios si bien no son claros a corto plazo tendrán impacto favorable a la población derechohabiente, siguiendo los principios éticos relevantes de la ética que son respeto por las personas, justicia, principio de beneficencia descritos en el informe Belmont 1979.

Confidencialidad.

Los datos de los participantes que acepten participar en el estudio serán mantenidos en total confidencialidad. A cada participante se le asignará un número con el cual será identificado cada cuestionario. Los datos completos solo estarán disponibles para a los investigadores responsables del protocolo, quienes manifiestan su obligación de no revelar la identidad de los participantes, durante la realización del estudio e incluso durante la divulgación de los resultados.

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

Obtención del consentimiento informado.

La carta de consentimiento informado de todos las participantes, serán obtenidas por parte del tesista Dr. Ignacio Morales Ascencio en el aula 1 de la unidad respaldado por el investigador principal. El proceso de solicitud se llevará a cabo antes de la obtención de la información de las variables de estudio (Historia Clínica) en el cual debe estar plasmada información del estudio, en un lenguaje que favorezca su comprensión y que será voluntad propia del participante sin coacción de ningún tipo como está establecido en el informe Belmont 1979

Selección de participantes.

Serán tomados del registro del Área de Información Médica y archivo clínico (ARIMAC), pacientes diabéticos quienes estén dentro del grupo de edad. Este grupo es identificado como grupo no vulnerable.

Beneficios al final del estudio.

Los beneficios de este estudio tienen un carácter estrictamente científico y en ningún momento se persiguen beneficios lucrativos para ninguno de los participantes, puede contribuir en la evaluación de las medidas coadyuvantes en la terapia hipoglucemiante.

Factibilidad.

Unidad de Medicina Familiar con Urgencias número 61 de Naucalpan con la ubicación en av. 16 de septiembre no. 39 col. San Bartolo C.P. 53000, Naucalpan Estado de México Poniente, ofrece servicio de consulta externa de primer nivel de atención y servicio de urgencias. Además de los servicios de estomatología, psicología, nutrición, módulos de Medicina preventiva, rayos X, laboratorio clínico, departamento de salud en el trabajo, epidemiología, planificación familiar, farmacia, dirección, administración, jefatura de enseñanza e investigación, aulas, auditorio, trabajo social, archivo Clínico, almacén, servicios básicos, departamento de mantenimiento, comedor y central de equipos y esterilización

Aspectos de Bioseguridad.

Como la obtención de información será través de un cuestionario, el cual es un instrumento no invasivo no tiene implicaciones de bioseguridad, que pongan en riesgo la salud o la integridad física del personal de salud, o las y los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, o afecte al medio ambiente, evitando todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental como lo dicta el código de Nuremberg 1947.

Difusión de los Resultados

La publicación de los resultados será de carácter interno y/o revista interinstitucional estará disponible para consulta por personal de área médica.

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos de investigación

Población de estudio:

- Pacientes adultos jóvenes con diabetes mellitus tipo 2 de la unidad de medicina familiar 61 Naucalpan

Recursos materiales

- Computadora y material de oficina
- Software Windows 10, paquete estadístico.
- Encuesta de recolección de datos impresa por participante
- Escala de apego a tratamiento impresa por participante
- Consentimiento informado impreso por participante

Recursos, financiamiento.

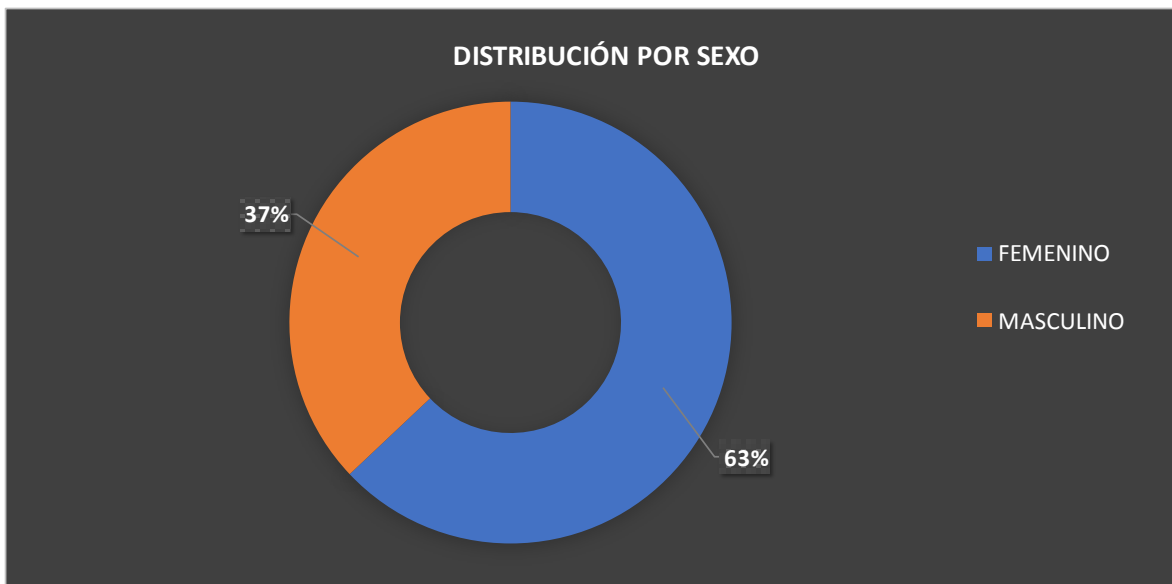
Los recursos necesarios serán cubiertos por el tesista de requerirse algunos adicionales se gestionarán en la estancia correspondiente.

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

RESULTADOS

Se realizó un estudio mixto, observacional, prospectivo, transversal, retrolectivo, descriptivo, abierto. En la unidad de medicina familiar con urgencias 61 de Naucalpan, donde fueron entrevistados a pacientes diabéticos que se atienden en la unidad con edad comprendida entre los 17-45 años, utilizando un cuestionario que recolecta datos demográficos, estilos de vida e ítems de una escala validada para evaluación de tratamiento farmacológico oral en padecimientos crónicos.

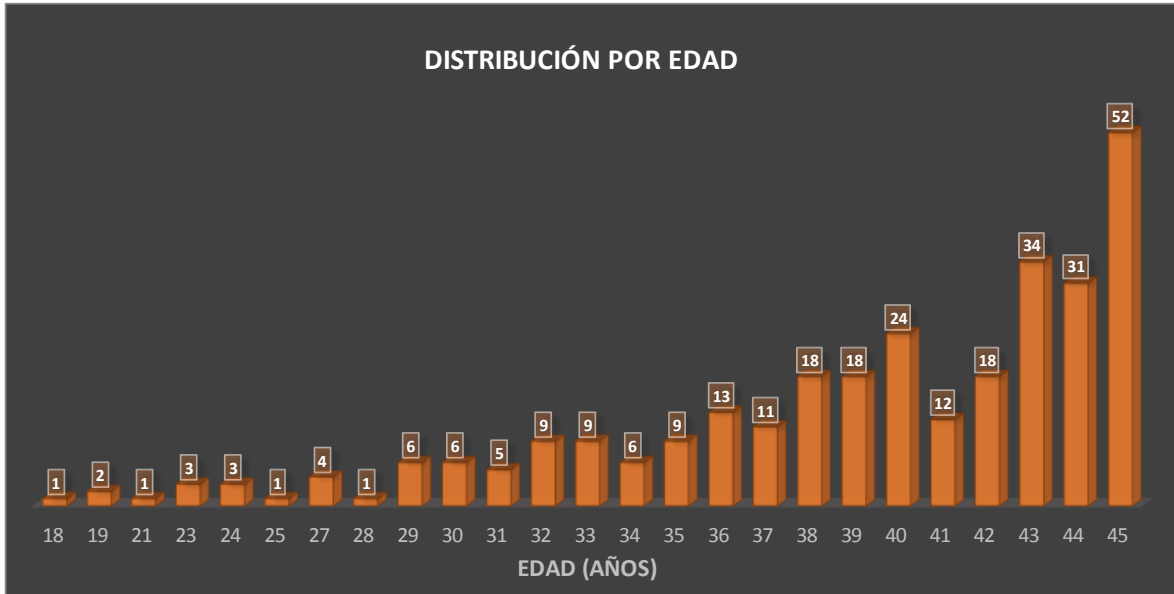
Se incluyeron 300 participantes la distribución por género el 63% (187 participantes) del sexo femenino, 37% (110 participantes) del sexo masculino (gráfica 1).



Gráfica 1

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

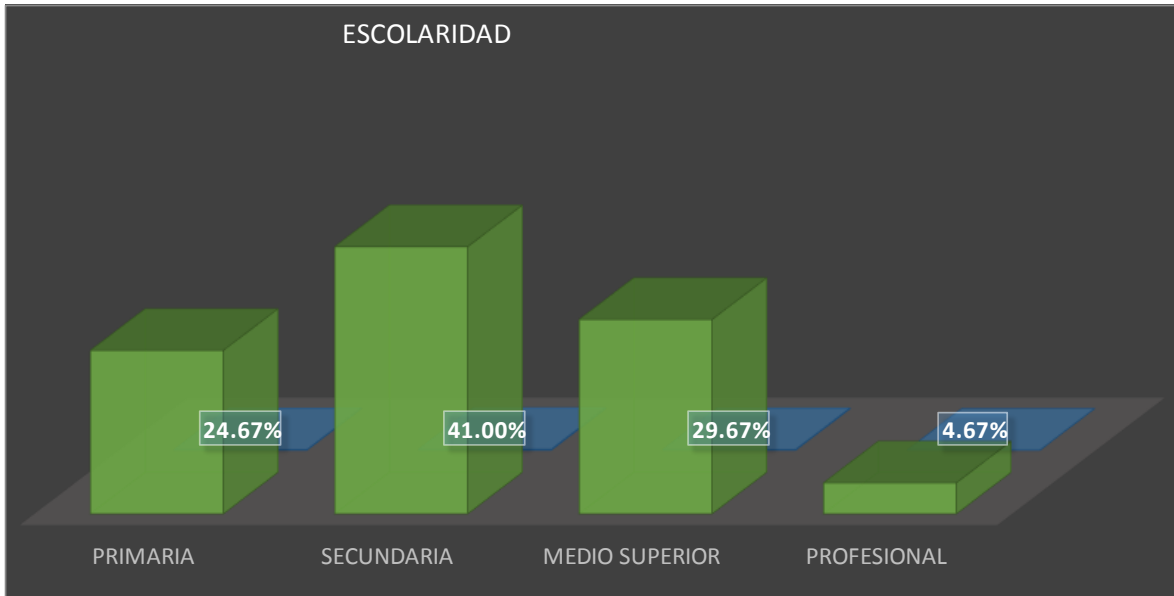
La distribución por edad la media de edad fue de 39 años, una mediana de 40 años y moda de 45 años (52 participantes) correspondiente al 17.3% de la muestra (grafica 2).



Gráfica 2

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

En el rubro de por escolaridad con educación primaria 24.9% (74 participantes), secundaria 40.7% (121 participantes), medio superior 29.6% (88 participantes), nivel profesional 4.7% (14 participantes) (gráfica 3).



Gráfica 3

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

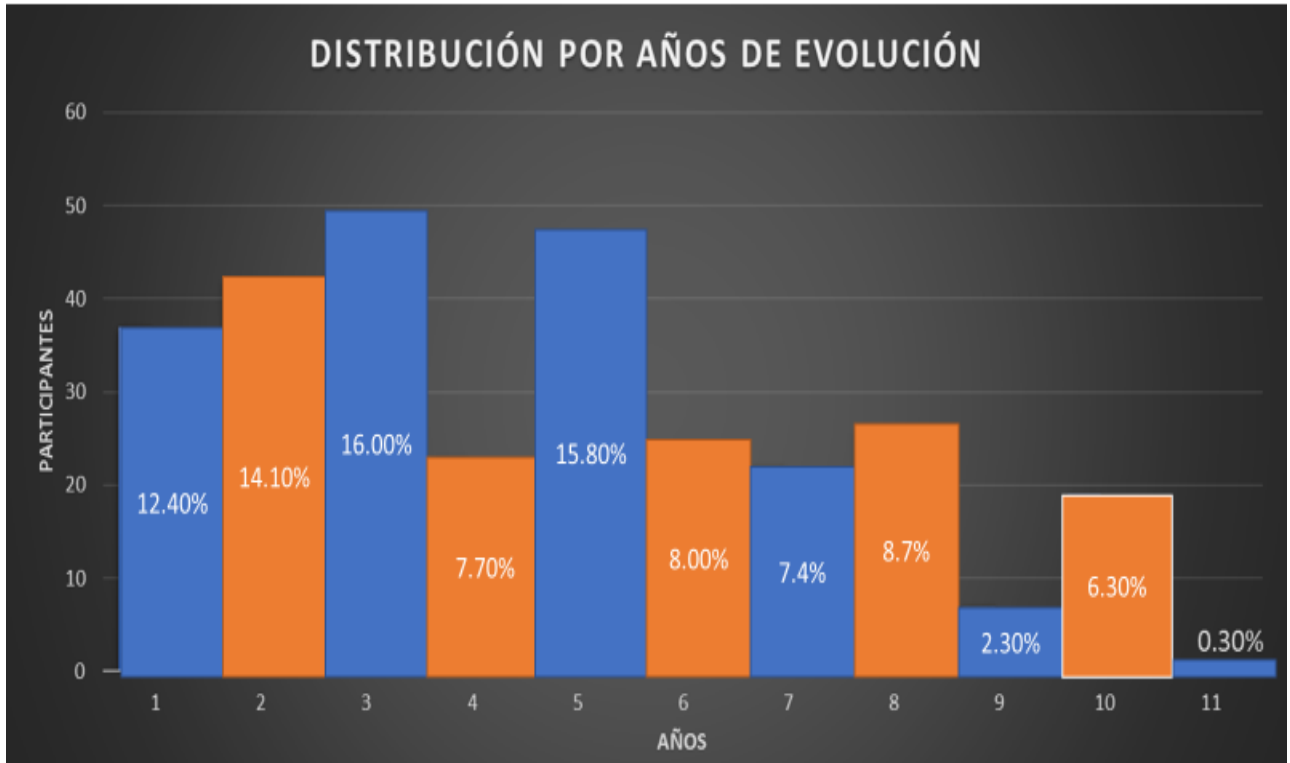
La distribución según dieta de 24 horas adecuada el 54% (159 participantes), no adecuada 46% (138 participantes) (gráfica 4).



Gráfica 4

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

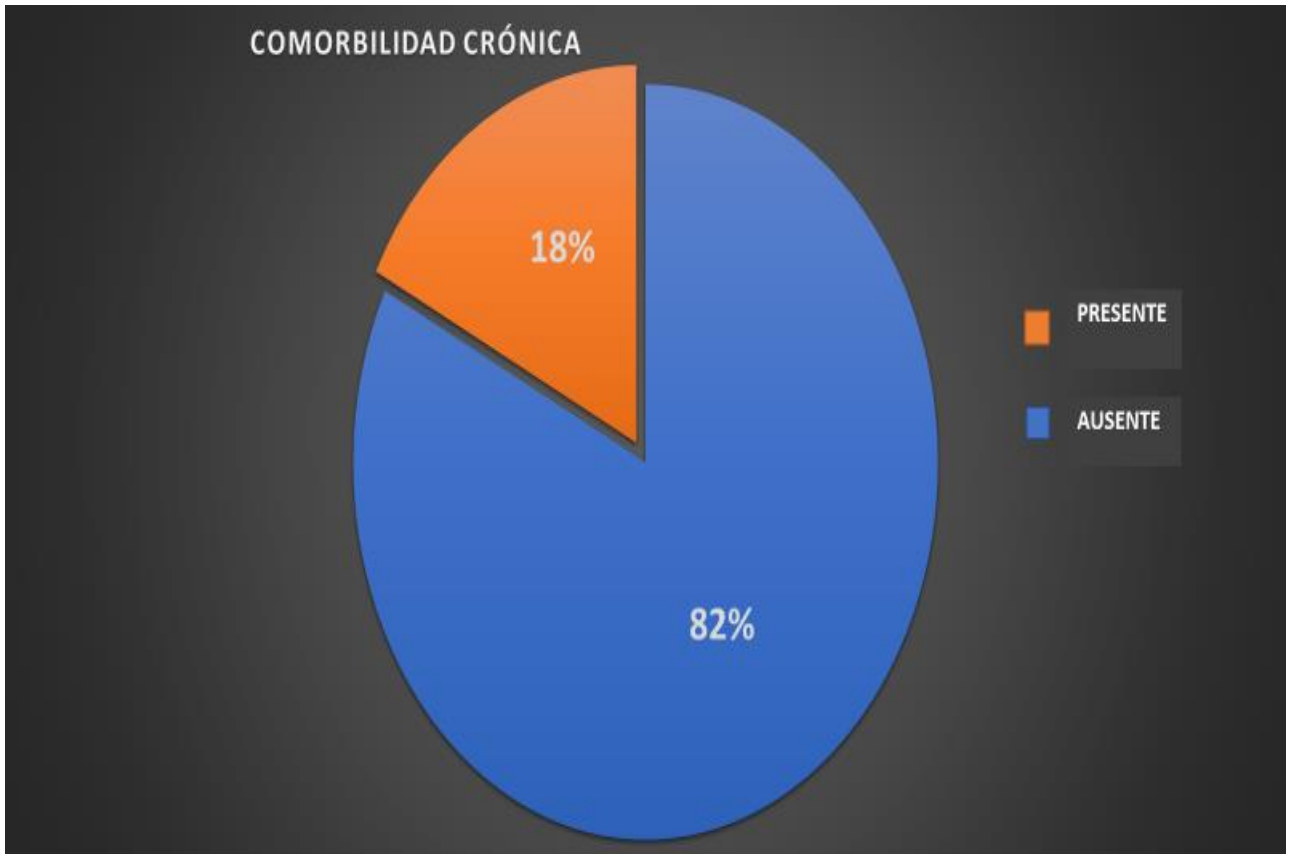
Según el tiempo de evolución de la enfermedad al diagnóstico una media de 4.5 años, mediana de 4 años, moda 3 años corresponde al 16% (49 participantes) (gráfica 5).



Gráfica 5

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

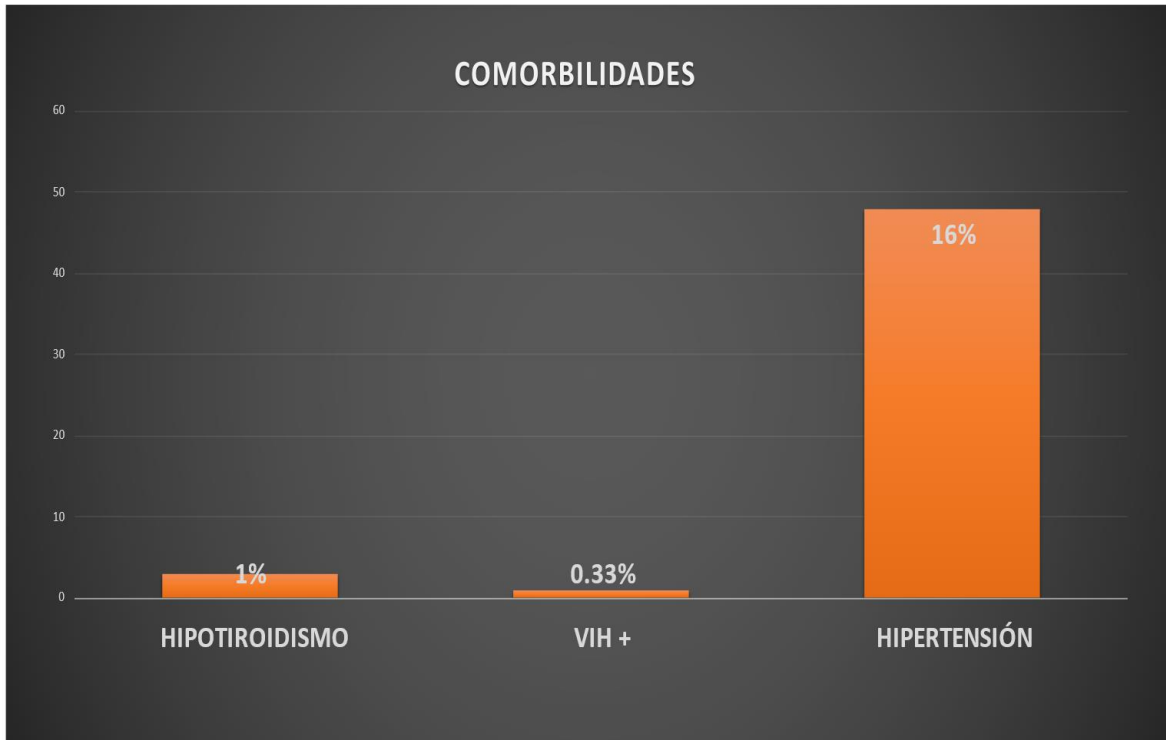
Se encontró la presencia de comorbilidad crónica en el 18% (52 participantes), y ausencia de comorbilidad en el 82% (245 participantes) (gráfica 6).



Gráfica 6

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

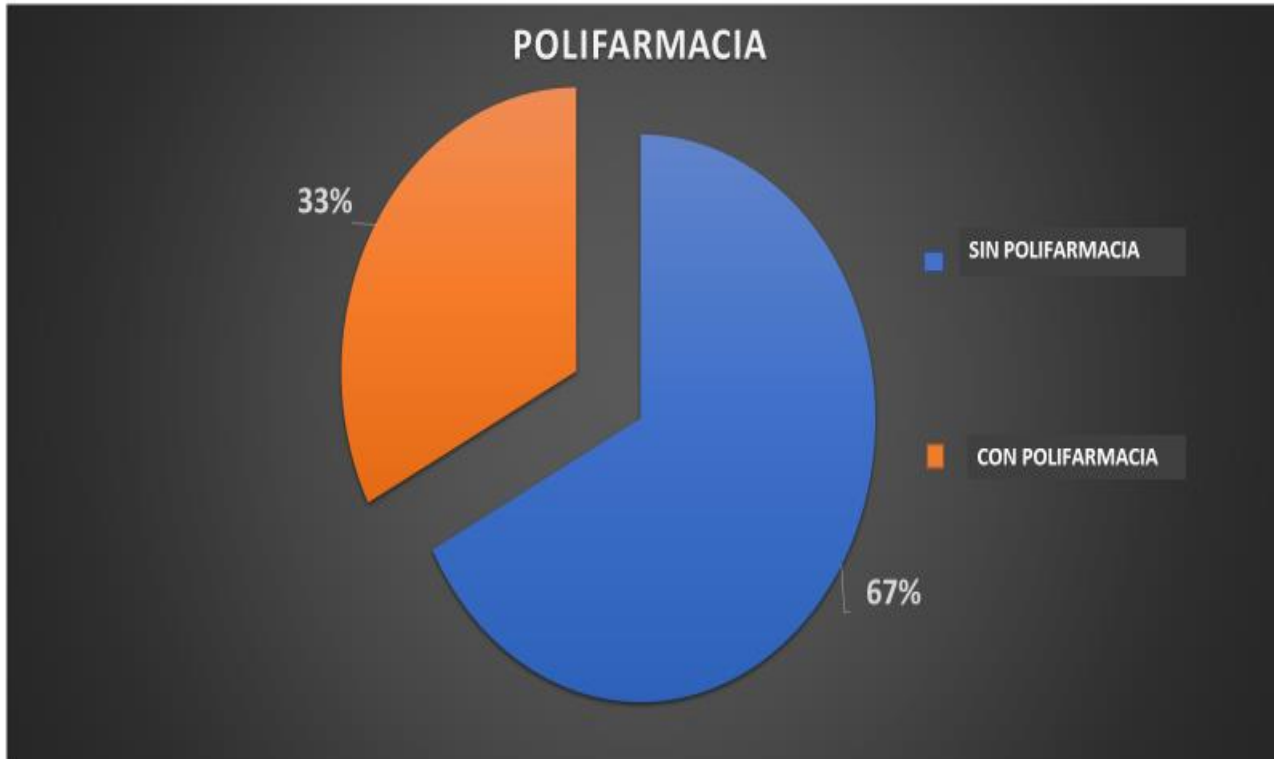
La enfermedad predominante fue hipertensión arterial sistémica en el 16% (48 participantes), seguido de hipotiroidismo en el 1% (3 participantes) y VIH + 0.3% (1 participante) (gráfica 7).



Gráfica 7

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

La presencia de polifarmacia se encontró en el 32.6% (97 participantes) y ausencia de esta en 67.3% (200 participantes) (gráfica 8).



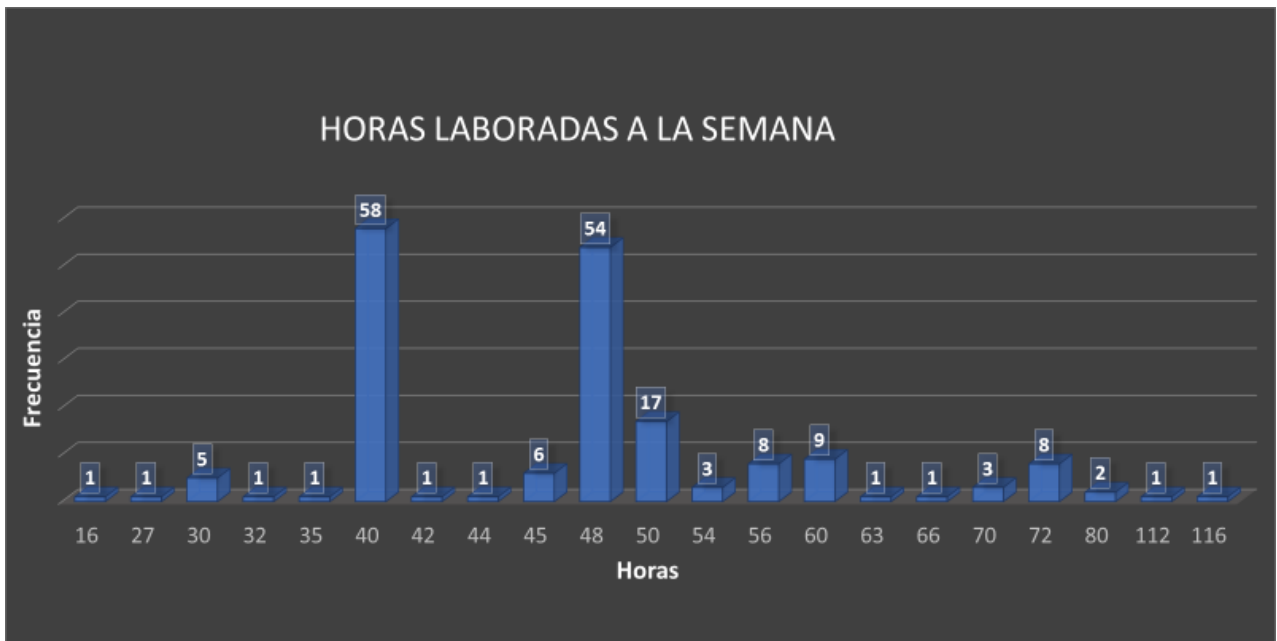
Gráfica 8

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

La actividad laboral se encontró que el 61.6% (183 participantes) desempeña alguna actividad laboral mientras que el 38.3% (114) no labora (gráfica 9). El tiempo expresado en horas laboradas por semana en promedio es de 48 horas, una mediana de 40 horas, y una moda de 40 horas (58 participantes) correspondiente a las horas por semana en quienes trabajan (gráfica 10).



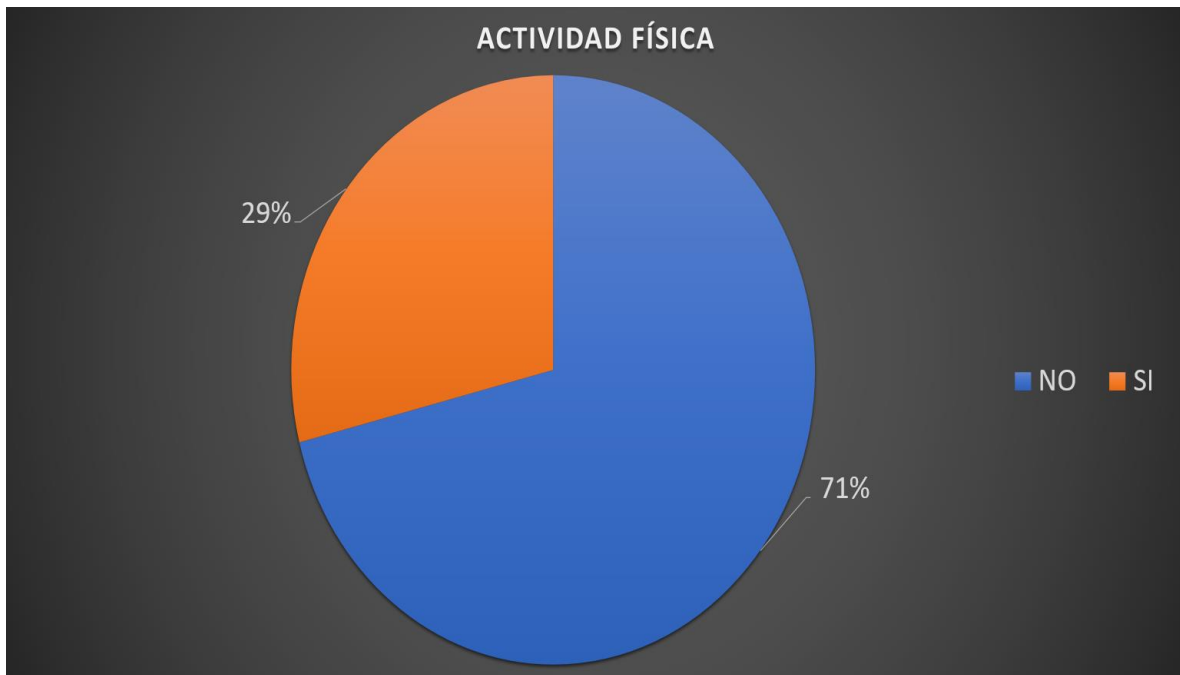
Gráfica 9



Gráfica 10

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

La realización de alguna actividad física se encontró que el 28.9% 86 participantes y que no realizan ninguna actividad física en el 71% 211 (participantes) (gráfica 11).



Gráfica 11

En cuanto al conocimiento de la enfermedad (diabetes mellitus tipo 2) en el 98.9% (294 participantes) y los que desconocen la enfermedad en el 1% (3 participantes). Se encontró que quienes recibieron información (acerca de diabetes mellitus tipo 2) por parte del personal de salud fueron el 99.3% (295 participantes) y quienes no recibieron información por personal de salud 0.67% (2 participantes).

De los participantes que le toman importancia al tratamiento el 99,6% (296 participantes) mientras que el 0.34% (1 participante) no le toma importancia al tratamiento farmacológico.

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

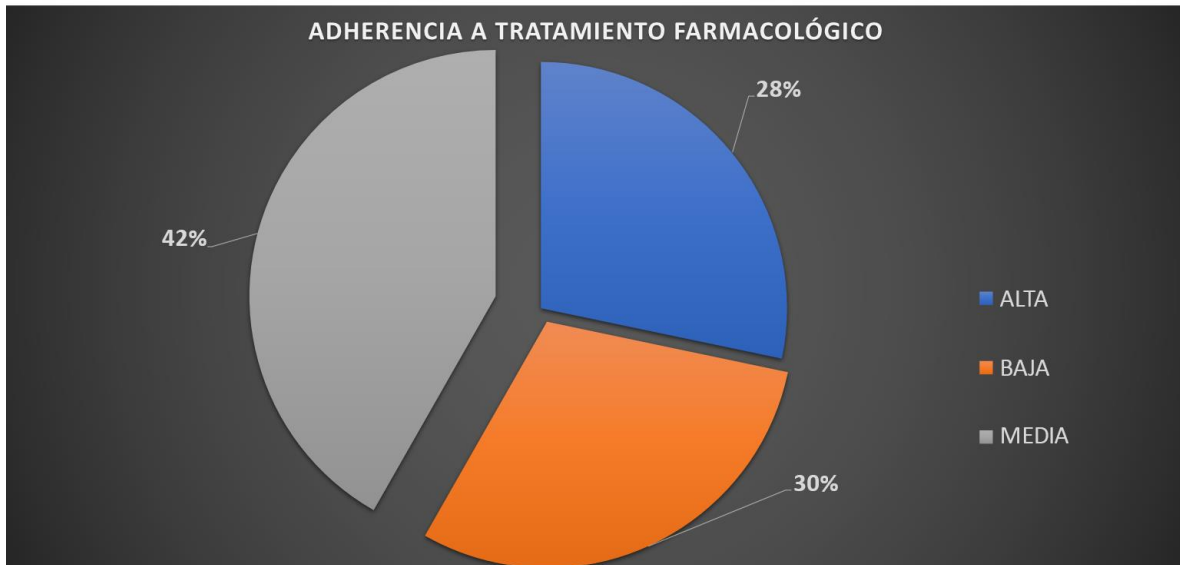
En otras causas de poca adherencia a tratamiento farmacológico destacan el olvido en el (61%) 186 participantes (tabla 1). Seguido de 0.33% (1 participante) para cada una termino de medicamentos, horarios alternos en trabajo en el 0.33% (1 participante), hipoglicemia post medicación en el 0.33% (1 participante) y descuido en el 0.33% (1 participante).

Ítem	Escala Morisky 8 Ítems	Opciones de respuesta	N
1	¿Se le olvida alguna vez tomar la medicina para su diabetes?	Si=0 No=1	186 114
2	A algunas personas se les pasa tomarse sus medicinas por otras razones y no un simple olvido. Si recuerda las últimas semanas. ¿Hubo algún día en el que se le olvidó tomar la medicina para su diabetes?	Si=0 No=1	75 225
3	¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar la medicina sin decírselo a su médico por que se sentía peor al tomársela?	Si=0 No=1	16 284
4	Cuando viaja o está fuera del hogar ¿Se le olvida llevar la medicina para su diabetes alguna vez?	Si=0 No=1	22 278
5	¿Tomó la medicina para su diabetes ayer?	Si=1 No=0	278 22
6	Cuando siente que su diabetes está bajo control, ¿Deja a veces de tomar su medicina?	Si=0 No=1	287 13
7	Tomar medicamentos cada día puede ser un problema para muchas personas. ¿Se siente alguna vez presionado por seguir el tratamiento médico para su diabetes?	Si=0 No=1	33 267
8	¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todas sus medicinas?	Nunca/casi nunca= 1 Rara vez= .8 Algunas veces= .6 Habitualmente= .4 Siempre= 0	132 109 49 7 3

Tabla: 1

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

En el apego al tratamiento se encontró que el 30% (89 participantes) tiene adherencia baja, el 42% (124 participantes) adherencia media y solo el 28% (84 participantes) y los que tienen adherencia alta al tratamiento farmacológico (gráfica 12).



Gráfica 12

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

DISCUSIÓN

Amezcu y cols reportaron un intervalo de edad fue de 42 a 88 años y la edad media fue de 63 años. El intervalo de edad más frecuente fue de 60 a 69 años, con 22 de 75 pacientes, seguido por el grupo de 50 a 59 años, con 16 de 75 pacientes. En nuestro estudio se incluyeron participantes adultos jóvenes por lo cual difiere considerablemente la distribución por edad la media de edad fue de 39 años, una mediana de 40 años y moda de 45 años (52 participantes).

En los años de evolución de la enfermedad en el estudio de Paraguay de Maidana y cols en promedio fue de 11 años, en el nuestro estudio fue de 4.5 años por lo que difiere.

En la encuesta Ensanut 2012 en relación con la comorbilidad con hipertensión, 47% de los individuos con diagnóstico médico de diabetes también recibido ya un diagnóstico de hipertensión, en nuestro estudio esa relación es del 16% por lo cual difiere.

Ramos y cols reportaron los pacientes cumplidores estuvieron representados en su mayoría por niveles de instrucción medios (36 %) y medio superior (36 %) y los pacientes incumplidores más de la mitad poseían el nivel medio (58 %), en nuestro estudio encontramos 70% con educación media y 24% con educación primaria. Por lo que difiere.

En el estudio de Leites y cols en la evaluación adherencia a tratamiento farmacológico el porcentaje de pacientes con baja adherencia fue de (32,8%) en nuestro estudio fue el 42% por lo que difiere, con media adherencia el (29,7%) en nuestro estudio el 30% se encontró resultado similar y con alta adherencia el (37,5%) en nuestro estudio fue de 28% por los que difiere.

La polifarmacia reportada como principales motivos de falta de adherencia Maidana reporta 29.4%, en el estudio encontramos a la polifarmacia 32.3% por lo que difiere.

Maidana y cols reportan que de los motivos más frecuentes de la falta de cumplimiento fue el olvido 58,8% en nuestro estudio la causa principal de poca adherencia es el olvido valorado en el ítem 1 de la escala de Morisky 8 ítems (61%) 186 participantes, por lo que difiere.

CONCLUSIONES

La poca adherencia a tratamiento farmacológico es sin duda una problemática existente en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con lo cual disminuye el éxito deseado con esta intervención terapéutica.

Las causas de poca adherencia a tratamiento que fue el olvido, seguido de la presencia de polifarmacia, la comorbilidad más prevalente fue la hipertensión arterial.

En el promedio de años de evolución de evolución encontrada fue menor que en estudios previos, pudiera deberse que la población estudiada en el presente estudio muchos fueron de reciente diagnóstico por ser población de adultos jóvenes, el realizar un diagnóstico oportuno y establecer un régimen de tratamiento temprano individualizado e integral en el primer nivel de atención se podrá disminuir la progresión natural de la enfermedad como sus repercusiones a futuro.

La existencia de comorbilidad crónica encontrada es mucho menor a la reportada en estudios previos que podría deberse a que los participantes en el presente estudio fueron adultos jóvenes y la existencia de comorbilidad está más relacionada con adultos mayores y estudios previos estudiaron población de adultos en general. Con la identificación de la comorbilidad como causa de poca adherencia en el primer nivel de atención será el prevenir o retardar la aparición de estas incidiendo en los factores de riesgo modificables reforzando también las intervenciones no farmacológicas a mediano y largo plazo.

La polifarmacia encontrada en nuestro estudio es menor a la reportada en estudio previos pudiendo deberse a que se estudió un grupo que involucra a solo un grupo de adultos ente caso adultos jóvenes. Para disminuir el riesgo de esta causa de poca adherencia se deberá optar por ofrecer presentaciones de formulaciones farmacéuticas combinadas o de liberación prolongada y con esto al paciente le será más fácil conseguir una mejor adherencia a tratamiento farmacológico.

La escala de Morisky 8 ítems como herramienta de evaluación rápida de la adherencia a tratamiento farmacológico oral en pacientes que se sospeche poca adherencia. Con la detección temprana de baja adherencia y las causas principales, se puede ofrecer medidas en el primer nivel de atención con la finalidad de mejorar esta adherencia con educación y concientización al paciente en los potenciales beneficios si se sigue adecuadamente incidiendo positivamente en el control de su diabetes mellitus tipo 2. Denotando el compromiso que se tiene en el primer nivel de atención como educadores de los pacientes y las familias a nuestro cargo con el propósito de disminuir el riesgo de complicaciones agudas o crónicas a corto, mediano y largo plazo de la diabetes mellitus tipo 2 disminuyendo así los costos por

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

hospitalizaciones, incapacidades, discapacidades y pensiones prematuras debidas a estas complicaciones debidas a esta enfermedad crónica.

Con la realización del presente estudio se logró identificar las principales causas de poca adherencia al tratamiento farmacológico en nuestra unidad de medicina familiar cumpliéndose el objetivo del estudio. Ya conociéndolas será de importancia tomarlas en cuenta a la hora de prescribir medicamentos dirigidos al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 e informándole al paciente que serán de gran apoyo en el control de su padecimiento si se siguen adecuadamente.

Con los resultados obtenidos la hipótesis que se cumplió fue la H0 que fue “La principal causa de poca adherencia al tratamiento farmacológico oral en adultos jóvenes con diabetes mellitus tipo 2 no es la falta de conocimiento de la enfermedad en el 50% de la UMF 61 según la bibliografía reportada”

El presente estudio será un precedente para la búsqueda más profunda del tema con diferentes diseños que nos permitirá tener un conocimiento más amplio de la adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes y su familia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Monreal Gimeco, C., Macarro, J., & Amador Muñoz, L. (2001). El adulto etapas y consideraciones para el aprendizaje. *Euphoros*, 1575-0205(3), 97–112
2. Organización de las naciones unidas. (2019). Las Naciones Unidas y la juventud. Recuperado 8 agosto, 19, de http://www.cinu.mx/minisitio/UNjuventud/preguntas_frecuentes/
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). “ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL... DÍA INTERNACIONAL DE LA JUVENTUD (12 DE AGOSTO)” (COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 350/18). Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/juventud2018/Nal.pdf>
4. Cervantes-Villagrana, R. D, & Presno-Bernal, J. M. (2013, septiembre). Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 21(3), 98–106
5. Organización Mundial de la Salud. (2018, 30 octubre). Diabetes. Recuperado 8 agosto, 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
6. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. (2018). Diabetes. Recuperado 8 agosto, 2019, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6715:2012-diabetes&Itemid=39446&lang=es
7. Instituto Nacional de Salud Pública, & Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. (2012). Diabetes mellitus: la urgencia de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control. Recuperado 8 agosto, 2019, de <https://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiabetesMellitus.pdf>
8. Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (Informe final de resultados). Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
9. Granada, M., & Martínez, J. (2012, octubre). Criterios actuales diagnósticos de diabetes mellitus y otras alteraciones del metabolismo hidrocarbonado. *Educación continuada en el laboratorio clínico*, 16(1), 1–8.
10. Avila-Jiménez, L., Ceron, D., Ramos-Hernández, R., & Velázquez, L. (2013). Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Med Chile*, 141(1), 173–180.
11. DOI: 10.14642/RENC.2015.21.sup1.5049

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN
ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61


12. Fernández-Balsells, M., & Ricatr-Engel, W. (2015). Nuevos tratamientos farmacológicos para la diabetes mellitus tipo 2: Los agentes incretínicos y los agentes glucosúricos. *Catsalud*, 26(1), 1–9.
13. Rodríguez-Rivera, N. S, Cuatle-Rodríguez, P., & Molina-Guarneros, J. A. (2017). Hipoglucemiantes orales para el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2: uso y regulación en México. *Rev Hosp Jua Mex*, 84(4), 203–211.
14. García- Soidán F. J., (2014), Esquemas de inicio de insulinización, ajuste de dosis e intensificación de insulina, *Diabetes Práctica* 05(Supl Extr 7):1-24.
15. Maidana, G., Lugo, G., Acosta, P., Isasi, D., & Mastroianni, P. (2016). Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 14(1), 70–77.
16. Krass, I., Schieback, P., & Dhipayom, T. (2015, enero). Adherence to diabetes medication: a systematic review. *Diabet Med*, 32(1), 725–137
17. Ramos-Rangel, Y., Morejón-Suárez, R., Gómez-Valdivia, M. (2017, junio). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Finlay*.7(2), 89-98
18. Amezcua-Macias, A., Rodríguez-Weber, F. L, & Díaz-Grene, E. J. (2015, junio). Apego al tratamiento y control de los pacientes diabéticos en la comunidad. *Med Int Méx*, 31(3), 274–280
19. Orozco-Beltran, D., Mata-Cases, M., Artola, S., Conthe, P., Mediavilla, J., & Miranda, C. (2016, enero). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Aten Primaria*, 48(6), 406–420.
20. Dominguez-Gallardo, L. A, & Ortega-Filártiga, E. (2019, marzo). Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int.*, 6(1), 63–74.
21. González-Pedraza, A., Gilbaja-Velázquez, L. S, Villa-García, E., Acevedo-Giles, O., Ramírez-Martínez, M. E, Ponce-Rosas, E. R, & Dávila-Mendoza, R. (2015). Nivel de adherencia al tratamiento y el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados. *Rev Mex Endocrinol Metab Nutr*, 2(1), 11–17.
22. Leites-Docio, A., García-Rodríguez, P., Fernandez-Cordeiro, M., Tenorio-Salgueiro, L., Fornos-Pérez, J. A, & Andrés-Rodríguez, F. (2019, marzo). Evaluación de la no adherencia al tratamiento hipoglucemiante en la farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*, 11(1), 5–13.

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN
ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

23. García A, L. M., Villareal R, E., Galicia R, L., Martínez G, L., & Vargas D, E. R. (2015). Costo de la polifarmacia en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Chile*, 143, 606-611.
24. Guzmán, G., Arce, A., Saavedra, H., Rojas, M., Solarte, J. S, Mina, M., Martínez, V. (2018). Adherencia al tratamiento farmacológico y control glucémico en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Rev ALAD*, 8(1), 35–43.
25. Valencia-Monsalvez F, Mendoza-Parra S, Luengo-Machuca L (2017). Evaluación de la escala morisky de adherencia a la medicación (mmas-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en chile, *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 34(2):245-9
26. Martínez Péreza P., Pomares Gómeza F., Orozco Beltránb D, Carratala Munuerab M, Quesada Ricob J., & Mira Solvesb J. (2017) Validación de la morisky medication adherence scale 8-ítems (mmas-8) para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (dm2) en españa, *Endocrinol Nutr.*;64(Espec Cong 1):4

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

ANEXOS

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD <u>UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 61 CON URGENCIAS</u></p>
Anexo X. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61	
Investigador Principal	Dr. Mauricio Espinosa Lugo
Investigador Asociado o Tesista	Dr. Ignacio Morales Ascencio
Número de registro:	Pendiente
Financiamiento (si Aplica)	No aplica
Lugar y fecha:	Naucalpan, Estado de México a ___ de _____ 202__
Riesgo de la Investigación:	Estudio con sin riesgo según el art 17 de la ley general de salud en materia de investigación.
Justificación y Objetivos del estudio:	<p>Por favor lea la información y haga las preguntas que desee antes de decidir si participará o no en la investigación. Usted ha sido invitado a participar por contar con las características requeridas para el presente estudio y llevar su control de su padecimiento en esta unidad.</p> <p>La diabetes mellitus tipo 2 la padece un gran porcentaje de la población adulta, siendo un problema que afecta a todos los niveles de atención en salud, por ser crónico y de difícil control al no existir un tratamiento definitivo se buscan alternativas encaminadas a su control y estableciendo un manejo multidisciplinario conjunto entre personal de área de la salud-paciente estableciendo un compromiso mutuo. El objetivo de este estudio es evaluar las principales causas de poca adherencia al tratamiento farmacológico oral en adultos jóvenes con diabetes.</p>
Procedimientos:	Se aplicará un cuestionario donde se preguntan datos personales generales, y aplicación de un cuestionario validado y enfocado al tratamiento con medicamentos utilizados actualmente para el control de su enfermedad actualmente. Y la resolución de dudas surgidas durante la aplicación del cuestionario. Se resolverán las dudas que le surjan en el llenado de cualquiera de los cuestionarios, o aclaración de alguna pregunta en particular que le cause confusión.
Posibles riesgos y molestias:	Por el tipo de intervención es un método no invasivo por lo cual no existen riesgos o de existir es mínimo dependiendo de la susceptibilidad del participante
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>No recibirá pago alguno por su participación, ni implicará gastos para usted, si bien; los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación.</p> <p>Generar información actualizada y fiable para su médico tratante con la única finalidad de mejorar la atención médica, y su calidad de vida</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento (ensayos clínicos)	Los resultados se analizarán en bloque al final de la recolección de las encuestas, probablemente ya no habrá contacto con los participantes y no se podrán entregar.
Participación o retiro:	Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada con claves alfanuméricas y las bases de datos estarán protegidas por una clave de acceso, solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existe información que pudiera revelar su identidad.
En caso de colección de material biológico:	

CAUSAS DE POCA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ORAL EN ADULTOS JÓVENES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 61

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr. Mauricio Espinosa Lugo Unidad de Medicina Familiar con Urgencias no 61, domicilio. AVENIDA 16 DE SEPTIEMBRE NO. 39 COL. SAN BARTOLO C.P. 53000 NAUCALPAN EDO. DE MEX. PONIENTE (puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 16:00 hrs, al Teléfono: 5527940400 ext. 157 o bien; puede acudir a esta unidad con domicilio tal en el mismo horario y días.

Colaboradores:

Tesista Dr. Ignacio Morales Ascencio Unidad de Medicina Familiar con Urgencias no 61, domicilio. AVENIDA 16 DE SEPTIEMBRE NO. 39 COL. SAN BARTOLO C.P. 53000 NAUCALPAN EDO. DE MEX. PONIENTE (puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 16:00 hrs, al Teléfono: 5527940400 ext. 157 o bien; puede acudir a esta unidad con domicilio tal en el mismo horario y días.

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 15038, Hospital General de Zona No. 58 del IMSS: Blvd. Manuel Ávila Camacho, fraccionamiento Las Margaritas, Colonia Santa Mónica. Tlalnepantla de Baz, Estado de México, CP. 54050. Teléfono (55) 53974515 extensión 52315, de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 16:00 hrs., Correo electrónico: comite.etica15038@gmail.com

Nombre, firma y fecha del participante

Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

Testigo 2

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

Nombre, relación y firma

Nombre, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013