



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO
SERVICIOS DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
JURISDICCIÓN SANITARIA IZTAPALAPA
CLÍNICA ESPECIALIZADA EN EL MANEJO INTEGRAL DE LA DIABETES

REPORTE FINAL DE SERVICIO SOCIAL:

**EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON DIABETES
TIPO 2 DE LA CLÍNICA ESPECIALIZADA EN EL MANEJO INTEGRAL DE LA DIABETES
DE LA CIUDAD DE MÉXICO.**

PRESENTA:

pQFB: JORGE ANTONIO JUÁREZ ALVAREZ

RESPONSABLE INTERNO:

M. en C. RUBÉN DEL MURO DELGADO

Nº ECONÓMICO: 1430

RESPONSABLE EXTERNO:

ESP. F.H.C. ROBERTO PÉREZ SÁNCHEZ

CED. PROF. 10796996

FECHA DE SERVICIO:

DEL 16 DE ABRIL DEL 2018 AL 16 DE OCTUBRE DEL 2018

Tabla de contenido

1. Datos generales	4
2. Lugar y Periodo de realización	4
3. Unidad, División y licenciatura que cursa o haya cursado	4
4. Nombre del plan, programa o proyecto en el que se participó	4
4.1 Nombre del proyecto específico:	4
4.2 Proyecto Genérico Correspondiente:	4
5. Nombre de los asesores	4
6. Introducción	5
7. Marco Teórico	6
7.1. Incidencia y prevalencia de la enfermedad	6
7.2. Fisiopatología e historia natural de la enfermedad	7
7.3. Factores de riesgo	8
7.4. Tratamiento de la enfermedad	10
7.5. Enfermedades concomitantes	12
7.6. Cumplimiento terapéutico	13
8. Objetivos generales y específicos	14
8.1 General:	14
8.2 Específicos:	14
9. Metodología utilizada	14
9.1 Diseño del estudio:	14
9.2 Diseño muestral:	15
9.3 Unidad de análisis:	15
9.4 Tipo de muestreo:	15
9.5 Procedimiento de muestreo:	15
9.6 Criterios de inclusión:	15
9.7 Criterios de exclusión:	15
9.8 Criterios de eliminación:	15
9.9 Tipos de Variables:	16
9.10 Análisis estadístico:	17
10. Actividades realizadas	17
11. Objetivos y metas alcanzados	19

12. Resultados	19
12.1 Medicamentos administrados para controlar el nivel de glucosa en la población con DM2 estudiada.	20
12.2 Cumplimiento terapéutico	21
13. Conclusiones	26
14. Recomendaciones	26
15. Bibliografía	27
16. Anexos	30
16.1 Anexo 1 Ficha de recolección de datos y Test de Morisky de 8 ítems.	30

1. Datos generales

Título del proyecto: Evaluación del Cumplimiento Terapéutico en pacientes Con Diabetes Tipo 2 De La Clínica Especializada En El Manejo Integral De La Diabetes De La Ciudad De México.

Estudiante: Jorge Antonio Juárez Alvarez

Matrícula: 2132030983

2. Lugar y Periodo de realización

Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa; Clínica Especializada en el Manejo Integral de la Diabetes.

Del 16 de mayo del 2018 al 16 de octubre del 2018

3. Unidad, División y licenciatura que cursa o haya cursado

Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Licenciatura en Química Farmacéutica Biológica

4. Nombre del plan, programa o proyecto en el que se participó

4.1 Nombre del proyecto específico:

Evaluación del cumplimiento terapéutico en pacientes con Diabetes Tipo 2 de la Clínica Especializada en el Manejo Integral de la Diabetes de la Ciudad de México.

4.2 Proyecto Genérico Correspondiente:

Aspectos sociosanitarios políticos y legales de la práctica profesional del Q.F.B.

4.3 Etapa:

Estudios poblacionales, efectividad y seguridad de medicamentos.

5. Nombre de los asesores

Asesor interno: M. en C. Rubén Del Muro Delgado

Asesor Externo: ESP. F.H.C. Roberto Pérez Sánchez

6. Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.¹

La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) es una de las principales causas de morbilidad crónica y de pérdida de calidad de vida, estando previsto un aumento de su prevalencia en las próximas décadas.² Se estima que actualmente más de 422 millones de personas en el mundo padecen diabetes mellitus (DM), una cifra que aumenta anualmente y que produce cada año 4.8 millones de muertes debidas a complicaciones derivadas de la enfermedad.^{3,4}

La DM2 representa el 90% de los casos mundiales, en México la mortalidad por DM2 representa el 8.5% de su población total, hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños.⁴ La integración de las actividades preventivas en la práctica clínica, entre ellas las recomendaciones preventivas y consejos, se considera actualmente como una estrategia fundamental para mejorar la salud de la comunidad. En el ámbito asistencial, la educación y la promoción de la salud deberían abarcar todos los niveles de prevención, desde los consejos dirigidos a fomentar los hábitos de vida saludables hasta las recomendaciones para la mejora del cumplimiento terapéutico y el fomento del autocuidado en las enfermedades crónicas, como la DM2, Hipertensión Arterial, etc.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento farmacológico.³ El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento.⁶ Ante la magnitud de estas cifras, resulta de especial importancia lograr los objetivos terapéuticos planteados y evitar las graves complicaciones asociadas a esta

enfermedad, por lo que es crítico en estos pacientes conseguir una adecuada adherencia al tratamiento.

7. Marco Teórico

La Diabetes Mellitus conceptualmente se define como un síndrome heterogéneo originado por la interacción genético- ambiental y caracterizado por una hiperglucemia crónica, como consecuencia de una deficiencia en la secreción o acción de la insulina, que desencadena complicaciones agudas (cetoacidosis y coma hiperosmolar), crónicas microvasculares (retinopatías y neuropatías) y macrovasculares (cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y vasculares periféricas).⁷

7.1. Incidencia y prevalencia de la enfermedad

La diabetes mellitus tipo 2 se considera una de las enfermedades crónicas con mayor impacto en la calidad de vida de la población mundial y constituye un verdadero problema de salud; pertenece al grupo de las enfermedades que producen invalidez física por sus variadas complicaciones multiorgánicas, con un incremento indudable en la morbilidad y mortalidad en los últimos años, independientemente de las circunstancias sociales, culturales y económicas de los países.⁷

En México, la DM2 es la primera causa de muerte a nivel nacional y se estima que la tasa de mortalidad crece 3% cada año siendo la causa principal de mortalidad en el 2007, causando un total de 13,7% muertes (40). Los cambios políticos y económicos que ha sufrido México en las últimas décadas han derivado cambios importantes en la dieta tradicional y en los hábitos de actividad física de la población, generando incrementos en la obesidad y en el número de personas con diabetes.

En el norte de México se registra una mayor prevalencia de DM2, producto de la interacción de varios factores, que incluyen la migración desde áreas semiurbanas y rurales a áreas urbanas, un rápido cambio en el nivel socioeconómico de bajos a medianos ingresos y cambios en el estilo de vida de la población, de una muy activa a una sedentaria. Además, la exposición a los estilos de vida de “occidente” han surtido efecto en el

metabolismo de las personas expuestas, con un subsecuente incremento en las tasas de obesidad y diabetes.^{8,9}

México está en la lista de los 10 países con mayor número de personas que viven con diabetes. La prevalencia de diabetes por diagnóstico previo en la ENSANUT 2012 fue de 9.2% (6.4 millones), mayor a la observada en la ENSANUT 2006 (7.3%, 3.7 millones) y en la ENSA 2000 (4.6%, 2.1 millones). La prevalencia fue mayor en los grupos de mayor edad; no obstante, en el grupo de 40 a 49 años se observó un incremento de 50% de 2000 a 2006 y 2012.^{10, 11}

7.2. Fisiopatología e historia natural de la enfermedad

La obesidad mórbida se asocia con el desarrollo de diferentes enfermedades, entre las que destacan la diabetes y la hipertensión. La obesidad es una consecuencia de la ingesta continua y desregulada de alimento rico en contenido energético que no es aprovechado como consecuencia de una baja actividad metabólica y/o sedentarismo, por lo tanto, se almacena y acumula en tejido graso. Durante esta situación, el páncreas tiene una hiperactividad por la concentración alta y constante de glucosa en sangre, con una secreción de insulina elevada para conservar la glucemia en niveles normales.

Las causas que desencadenan la diabetes tipo 2 se desconocen en el 70-85% de los pacientes; al parecer, influyen diversos factores como la herencia poligénica (en la que participa un número indeterminado de genes), junto con factores de riesgo que incluyen la obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, historia familiar de diabetes, dieta rica en carbohidratos, factores hormonales y una vida sedentaria. Los pacientes presentan niveles elevados de glucosa y resistencia a la acción de la insulina en los tejidos periféricos. Del 80 al 90% de las personas tienen células β sanas con capacidad de adaptarse a altas demandas de insulina (obesidad, embarazo y cortisol) mediante el incremento en su función secretora y en la masa celular. Sin embargo, en el 10 al 20% de las personas se presenta una deficiencia de las células β en adaptarse, lo cual produce un agotamiento celular, con reducción en la liberación y almacenamiento de insulina.

La diabetes tipo 2 se asocia con una falta de adaptación al incremento en la demanda de insulina, además de pérdida de la masa celular por la glucotoxicidad. Sin embargo, el receptor a insulina presenta alteraciones en su función. Cuando la insulina se une a su receptor en células del músculo, inicia las vías de señalización complejas que permiten la translocación del transportador GLUT4 localizado en vesículas hacia la membrana plasmática para llevar a cabo su función de transportar la glucosa de la sangre al interior de la célula. La señalización del receptor termina cuando es fosforilado en los residuos de serina/treonina en la región intracelular para su desensibilización, y finalmente esto permite la internalización del receptor.¹²

La DM2 es una enfermedad de presentación muy diversa, con alteraciones genéticas que definen la edad de su aparición clínica y la importancia relativa de sus alteraciones en relación con factores ambientales (alimentación y obesidad). Los casos de DM2 con alteración monogénica son raros y se presentan desde el nacimiento hasta la adolescencia; en ellos el factor obesidad es secundario. En las formas del adulto la influencia del medio ambiente cobra mucha mayor importancia.

La historia natural de la DM2 del adulto se caracteriza por ser poligénica, con una progresiva disminución de la secreción de la insulina asociada a la alteración paulatina del control de la glicemia; la alteración de la enfermedad es gradual. En el metabolismo de la glucosa mediado por insulina durante la CTG, la cifra media de las glicemias se desplaza hacia arriba en sujetos obesos con CTG alterada y paralelamente se elevan los niveles de insulina conforme evoluciona la enfermedad, la glicemia aumenta más y caen los niveles de insulina en simultáneo con el decrecimiento en la captación tisular de glucosa.¹³

7.3. Factores de riesgo

Aunque los factores genéticos de riesgo de diabetes aumentan la susceptibilidad a la enfermedad y no son modificables, los factores ambientales juegan un papel importante en el surgimiento y desarrollo de la enfermedad y son susceptibles de prevención y control, fundamentalmente con cambios en los estilos de vida. Medidas como modificaciones en el

consumo de alimentos, aumento de la actividad física y reducción del peso corporal, son acciones de salud costo efectivas de elevado impacto por sus beneficios, que pueden implementarse en la atención de salud.¹⁴

- Peso. El sobrepeso es un factor de riesgo principal para la diabetes de tipo 2. No obstante, no necesariamente se debe tener exceso de peso para desarrollar diabetes de tipo 2.
- Distribución de la grasa. Si se almacena la grasa principalmente en el abdomen, existe un mayor riesgo de diabetes de tipo 2 que, si se almacena en cualquier otro lado, como en las caderas y los muslos. El riesgo de padecer diabetes de tipo 2 aumenta en los hombres con 40 pulgadas (101,6 cm) de circunferencia de cintura o una mujer con más de 35 pulgadas (88,9 cm) de cintura.
- Inactividad. Mientras menos actividad física, más es el riesgo padecer diabetes de tipo 2. La actividad física ayuda a controlar el peso, utiliza la glucosa como energía y hace que tus células sean más sensibles a la insulina.
- Antecedentes familiares. El riesgo de diabetes de tipo 2 aumenta si el padre, madre o algún hermano la padecen.
- Raza. Aunque no resulta claro por qué, las personas de determinadas razas, como la afroamericana, hispana, indio-americana y asiático-americana, presentan un riesgo mayor de tener diabetes de tipo 2 que las de raza blanca.
- La edad. El riesgo de diabetes de tipo 2 aumenta a medida que envejeces, especialmente después de cumplir 45 años. Probablemente, esto se puede deber a que las personas, a medida que envejecen, tienden a hacer menos ejercicio, perder masa muscular y subir de peso. Pero la diabetes tipo 2 también está aumentando significativamente entre niños, adolescentes y adultos jóvenes.
- Prediabetes. La prediabetes es un trastorno en el cual el nivel de azúcar en sangre es más alto que lo normal, pero no es lo suficientemente alto como para clasificarlo como diabetes. Si no se trata, la prediabetes suele avanzar hasta transformarse en diabetes de tipo 2.

- Diabetes gestacional. Si se presentó diabetes gestacional en el embarazo, el riesgo de padecer diabetes de tipo 2 aumenta. Si se dio a luz a un bebé de más de 9 lb (4 kg), también se corre el riesgo de tener diabetes tipo 2.
- Síndrome de ovario poliquístico. Para las mujeres, tener síndrome de ovario poliquístico (una enfermedad común caracterizada por periodos menstruales irregulares, crecimiento excesivo de vello y obesidad) aumenta el riesgo de diabetes.¹⁵

7.4. Tratamiento de la enfermedad

Los fármacos utilizados en el tratamiento de la DM2 van dirigidos a corregir una o más de las alteraciones metabólicas subyacentes. En la actualidad, contamos con cinco tipos de fármacos hipoglucemiantes orales (biguanidas, sulfonilureas (SU), secretagogos de acción rápida (glinidas), tiazolidindionas e inhibidores de las alfa-glucosidasas) y con las insulinas.¹⁶

- Inhibidores de la α -glucosidasa

Dentro de esta familia de fármacos, los más comúnmente usados son la acarbosa y el miglitol (no disponible en México). En general, se ha visto que tienen el potencial de mejorar el control glucémico en los pacientes con DM tipo 2.^{16,17}

- Sulfonilureas

Esta clase de fármacos han probado su efectividad al ser utilizados como primera línea de tratamiento. Son de utilidad en ancianos delgados, y como monoterapia en general disminuyen entre 1 a 2% la HbA_{1C}. Una limitante a largo plazo es que alrededor de 10% de aquellos que inician manejo con esta clase de medicamentos pierden el control metabólico con la monoterapia al paso de los años (en promedio 5 a 7 años). Esto se debe probablemente a la pérdida en la producción de insulina por parte de la célula b del páncreas.

- Biguanidas

La metformina, el fármaco más común de esta familia, ha demostrado su efectividad en varias áreas del manejo de los pacientes ancianos con DM. Por ejemplo, disminuye la

mortalidad por cualquier causa, mejora los resultados finales relacionados con comorbilidades asociadas a la diabetes y a eventos vasculares cerebrales cuando se compara contra el uso de insulina o sulfonilureas, sobre todo en pacientes con sobrepeso. Su eficacia disminuyendo la HbA1C es entre 1 y 2%.^{16,17}

- Tiazolidinedionas

Este tipo de medicamentos mejoran la resistencia a la insulina actuando principalmente en tejidos sensibles a esta hormona (músculo, grasa e hígado). Esta clase de fármacos se encuentran aprobados para el tratamiento de la DM como monoterapia o en combinación.^{16,17}

- Miméticos de incretinas

o Análogos del péptido-1 similar al glucagón

Estos medicamentos activan al receptor del péptido-1 al glucagón (GLP-1), el cual es normalmente secretado por el intestino ante la estimulación de los alimentos. Su principal mecanismo por el cual disminuye la glucosa es mediante el aumento en la liberación de insulina por el páncreas, así como inhibición de una secreción exagerada de glucagón postprandial.^{16,17}

o Inhibidores de la Dipeptidil peptidasa-4

Esta clase incrementa los niveles de GLP-1 mediante la inhibición de su degradación enzimática por la dipeptidasa DPP-IV. Existen tres medicamentos de esta familia disponibles en el mercado: la sitagliptina, la saxagliptina y la vildagliptina.^{16,17}

- Insulinas y análogos de insulina

Al igual que en el paciente de menor edad, el inicio de una insulina o sus análogos debe considerarse cuando se llegaron a las dosis máximas de agentes orales sin poder lograr el control establecido. Ya que la DM involucra una pérdida continua en la función de la célula b pancreática, debe describir a los pacientes la historia natural de la enfermedad para detallar por qué se debe comenzar a emplear esta terapéutica.^{16,17}

- Educación terapéutica continuada

La educación es esencial en el manejo del paciente diabético ya que se mejoran los niveles de hemoglobina glucosilada y glucosa en ayuno, lo que disminuye los requerimientos de fármacos.⁹

La educación es la piedra angular del tratamiento y está presente en todos los servicios como elemento esencial en la atención integral al paciente diabético. Persigue como objetivos principales proporcionar información y conocimientos sobre la diabetes; entrenar y adiestrar en la adquisición de habilidades y hábitos; pretende crear en el paciente una real conciencia de su problema, que le permite lograr cambios en su estilo de vida, para una mejor atención en su estado de salud. Debe ser progresiva, continua y ajustada a las condiciones clínicas del paciente. Dirigido a lograr la incorporación activa del paciente y sus familiares al tratamiento.⁷

- Nutrición adecuada

Está dirigida a contribuir a la normalización de los valores de la glicemia durante las 24 horas, y a favorecer la normalización de los valores lipídicos. Estos objetivos se deben lograr sin afectar la calidad de vida de los enfermos y deben contribuir a evitar la hipoglucemia. Las modificaciones en la alimentación, el ejercicio y las terapias conductuales favorecen la disminución del peso y el control glucémico; su combinación aumenta la eficacia. Las dietas con alto contenido en fibra y una proporción adecuada de hidratos de carbono, con alimentos de bajo índice glucémico, son eficaces en el control de la glucemia. El consumo de alcohol debe ser en cantidades limitadas.⁷

7.5. Enfermedades concomitantes

En México, la diabetes tipo 2 es una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal crónica y amputaciones no traumáticas, y es una de las 10 causas más frecuentes de hospitalización en adultos. Además, aumenta el riesgo de sufrir infarto al miocardio o cerebral, y explica 30% de la mortalidad general. Estudiar sus factores de riesgo, tratamiento y complicaciones es de suma importancia para reducir la carga de la

enfermedad.¹¹

7.6. Cumplimiento terapéutico

Los profesionales sanitarios deben conocer el fenómeno de la falta de adherencia, detectarlo y averiguar sus causas, así como contar con recursos para poder intervenir eficazmente en los pacientes.³ Es importante y necesario evaluar el cumplimiento terapéutico en los pacientes desde el inicio del tratamiento y durante el tiempo subsecuente, en enfermedades crónicas, debido a que el no cumplimiento terapéutico es la causa del fracaso de muchos tratamientos y afecta seriamente la calidad de vida, genera importantes costes para el sistema de salud y, sobre todo, contribuye a que no se consigan resultados clínicos positivos; por estos motivos, el conocimiento de las tasas de cumplimiento resulta de gran interés sanitario.^{18,19,20}

Se estima que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas. En el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega al 20%, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45%. Los principales factores que influyen en la adherencia terapéutica están relacionados con el propio paciente (creencias y motivaciones, edad o estatus socioeconómico), el tipo de enfermedad, el tratamiento propuesto para afrontarla y el propio sistema de asistencia sanitaria.²⁰

Cuando se diagnostica una enfermedad, puede instaurarse un tratamiento farmacológico, proporcionando las instrucciones sanitarias adecuadas a la singularidad del paciente. A continuación, puede ocurrir que éste ni siquiera acuda a la farmacia, pero si lo hace, se realizará la dispensación del medicamento por el farmacéutico que, mediante estrategias múltiples y multidisciplinarias, comprobará la información que tiene el paciente e intentará aportar los conocimientos necesarios para lograr un buen cumplimiento del tratamiento.^{21,22}

Con el fin de poder valorar el cumplimiento se utilizan distintos instrumentos que pueden ser: Directos (consisten en determinar el fármaco o sus metabolitos en sangre, orina u otro

fluido biológico) y también los indirectos como son recuento de comprimidos, asistencia a citas programadas, valoración de la eficacia terapéutica, la valoración de los efectos secundarios, los monitoreos electrónicos de medicación y la valoración del cumplimiento mediante las técnicas de entrevista clínica, que se basan en preguntar directamente al enfermo sobre su cumplimiento.^{18,22}

La educación en diabetes que fomenta el autocuidado mejora el control glucémico (HbA1c), las cifras de presión arterial, así como el control de peso y la calidad de vida.⁹

8. Objetivos generales y específicos

8.1 General:

Evaluar mediante un método indirecto el cumplimiento terapéutico de pacientes con DM2 atendidos en la Clínica Especializada en el Manejo Integral de la Diabetes.

8.2 Específicos:

- Comparar el cumplimiento terapéutico en pacientes con Diabetes tipo 2 atendidos al ingreso y durante citas subsecuentes en la Clínica Especializada en el Manejo Integral de la Diabetes.
- Realizar actividades de Educación Sanitaria en pacientes con DM2 atendidos en la Clínica Especializada en el Manejo Integral de la Diabetes.

9. Metodología utilizada

9.1 Diseño del estudio:

9.1.1 Tipo de investigación:

Descriptiva

- Transversal: Sólo se realizará una medición de los datos
- Prospectiva o prolectivo: Se recolectará la información una vez planificado el estudio

- Observacional: No se modificará ninguna variable dependiente

9.2 Diseño muestral:

Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en la Clínica Especializada en el Manejo Integral de la Diabetes.

9.3 Unidad de análisis:

Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 con buen o mal cumplimiento terapéutico que son atendidos en la Clínica Especializada en el Manejo Integral de la Diabetes.

9.4 Tipo de muestreo:

No probabilístico (Por conveniencia)

9.5 Procedimiento de muestreo:

Se realizará un muestreo por conveniencia en un periodo de junio a septiembre del 2018, se invitará a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 a participar voluntariamente en el estudio, llenando la hoja de recolección de datos.

9.6 Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes con DM2
- Pacientes con tratamiento antidiabético
- Pacientes atendidos en la Clínica Especializada en el Manejo Integral de la Diabetes que acepten participar en el estudio

9.7 Criterios de exclusión:

- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio
- Pacientes con alteraciones mentales o discapacidad que le incapacite para responder los cuestionarios del entrevistador.

9.8 Criterios de eliminación:

- Pacientes que durante el estudio decidan ya no participar

- Pacientes que no se presenten a sus sesiones programadas

9.9 Tipos de Variables:

Las variables que afectan al estudio son de distinta etiología y se pueden clasificar en dos tipos:

Variable dependiente: Cumplimiento Terapéutico

Definición conceptual: Es la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento farmacológico. El seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por el médico que está a cargo de su tratamiento.

Definición operacional: Se aplicará Cuestionario de adherencia a medicamentos de Morisky de 8 ítems, el cual mide: tiempo, inconvenientes, frecuencia de medicación, olvido, toma de medicamentos (Ver anexo 1).

Unidad de medición: Esta variable es dicotómica y se categoriza como: cumplidor o no cumplidor, en función de las respuestas a las preguntas del test.

Variables independientes:

- Edad

Definición conceptual: Tiempo que transcurre desde el nacimiento de una persona hasta el presente de esta.

Definición operacional: 18 a 70 años

Unidad de medición: Cuantitativa discreta (años)

- Género

Definición conceptual: Variable física producida biológicamente, que tiene un resultado determinado en dos categorías.

Definición operacional:

Masculino: género gramatical propio del hombre

Femenino: género gramatical propio de la mujer

Unidad de medición: Cualitativa ordinal

- Nivel de estudios

Definición conceptual: Grado de instrucción escolar

Definición operacional:

Nivel básico: Prescolar, Primaria, secundaria

Medio superior: Preparatoria

Superior: Universitaria

Unidad de medición: Cualitativa ordinal

- Número de medicamentos

Definición conceptual: Cantidad de medicamentos prescritos al paciente para la remisión, tratamiento o cura de sus padecimientos.

Definición operacional: 1, 2, 3, 4... n

Unidad de medición: Cuantitativa discreta

9.10 Análisis estadístico:

Se recogió la información del test de Morisky de 8 ítems y de la ficha de recolección de datos, y se elaboró una base de datos en Microsoft Excel para su análisis. Se realizó estadística descriptiva mediante gráficas y porcentajes según las variables. Después de la recolección de los datos, los resultados se expresaron en tablas y gráficos de acuerdo con la necesidad.

10. Actividades realizadas

Durante el periodo de realización del servicio se realizaron distintas actividades de apoyo al área de farmacia como lo son:

- Dispensación de medicamentos
- Actividades en la Administración de la Farmacia
- Talleres de educación sanitaria a pacientes:

Tema 1. Formas Farmacéuticas Sólidas, tenía como objetivo que el paciente reconociera cuales son las formas farmacéuticas sólidas más usadas, para mejorar el uso de sus medicamentos, así como identificar datos importantes en los empaques del medicamento y la forma correcta de desecho dentro de la clínica o los diferentes establecimientos que cuenten con los contenedores SINGREM.

Tema 2. Manejo y conservación de insulinas, los pacientes identificaban el tipo de insulina que utilizaban, se les explicaba el correcto almacenamiento y conservación de la insulina en su hogar, se elaboraba como actividad un gel, que utilizaban para conservar en condiciones óptimas su insulina.

Tema 3. Técnicas de aplicación de insulinas, tenía como principal objetivo el enseñar al paciente el manejo de la jeringa y dispositivo de pluma de insulina, para su correcta administración, y aprendiera el correcto desecho de sus residuos.

- Consultas farmacéuticas para mejorar el cumplimiento terapéutico del paciente, con estas se le apoyaba al paciente a resolver dudas sobre su tratamiento se realizaba el ajuste de sus medicamentos para dar un mejor uso de acuerdo con las actividades del paciente y pudiera cumplir con ello, utilizando como herramienta una hoja de ajuste de horario diseñado por el Coordinador de farmacias de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa, adicionalmente se realizaban mediciones de tensión arterial y nivel de glucosa en sangre, con apoyo del servicio de enfermería se pesaban y median para determinar su índice de masa corporal (IMC).

- Apoyo en las actividades de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa, la clasificación de medicamentos, identificación de medicamento caduco, verificaciones sanitarias y parte del archivo de las recetas provenientes de las distintas farmacias adscritas.

11. Objetivos y metas alcanzados

La evaluación del cumplimiento terapéutico se realizó en 57 pacientes que bajo su consentimiento contestaron el cuestionario de adherencia a la medicación de Morisky de 8 ítems y la ficha de recolección de datos (Ver anexo 1).

Se otorgaron alrededor de 90 consultas farmacéuticas a 30 pacientes de nuevo ingreso y pacientes de seguimiento que fueran identificados por el área médica con problemas de cumplimiento terapéutico, brindando apoyo con herramientas para mejorar su cumplimiento y obtener una mejor respuesta a su tratamiento farmacológico, así como enseñarles el uso adecuado de los glucómetros en pacientes de nuevo ingreso y resolviendo dudas sobre sus tratamientos.

Durante este periodo se logró educar alrededor de 60 pacientes mediante los 3 talleres de educación sanitaria realizados en la Clínica impartidos por el área de farmacia, con temas de relevancia sobre la mejora del uso de medicamentos.

12. Resultados

Los resultados obtenidos de los pacientes encuestados se consideraron dos grupos de pacientes: Los pacientes iniciales fueron aquellos que ingresaron por primera ocasión al programa de la clínica después de su evaluación por parte del área médica siendo estos 27 pacientes (47.37%) y de seguimiento a los pacientes que ya se encontraban dentro del programa y llevaran más de 2 consultas que representan 30 pacientes (52.63%). En la tabla 1 se muestran los datos demográficos de los pacientes encuestados, en donde se observó que en los pacientes de género femenino es mayor la edad media con 53.4 y 61.2 años mientras que en los pacientes masculinos es de 49.4 y 57 años en pacientes iniciales y seguimiento respectivamente.

El nivel de estudios de la población estudiada (n=57), solo pacientes 50 pacientes (87.7%) cursaron algún grado escolar, donde 19 pacientes (33.3%) cursaron hasta la primaria, 18 pacientes (31.5%) cursaron hasta la secundaria, siendo solo 3 pacientes los que estudiaron hasta la universidad representando un 5.2 %.

Tabla 1. Datos demográficos de la población estudiada con DM2

	Iniciales		Seguimiento		Total
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
<i>n</i> (%)	18 (31.58 %)	9 (15.79%)	25 (43.86%)	5 (8.77%)	57 (100%)
Edad (años), media (rango)	53.4 (43-68)	49.44 (36-72)	61.2 (38-76)	57 (47-68)	56.52 (36-76)
Estatura (cm), media (rango)	150.7 (145-176)	170.3 (164-179)	153.1 (140-168)	165.2 (152-176)	156.1(140-176)
Peso (kg), media (rango)	72.7 (46.7-126.8)	85.6 (62-120)	66.5 (49-115)	72. (56.2-85)	72 (49-126.8)
Nivel de estudios					
Sin estudios	3 (5.26%)	0 (0.0%)	4 (7.01%)	0 (0.0%)	7 (12.27%)
Primaria	3 (5.26%)	3 (5.26%)	12 (21.05%)	1 (1.75%)	19 (33.32%)
Secundaria	10 (17.54%)	2 (3.5%)	5 (8.78%)	1 (1.75%)	18 (31.57%)
Preparatoria	1 (1.75%)	2 (3.5%)	1 (1.75%)	2 (3.5%)	6 (10.52%)
Técnico	1 (1.75%)	0 (0.0%)	2 (3.5%)	1 (1.75%)	4 (7.01%)
Universidad	0 (0.0%)	2 (3.5%)	1 1 (1.75%)	0 (0.0%)	3 (5.25%)

12.1 Medicamentos administrados para controlar el nivel de glucosa en la población con DM2 estudiada.

El análisis del tratamiento para el control de la diabetes en los pacientes se basó en 4 medicamentos: Metformina, Insulina, Linagliptina y Glibenclamida, algunos en combinación. Los hipoglucemiantes prescritos a los pacientes en la clínica se muestran en la figura 1.

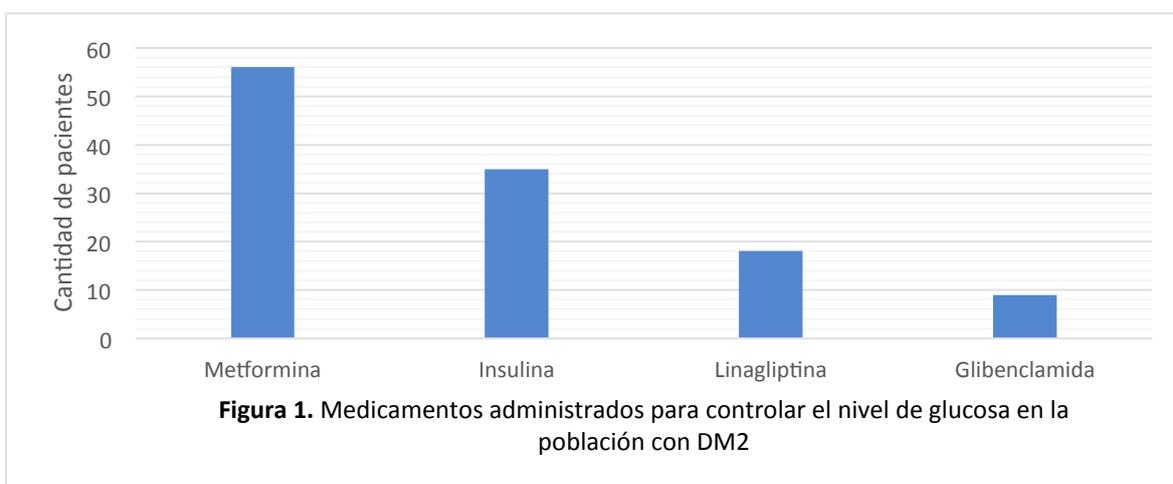


Figura 1. Medicamentos administrados para controlar el nivel de glucosa en la población con DM2

Se encontró que a 56 pacientes (98.24%) se le prescribía metformina siendo este el hipoglucemiante oral más utilizado, seguido de la insulina con 35 pacientes (61.4%), linagliptina con 18 pacientes (31.57%) y por último la glibenclamida con 9 pacientes (15.78%).

En cuanto a los medicamentos totales que los pacientes tomaban se encontró que el promedio de medicamentos concomitantes y para el control de la diabetes de los pacientes iniciales es de 5 medicamentos, mientras que para los pacientes de seguimientos es de 4 medicamentos, se observa que en los pacientes de seguimiento hubo una disminución de la medicación, esto derivado de las diferentes complicaciones que presentaban los pacientes, debido al avance que llevaban en el programa con el cual podían disminuir alguno de estos medicamentos concomitantes.

En la tabla 2 se muestran las comorbilidades presentadas por los pacientes en estudio, en donde 30 pacientes (53.6%) padecen colesterol alto siendo la comorbilidad con mayor prevalencia seguido de Hipertensión arterial con 29 pacientes (50.9%) de los 57 pacientes incluidos.

Tabla 2. Principales comorbilidades presentadas por los pacientes en estudio

	Iniciales		Seguimiento		Total
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
Presión alta	9 (15.78%)	4 (7.0%)	14 (24.56)	2 (3.5%)	29 (50.9%)
Colesterol alto	10 (17.54%)	5 (8.77%)	12 (21.05)	3 (5.26)	30 (52.6%)
Triglicéridos alto	8 (14.0%)	4 (7.0%)	10 (17.54%)	2 (3.5%)	24 (42.10%)
Hipotiroidismo	1 (1.7%)	0.00%	0.00%	0 (0.0%)	1 (1.7%)

12.2 Cumplimiento terapéutico

El cumplimiento terapéutico se determinó con el test de Morisky de 8 ítems de acuerdo con su puntuación, clasificando como cumplidores a los pacientes con 8 puntos y no cumplidores con puntajes menores a 8 (0-7). Se realizó la evaluación en los dos grupos de pacientes iniciales aquellos que ingresaran por primera ocasión al programa de la Clínica y

de seguimiento todos los pacientes que llevaran más de 2 consultas y estuvieran dentro del programa.

Tabla 3. Evaluación del test de Morisky de 8 ítems para determinar el cumplimiento terapéutico en pacientes iniciales

N° paciente	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5*	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8	Resultado
1	0	1	0	1	1	0	0	0	3
2	0	0	1	0	1	0	1	0	3
3	0	0	1	1	1	0	0	0	3
4	0	1	1	1	1	1	1	0	6
5	0	1	0	0	1	0	1	0	3
6	0	1	1	1	1	1	1	0	6
7	1	1	0	1	1	1	1	0	6
8	0	0	1	0	1	0	0	0	2
9	0	1	1	1	1	1	1	0	6
10	0	1	1	1	1	1	0	0	5
11	0	0	0	1	1	1	0	0	3
12	1	1	1	1	1	1	1	0	7
13	0	1	1	1	1	1	1	0	6
14	0	1	1	1	1	1	0	0	5
15	0	1	1	1	1	1	0	0	5
16	1	1	1	1	0	1	1	0	6
17	1	1	0	1	1	1	1	0	6
18	1	1	1	1	0	1	1	0	6
19	1	1	1	1	1	1	1	0	7
20	0	0	1	0	1	0	1	0	3
21	0	0	1	1	1	1	1	0	5
22	1	1	0	0	1	1	1	0	5
23	1	0	1	1	1	1	1	0	6
24	1	1	1	0	1	1	1	0	6
25	1	1	1	1	1	1	1	0	7
26	1	1	1	0	1	1	0	0	5
27	0	0	0	0	1	1	0	0	2

0 = Si
1 = No

*Inversión de puntaje

En la tabla 3 se muestran los resultados de la evaluación del test de Morisky de 8 ítems de los pacientes que por primera ocasión ingresaron al programa de la Clínica ($n=27$). Donde

se observa que ningún paciente inicial se puede considerar como cumplidor, debido a que los 27 pacientes ingresados tienen como resultado una puntuación menor a 8.

Tabla 4. Evaluación del test de Morisky de 8 ítems para determinar el cumplimiento terapéutico en pacientes de seguimiento

N° paciente	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5*	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8	Resultado
1	1	1	1	1	0	0	1	1	6
2	0	0	1	1	1	0	1	1	5
3	1	0	1	0	1	1	1	1	6
4	0	1	1	1	1	1	1	1	7
5	0	0	1	1	0	1	0	1	4
6	0	1	1	1	1	1	0	1	6
7	0	1	1	1	0	1	0	1	5
8	1	1	1	1	1	1	1	1	8
9	1	1	0	1	1	1	1	1	7
10	1	0	1	1	1	1	1	1	7
11	1	1	1	1	1	1	1	1	8
12	1	<u>1</u>	1	1	1	1	0	1	7
13	0	1	1	1	1	1	1	1	7
14	1	1	1	1	1	1	0	1	7
15	1	0	1	1	1	1	1	1	7
16	1	1	1	1	0	1	1	0	6
17	1	1	1	1	1	1	1	1	8
18	1	1	0	1	1	1	1	0	6
19	1	1	1	0	1	1	1	1	7
20	0	1	1	1	1	1	0	1	6
21	0	1	0	1	1	1	1	1	6
22	0	1	1	0	1	1	1	1	6
23	0	1	1	1	1	1	1	1	7
24	0	1	0	0	1	0	0	1	3
25	1	1	1	1	1	1	1	1	8
26	0	1	1	1	1	1	1	1	7
27	1	1	0	1	1	1	1	1	7
28	1	1	1	1	1	1	1	1	8
29	1	1	1	1	1	1	1	1	8
30	0	0	1	0	1	0	0	1	3

0 = Si
1 = No *Inversión de puntaje

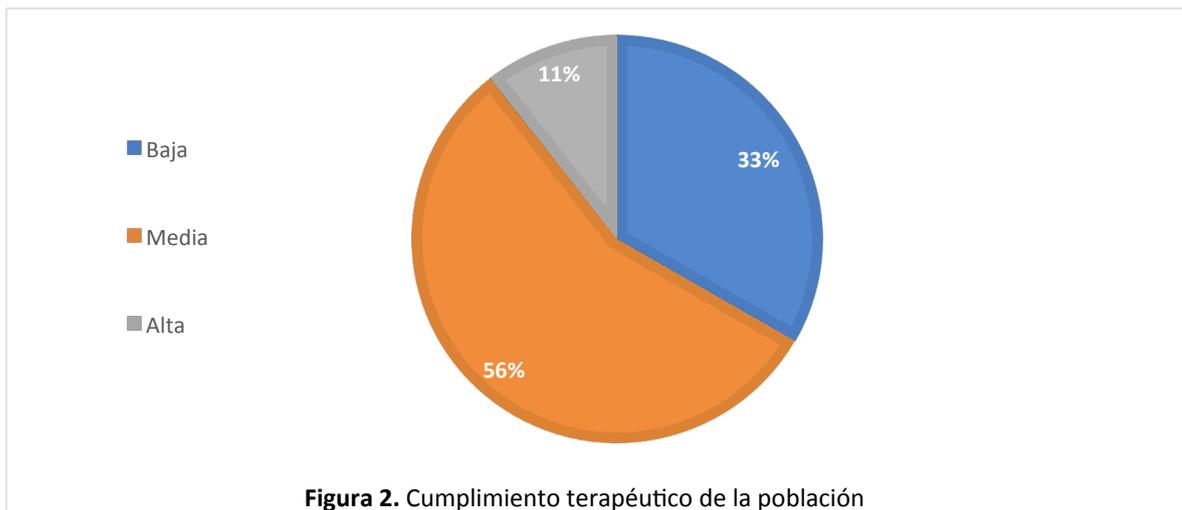
En la tabla 4 se muestran los resultados de la evaluación del test de Morisky de 8 ítems los pacientes que ya se encontraban inscritos al programa de la Clínica con más de 2 consultas ($n=30$), de acuerdo con estos resultados solo 6 pacientes (20%) resultaron cumplidores en todos los rubros evaluados por la prueba, 24 de los pacientes (80 %) se consideró como no cumplidor.

El nivel de cumplimiento terapéutico de los pacientes incluidos en el estudio del total de la población estudiada ($n=57$) se determinó de acuerdo con la siguiente escala de puntuación:

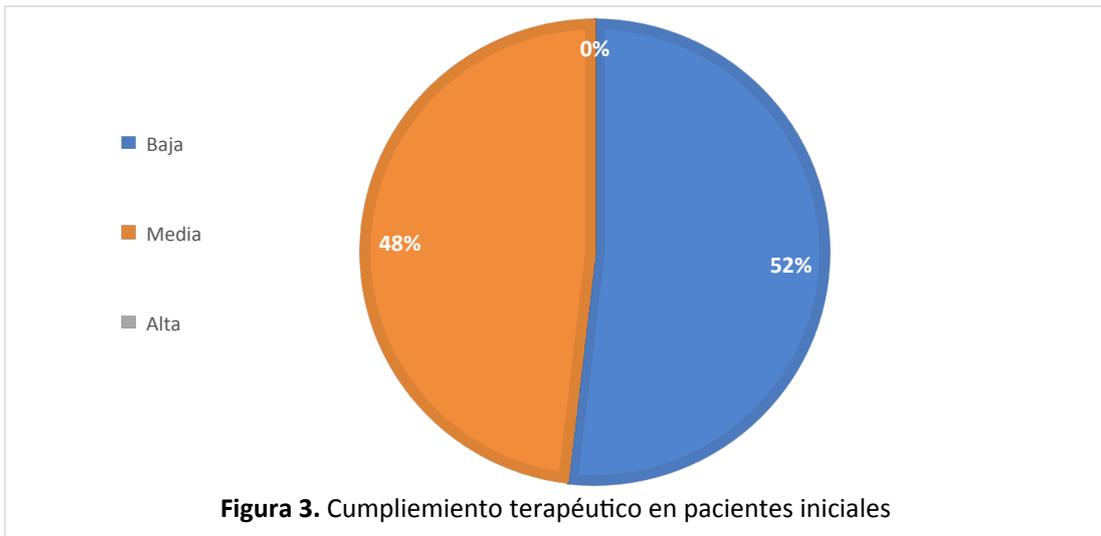
2-5= Cumplimiento bajo

6-7= Cumplimiento medio

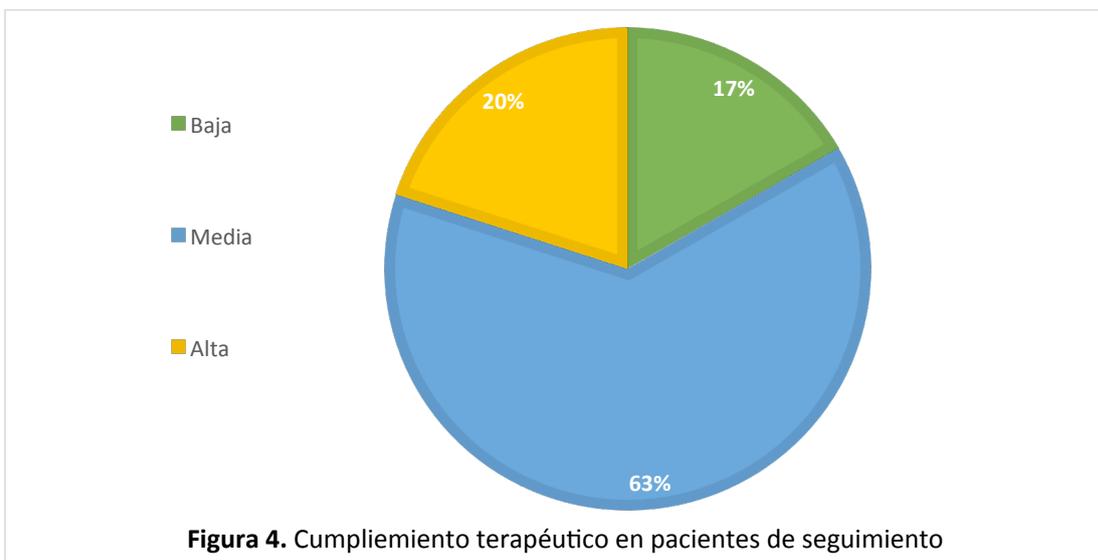
8= Cumplimiento alto



De los resultados obtenidos de la evaluación del cumplimiento terapéutico con el Test de Morisky de 8 ítems, del total de pacientes encuestados ($n=57$) solo el 11% ($n= 6$) de los pacientes presenta un nivel de cumplimiento alto a la medicación, mientras que el 56% ($n= 32$) y 33% ($n= 19$) presentan un cumplimiento medio y bajo respectivamente, como se muestra en la figura 2.



Como se observa en la figura 3 los pacientes iniciales ($n=27$), mediante una entrevista previa a la aplicación del test comentaron que ya llevaban un seguimiento previo de su enfermedad, debido a esto los resultados obtenidos de la evaluación son que el 48% ($n=13$) presentaron cumplimiento medio y 52% ($n=14$) un cumplimiento bajo.



En la figura 4 se observan los pacientes de seguimiento que ya se encontraban dentro del programa de la clínica ($n= 30$) dieron como resultado que 6 pacientes (20%) presentaron un nivel de cumplimiento alto, 19 pacientes (63%) un cumplimiento medio y 5 pacientes (17%) un cumplimiento bajo.

Estos resultados indican que el programa de la clínica en el manejo integral de la diabetes mejora el cumplimiento a la medicación mediante las distintas actividades que en ella se realizan como son consultas por especialistas, talleres de educación sanitaria por parte de los diferentes servicios que brinda la clínica incluyendo las consultas farmacéuticas impartidas por el área de farmacia. Esto cumple con el objetivo de mejorar la calidad de la atención en los pacientes con diabetes, promoviendo en el personal de salud la realización de las diferentes acciones para la prevención y el control de la diabetes y complicaciones asociadas, es una estrategia que deber ser implementada y evaluada con un seguimiento estricto que permita determinar su aceptación e impacto a mediano y largo plazo.¹⁰

13. Conclusiones

Con los datos obtenidos de la evaluación del test de Morisky de 8 ítems se pudo observar que hay una mejoría del cumplimiento terapéutico de los pacientes que ingresan al programa de la Clínica Especializada en el manejo integral de la diabetes, puesto que es indispensable que el paciente con diabetes reconozca la importancia del control de su enfermedad o enfermedades, ya que para mejorar la adherencia de una forma significativa, se necesita la realización de una buena educación sanitaria, mediante una comunicación adecuada que motive al paciente y un trabajo en conjunto de todos los profesionales de la salud. La evaluación del cumplimiento terapéutico en los pacientes debería realizarse al ingreso y al egreso de la clínica para poder obtener datos más precisos sobre el impacto que el programa de educación en diabetes tiene en la respuesta terapéutica, debido a que los pacientes ya vienen con un conocimiento previo de sus instituciones de salud.

14. Recomendaciones

Las recomendaciones que se realizaron en la clínica fue asignar un consultorio farmacéutico para realizar las actividades planteadas durante la prestación del servicio, que el lugar donde se proporcionen las consultas sea el adecuado para tener mayor privacidad con el paciente.

15. Bibliografía

1. OMS. Día Mundial de la Salud 2016: Vence a la diabetes. Consultado el día 23 de abril del 2018. [Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/es/>]
2. Maidana G., Vera Z., Samaniego L., Acosta P., Mastroianni P., Lugo G. Intervenciones Farmacéuticas en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Ars Pharm.* 2017; 58(1): 21-28
3. Orozco D., Mata M., Artola S., Conthe P., Mediavilla J., Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Aten Primaria.* 2016; 48(6):406-420.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Perfiles de los países. Consultado el día 23 de abril del 2018. [Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/country-profiles/es/>]
5. Córdoba R., Nebot M. Educación sanitaria del paciente en atención primaria. *Med. Clin. (Barc).* 2005; 125(4): 154-7.
6. Salinas E., Nava G. Adherencia terapéutica. *Enf Neurol (Mex).* 2012; 11(2): 102-104.
7. Reyes Sanamé Félix Andrés, Pérez Álvarez María Luisa, Alfonso Figueredo Ernesto, Ramírez Estupiñan Mirtha, Jiménez Rizo Yaritza. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *ccm* [Internet]. 2016 Mar [citado 2019 Oct 04] ; 20(1): 98-121. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100009&lng=es.
8. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Proyecto de Prevención y Control de la Diabetes en la Frontera México-Estados Unidos FASE I: Estudio de prevalencia de la diabetes tipo 2 y sus factores de riesgo. Reporte Técnico. Disponible en internet: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3490/fep003172.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. El día 08 de octubre de 2019.
9. Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de Atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 08/07/2014. Esta guía puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
10. Jiménez-Corona Aída, Aguilar-Salinas Carlos A, Rojas-Martínez Rosalba, Hernández-Ávila Mauricio. Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su

prevención y control. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 [citado 2019 Oct 04]; 55 (Suppl 2): S137-S143.

Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800010&lng=es.

11. Rojas-Martínez Rosalba, Basto-Abreu Ana, Aguilar-Salinas Carlos A, Zárate-Rojas Emiliano, Villalpando Salvador, Barrientos-Gutiérrez Tonatíuh. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2018 Jun [citado 2019 Oct 04] ; 60(3): 224-232. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342018000300003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.21149/8566>.
12. Cervantes-Villagrana Rodolfo Daniel, Presno-Bernal José Miguel. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas. Artículo de revisión. Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol. 21, No. 3. Julio-septiembre 2013 pp 98-106. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2013/er133a.pdf>
13. Cipriani-Thorne Enrique, Quintanilla Alberto. Diabetes mellitus tipo 2 y resistencia a la insulina. Rev Med Hered [Internet]. 2010 Jul [citado 2019 Oct 04]; 21 (3): 160-171. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000300008&lng=es.
14. Llorente Columbié Yadicelis, Miguel-Soca Pedro Enrique, Rivas Vázquez Daimaris, Borrego Chi Yanexy. Factores de riesgo asociados con la aparición de diabetes mellitus tipo 2 en personas adultas. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2016 Ago [citado 2019 Oct 04]; 27(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532016000200002&lng=es.
15. Clinica Mayo. Diabetes mellitus de tipo 2. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-2-diabetes/symptoms-causes/syc-20351193> [Internet] Consultado el día 20 de junio de 2019.

16. Del Olmo González Elena, Carrillo Pérez Margarita, Aguilera Gumpert Susana. Actualización del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2. IT del Sistema Nacional de Salud. Volumen 32, N.º 1/2008. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol32_1ActuaTratDiabetesMellitus.pdf
17. García-Lara Juan Miguel Antonio, Ávila-Funes José Alberto, Aguilar-Navarro Sara. Tratamiento farmacológico de la diabetes en el anciano. Revista de Investigación Clínica / Vol. 62, Núm. 4 / Julio-Agosto, 2010 / pp 35 7-365. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn104m.pdf>
18. Limaylla M., Ramos N. Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. Ciencia e investigación. 2016; 19(2):95-101.
19. Rodríguez M., García E., Amariles P., Rodríguez A., Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008; 40(8):413-7.
20. Vilaplana C., González J., Ordoña M. Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica. Pharm Care Esp. 2012; 14(6): 249-255.
21. Rodríguez M., García E., Amariles P., Rodríguez A., Pérez E., Martínez F., Faus M. Efecto de la actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular (Estudio EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). Aten Primaria. 2011; 43(5): 245-253.
22. Rodríguez M., García E., Busquets A., Rodríguez A., Pérez E., Faus M., Martínez F. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. Pharm Care Esp. 2009; 11(4): 183-191.

16. Anexos

16.1 Anexo 1 Ficha de recolección de datos y Test de Morisky de 8 ítems.

Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México
Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa
Clínica Especializada en el Manejo y Control de la Diabetes de la Ciudad de México
Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco

Ficha de Recolección de Datos

Evaluación del cumplimiento terapéutico en pacientes con Diabetes Tipo 2 de la Clínica Especializada en el Manejo Integral de la Diabetes de la Ciudad de México.
(La información proporcionada es confidencial, agradecemos su participación)

Cuestionario: (I) (S) Folio: _____

Instrucciones: A continuación complete o marque con una (x) según sea el caso.

I. Datos sociodemográficos

Nombre: _____ Expediente _____ Edad: _____ años Género: _____

Peso _____ kg Estatura _____ cm Estado civil: _____ Ocupación: _____

Nivel de estudios:

Preescolar () Primaria () Secundaria () Técnico ()
Preparatoria () Universidad () Maestría () Doctorado ()

II. Antecedentes clínicos y patológicos

Comorbilidades: Presión alta () Colesterol alto () Triglicéridos altos () Hipotiroidismo ()

Número de medicamentos que toma: _____

Tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2: _____ Meses () Años ()

Tiempo que recibe tratamiento: _____ Meses () Años ()

Que medicamentos recibe para el tratamiento de la diabetes:

Metformina () Insulina () Linagliptina () Glibenclamida ()

¿Ha sufrido algún problema con los medicamentos que usted toma? Sí () No ()

En caso de ser Sí ¿Cuál ha sido ese problema? _____

Aplicador: _____

Fecha de aplicación: _____

Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México
Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa
Clínica Especializada en el Manejo y Control de la Diabetes de la Ciudad de México
Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco

Cuestionario: (I) (S) Folio: _____

Cuestionario de adherencia a la medicación de Morisky de 8 items.

Instrucciones: A continuación marque con una (x) la respuesta que considere adecuada.

No.	Pregunta	Si	No
1.	¿Ha olvidado alguna vez tomar su medicamento para la diabetes?		
2.	A algunas personas se le ha pasado tomarse sus medicamentos por otras razones y no por un simple olvido. Si recuerda las últimas dos semanas, ¿hubo algún día en el que olvidó tomar el medicamento para su Diabetes?		
3.	¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado de tomar el medicamento sin decírselo a su médico porque se sentía peor al tomarlo?		
4.	Cuándo usted viaja o de sale de casa, ¿se le ha olvidado llevar sus medicamentos?		
5.*	¿Tomó ayer su medicamento para la diabetes?		
6.	Cuando siente que su glucosa está controlada, ¿Ha dejado a veces de tomar su medicamento para la diabetes?		
7.	Tomar medicamentos todos los días puede ser un problema para muchas personas. ¿Usted alguna vez se ha sentido presionado por seguir el tratamiento médico para su diabetes?		
8.	¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar tomar todos sus medicamentos? Nunca ____ A veces ____ Algunas vez ____ A menudo ____ Siempre ____		

*Inversión de puntaje

Si no le proporcionan el medicamento en la farmacia de la clínica ¿Cuánto tiempo tarda en adquirirlo?

De 1 a 3 días ____ De 4 a 7 días ____ De 8 a 11 días ____ De 12 a 15 días ____ No lo adquiero ____

Aplicador: _____

Fecha de aplicación: _____