

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y PIE DIABÉTICO EN PACIENTES DE
ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
EN ENERO DEL 2019**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

RODRIGUEZ CALLALLI XIOMARA ISABEL

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2019

ASESOR
DR. FLORIÁN TUTAYA LUIS

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud al Hospital Nacional Sergio E. Bernales por facilitarme y permitirme realizar el presente trabajo en sus instalaciones, agradezco al Dr. Florián por ayudarme a realizar el presente trabajo y al Dr. Flor, gracias tío por tu asesoría para pulir este trabajo.

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, a mis Padres Luis Hernán y Marianita por estar siempre conmigo, por su apoyo a lo largo de la carrera, a mi hermano Luis por confiar y creer siempre en mí.

RESUMEN

Introducción: La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades más temidas por la población que asociada a una mala adherencia terapéutica corre el riesgo de presentar más rápido descompensaciones y complicaciones propias de la enfermedad, una de ellas es el pie diabético siendo la principal causa de amputación en el mundo.

Objetivo: Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus y el pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.

Materiales y Métodos: Observacional, analítico, transversal y retrospectivo, realizado durante el mes de enero en 157 pacientes del consultorio de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, se aplicó un instrumento de recolección de datos y el "Test de Morisky-Green".

Resultados: De los 157 pacientes estudiados, el 43,3% fueron adherentes al tratamiento, mientras que el 56,7% no fue adherente al tratamiento. Del total de pacientes adherentes al tratamiento el 14,7% presentó pie diabético versus el 46,1% en los pacientes que no fueron adherentes al tratamiento. ($P < 0.005$)

Conclusión: La mala adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus tiene relación con la presencia de pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Adherencia al tratamiento, pie diabético.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes mellitus is one of the most feared diseases in the population that is associated with poor adherence to therapy. The risk of complications and functions of the disease is more rapid, one of which is diabetic foot is the main cause of amputation in the world

Objective: To determine the relationship between the adherence to the treatment of Diabetes Mellitus and diabetic foot in the patients of Endocrinology of the National Hospital Sergio E. Bernales in January 2019.

Materials and Methods: Observational, analytical, cross-sectional and retrospective, carried out during the month of January in 157 patients from the Endocrinology office of the Sergio E. Bernales National Hospital, a data collection instrument and the Morisky-Green Test were applied.

Results: Of the 157 patients studied, 43.3% were adherent to the treatment, while 56.7% were not adherent to the treatment. Of the total patients adhered to the treatment, 14.7% presented diabetic foot versus 46.1% in patients who were not adherent to the treatment. ($P = <0.005$)

Conclusion: The poor adherence to the treatment of Diabetes Mellitus is related to the presence of diabetic foot in the patients of Endocrinology of the National Hospital Sergio E. Bernales in January 2019.

Key words: Diabetes Mellitus, Adherence to treatment, diabetic foot.

INTRODUCCIÓN

La adherencia al tratamiento es un problema de gran importancia para el sector salud, la OMS indica que solo el 50% de pacientes es adherente al tratamiento, este tema es de mucha importancia pues la mala adherencia está relacionado a tener más riesgo de descompensaciones y complicaciones propias de una enfermedad, en el caso de la enfermedad de Diabetes Mellitus siendo una de las enfermedades más temidas por la población a nivel mundial por sus diferentes complicaciones, una de ellas y la más temida es el pie diabético, siendo esta complicación la causa más frecuente de amputación a nivel mundial y por ende incapacitante para una persona.

Es por este motivo que me interesó el tema, porque una buena adherencia puede evitarte muchas complicaciones y en este caso la buena adherencia puede reducir o evitar el riesgo de tener pie diabético y de llegar a una amputación, además de ello una buena adherencia y control de la enfermedad, te lleva evitar ingresos a emergencia, hospitalizaciones, pruebas de laboratorio y con ello evitas gastos económicos.

Esta investigación se realizó en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el servicio del consultorio externo de Endocrinología, el Hospital se ubica en el distrito de Comas, donde la mayoría de población solo tiene estudios secundarios lo cual también influye en la adherencia al tratamiento y la comprensión sobre su enfermedad.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
ASESOR.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRUCCIÓN	vii
ÍNDICE.....	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE ANEXOS	xi
ANEXO N°1: Operacionalización de las variables45.....	xi
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.2.1. GENERAL.....	4
- ¿Cuál es la relación entre el olvidar la toma de medicamentos y el pie diabético en pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019?	4
1.3. JUSTIFICACIÓN	5
1.4. DELIMITACIÓN DEL AREA DE ESTUDIO	6
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.6. OBJETIVOS	6
1.6.1. GENERAL.....	6
1.6.2. ESPECÍFICOS	7
1.7. PROPÓSITO	7

2.2. BASE TEÓRICA	10
2.4. HIPÓTESIS.....	23
2.4.1. GENERAL.....	23
2.4.2. ESPECÍFICAS	23
2.5. VARIABLES.....	24
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS.....	24
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	25
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	25
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	25
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	29
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	29
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	30
4.1. RESULTADOS	30
4.1. DISCUSIÓN.....	35
- La OMS estima que aproximadamente el 50% de pacientes con enfermedades crónicas son adherentes al tratamiento ⁽²⁰⁾ , dicho resultado es más cercano al presente estudio con un total de 43,3% de pacientes adherentes.....	35
- Los resultados del presente estudio difieren con el estudio de Barra S. ⁽¹³⁾ quien obtuvo como resultado que el 72,2% de pacientes según su población era adherente al tratamiento, con un total 284 participantes.....	35
- El resultado de este estudio también se asemeja al estudio que realizó Garay P. ⁽¹⁶⁾ que tiene por resultado que el 45,2% de su población es adherente al tratamiento.....	35

- De acuerdo a estudios realizados el 39% de mala adherencia se debe a que el paciente olvida la administración de medicamentos, lo cual se relaciona con este estudio porque el principal problema de la mala adherencia con un 50,3% es el olvido de la toma de medicamentos, no muy lejano se encuentra el problema de la alteración del horario de administración de medicamentos con un 49,0%.....	35
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
5.1. CONCLUSIONES	36
5.2. RECOMENDACIONES.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS.....	44

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1: Adherencia al tratamiento y pie diabético en pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.....	30
TABLA N°2: Relación entre el olvido de toma de medicamentos y pie diabético en pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.....	31
TABLA N°3: Relación entre el horario de la toma de los medicamentos y el pie diabético en pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.....	32
TABLA N°4: Relación entre dejar la medicación por sentirse bien y el pie diabético en pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.....	33

TABLA N°5: Relación entre dejar la medicación por sentirse mal y el pie diabético en pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes en enero del 2019.....	34
--	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1: Operacionalización de las variables.....	45
ANEXO N° 2: Instrumento	46
ANEXO N°3: Validez de Instrumento – Consulta de Expertos	48
ANEXO N°4: Matriz de Consistencia.....	50
ANEXO N°5: Permiso para Aplicación de Instrumento.....	55
ANEXO N°6: Consentimiento Informado	56

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es una enfermedad no transmisible cuyo incremento de casos en nuestro país ha hecho que día a día cobre mayor importancia en la salud pública¹. Cada vez es preciso establecer estrategias sanitarias de intervención para el diagnóstico oportuno, evitando sus consecuencias tardías y limitar sus complicaciones².

El paciente diabético es un ente constantemente expuesto a riesgos y complicaciones donde un pequeño cambio en su equilibrio puede llevarlo a alteraciones y daños irreversibles³.

El incremento de falta de adherencia del tratamiento en los casos de Diabetes Mellitus está ocasionando un alto costo económico y familiar para los afectados, situación que se agrava por el bajo nivel educativo de los pacientes, hecho que explicaría la frecuente presentación de complicaciones agudas y crónicas, como el pie diabético, en personas que padecen esta enfermedad⁴.

Una de las complicaciones más temidas de la DM-2 es el pie diabético, por constituir una causa frecuente de amputación e invalidez, y por lo tanto tiende a representar un elevado costo económico y social².

A pesar del aparente conocimiento de la gravedad de esta complicación y sus lesiones, tanto del médico como del paciente, la incidencia no ha disminuido significativamente y las amputaciones prosiguen⁵.

Ante este gran problema social, económico y médico, lo más eficaz y valioso que puede hacer un sistema de salud es la prevención⁶.

Para todas aquellas personas que tengan a cargo el cuidado de un paciente diabético, deben asumir el gran compromiso de educarse en la prevención sobre las lesiones del pie.

Epidemiológicamente se conoce que los pacientes diabéticos tienen factores de riesgo que los condicionan a la aparición de p^{ie} diabético⁷. La diabetes mellitus constituye una de las patologías más estudiadas, una de sus complicaciones más frecuentes es el pie diabético, se estima que en el mundo al año 2000 según OMS existían unos 162 millones de diabéticos y según la Federación Internacional de Diabetes al año 2012 existían alrededor de 194 millones de diabéticos en el mundo, de los cuales unos 20% llegan a presentar la complicación conocida como pie diabético⁸. En nuestro país se habla de más de 3.5 millones de peruanos padecen Diabetes Mellitus, los cuales constituyen el 14% de la población, algunos estudios revisados nos hablan sobre situaciones que se presentan en los pacientes diabéticos que los llevan finalmente a presentar pie diabético⁹.

Afirman que aproximadamente un 40% de las lesiones podrían ser evitadas o pudieron ser tratadas de una forma más temprana. En dichos pacientes se reporta falta de cuidados sobre el pie, mal control de la diabetes. Los dos primeros se hubieran evitado con la correcta educación de los pacientes y familiares a cargo. Una correcta educación sobre cómo deben realizarse los cuidados del pie para poder prevenir las lesiones, ha mostrado que puede reducir el número de lesiones, así como la severidad de las mismas¹⁰.

La diabetes mellitus y sus complicaciones no son problemas ajenos a nuestra realidad, sino que se encuentran presentes, observamos que la presentación de pie diabético causa alteraciones que llevan a la incapacidad de la persona que la padece, privándola de la locomoción en gran manera, y en muchos casos es necesaria la hospitalización,

causando ausentismo laboral y perjuicio económico para el que la padece y para las empresas prestadoras de servicios de salud².

Hasta ahora se ha reportado que el costo monetario del tratamiento del pie diabético es elevado, sus secuelas incapacitantes son aterradoras, en nuestro país se ha estimado como alta la incidencia en pie diabético y conociendo que es una entidad con elevadas posibilidades de prevención del daño¹¹.

La frecuencia con la que esta alteración se presenta, la falta de charlas de prevención y promoción de la enfermedad, falta de educación al paciente en cuanto a su enfermedad y el compromiso que debe tener con ella en cuando a controles, cuidados, tratamiento, etc. No se encuentran muchos estudios en nuestro medio sobre adherencia del correcto tratamiento y la reducción de complicaciones que trae dicha enfermedad y el convencimiento de que se obtendrá información valiosa con la conclusión del presente trabajo, es que me lleva al planteamiento del presente estudio.

A nivel mundial cuando se habla de adherencia a un tratamiento, es un tema de gran impacto en la salud, puesto que son pocos los pacientes que cumplen de forma adecuada el tratamiento prescrito por los profesionales de salud, aproximadamente la mitad de los pacientes que salen de su consulta médica tomaran los medicamentos de la forma indicada.

Se estima que en EE.UU el porcentaje de pacientes que cumplen con todas las pautas de su tratamiento recomendado por la Asociación Americana de Diabetes equivalen al menos del 2%, sin embargo en los países desarrollados los pacientes que tienen enfermedades crónicas la adherencia es aproximadamente en un 50% y en los países en desarrollo la adherencia es aún más baja¹².

En diversos estudios se llegó a la conclusión que la primera causa de la mala adherencia a los tratamientos es que el paciente olvida tomar la medicación por diversos factores en su estilo de vida, las causas que siguen son que el paciente se preocupa por tener efectos secundarios lo que ocasiona que un paciente abandone o no sea regular con su tratamiento.

La mala adherencia de un tratamiento conllevará a que el paciente no mejorará su cuadro o los síntomas de su enfermedad no se aliviarán, causando esto un gran costo económico o más grave presentar complicaciones de la enfermedad que padece.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus y el pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019?

1.2.2. ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la relación entre el olvidar la toma de medicamentos y el pie diabético en pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019?
- ¿Cuál es la relación entre la alteración en el horario de la toma de medicamentos y el pie diabético en pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019?

- ¿Cuál es la relación entre la perspectiva de sentirse mejor, suspender la medicación y el pie diabético en pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019?
- ¿Cuál es la relación entre la perspectiva de sentirse peor, suspender la medicación y el pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Los resultados de este estudio permitirán conocer cuál es la relación entre llevar un adecuado tratamiento y la disminución de presentar pie diabético. Estos conocimientos ayudaran a señalar medidas efectivas en la prevención, control y educación en pacientes diabéticos para evitar la presentación de pie diabético. Información que puede mejorar la condición de vida del paciente diabético, reducción en costos de tratamiento del pie diabético. Al ser publicados los estudios se puede lograr un cambio de conducta en los médicos que atienden pacientes diabéticos.

Se pretende que el presente estudio sirva de estímulo a otros investigadores nacionales a realizar más estudios sobre adherencia al tratamiento y pie diabético, pudiendo llegar así un mayor conjunto de conocimientos sobre esta complicación de la Diabetes Mellitus.

1.4. DELIMITACIÓN DEL AREA DE ESTUDIO

- Delimitación espacial: El presente estudio se desarrolló en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales ubicado en el distrito de Comas, en la ciudad de Lima.
- Delimitación temporal: El estudio se desarrolló durante el mes de enero del 2019.
- Delimitación social: Pacientes diabéticos que acudieron a consultorio externo del servicio de Endocrinología
- Delimitación Conceptual: Este estudio busca estudiar la adherencia al tratamiento de la Diabetes y relacionarlo con la presencia de pie diabético.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio no tuvo limitaciones para su desarrollo.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus y el pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.

1.6.2. ESPECÍFICOS

- Determinar la relación entre el olvido de la toma de medicamentos y el pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.
- Identificar la relación entre la alteración en el horario de toma de medicamentos y el pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.
- Identificar la relación entre la perspectiva de sentirse mejor, suspender la medicación y el pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.
- Identificar la relación entre la perspectiva de sentirse peor, suspender la medicación y el pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.

1.7. PROPÓSITO

El propósito que me llevo a realizar el presente trabajo fue poder conocer la asociación entre la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus y el riesgo de tener pie diabético en los pacientes atendidos por consulta externa del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, siendo fundamental saber la asociación que existe entre estas dos variables para así desarrollar estrategias que ayuden a reducir el riesgo de tener pie diabético.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Barra Solange (2018) realizó un estudio observacional trasversal durante 3 meses en 7 localidades de la Costa de Perú, con 284 pacientes usando el Test Morisky Green para medir nivel de adherencia terapéutica encontrando que un 27.8% de los pacientes tiene baja adherencia al tratamiento antidiabético oral siendo la mayoría de ellos pacientes con menos tiempo de tratamiento¹³.

Castillo Karen (2017) realizó un estudio tipo observacional, analítico, prospectivo de corte transversal en una población de 176 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, concluye que el tiempo de diagnosticada la enfermedad, la cantidad de medicamentos, el nivel educativo, socioeconómico influyen en la adherencia del tratamiento de antidiabéticos¹⁴.

Baldin Carolina (2017) realizó un estudio observacional, transversal analítico en 118 pacientes en un periodo de 3 meses llegando a la conclusión que los pacientes deprimidos tienen más riesgo de tener una mala adherencia al tratamiento antidiabético, siendo un total de 38.1% de pacientes diabéticos que presentan depresión leve a moderada¹⁵.

Garay Paul (2017) realizó un estudio tipo observacional, prospectivo transversal y descriptivo en 54 pacientes, recolectó datos mediante un cuestionario de 32 preguntas, y utilizó la prueba de chi cuadrado para el análisis de resultados, donde concluye que el 79.6% no asiste a un

control oportuno y que el 25.9% de pacientes indica que el principal problema de su inadecuada adherencia es que olvidan cumplir las indicaciones dadas por su médico¹⁶.

Ramos Yamila, Morejón Roilán, et al (2017) realizaron un estudio tipo descriptivo de corte transversal en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 durante ocho meses llegando a la conclusión de que un 63% de pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas, el sexo femenino es más cumplidora del tratamiento (73%) en cuanto edad el (82%) está en el rango de 51 – 60 años¹⁷.

Orozco- Beltrán Domingo, Mata- Cases Manuel, et al (2016) realizan un estudio como técnica de consenso utilizando el método Delphi modificado aplicado en 2 rondas concluyendo que la falta de adherencia en los pacientes con Diabetes Mellitus dificulta el poder lograr un adecuado control terapéutico, también concluyen: “Que la formación específica y disponer de recursos necesarios a la hora de la consulta son fundamentales para disminuir el impacto de la falta de adherencia al tratamiento”¹⁸.

Terechenko Nadia et al. (2014) realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, prospectivo en 100 pacientes con DM en un tiempo de 3 meses, llegando a la conclusión que solo el 56% de pacientes refiere tener una buena adherencia al tratamiento y siendo la principal falencia de dicha población los hábitos saludables para su enfermedad¹².

Romero Gabriela, Barrera Francisco. (2014) realizan un estudio tipo descriptivo observacional de corte transversal en 250 pacientes usuarios de un club de Diabéticos en el periodo de un mes, llega a la

conclusión que la prevalencia de adherencia al tratamiento solo es del 45.2% en dicha población¹⁹.

2.2. BASE TEÓRICA

La Diabetes Mellitus se conoce como un trastorno metabólico que se presenta por diferentes causas; caracterizándose principalmente por la hiperglucemia crónica (glucosa elevada en sangre) y los trastornos en el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina²¹. Existen varios procesos fisiopatogénicos que están involucrados en su aparición que pueden ser desde la destrucción auto inmunitaria de las células beta del páncreas hasta alteraciones que conducen a la resistencia en la forma de actuar de la insulina.

La clasificación es la siguiente²²:

- Diabetes Mellitus tipo 1: Esta se presentará por la destrucción de las “células beta” del páncreas, lo que llevarán a que presente una deficiencia absoluta de la insulina. La destrucción de “células beta” es generalmente de origen autoinmune, sin embargo, también existen casos de DM-1 de origen idiopático.
- Diabetes Mellitus tipo 2: Esta se caracteriza por presentar un defecto relativo en la insulina o el aumento de la resistencia de su acción. Es el tipo de DM más frecuente, Se estima que alrededor del 90-95% de personas con DM son de tipo 2. Esta por lo general se presenta de forma insidiosa.
- Diabetes Mellitus Gestacional: Caracterizada por la presencia de hiperglucemia durante el embarazo. Las mujeres que presenten esta patología durante el embarazo tienen más riesgo de tener

complicaciones durante el embarazo y el parto, además de padecer DM-2 en un futuro.

La fisiopatología de la DM-2 se le atribuye a la insulino-resistencia hepática y muscular siendo la principal responsabilidad en etiopatogenia de la DM-2. Por lo tanto, el aumento de la síntesis hepática de la glucosa y la disminución de su captación por el músculo llevarán al aumento progresivo de los niveles de glucemia, lo que al asociarse con una secreción deficiente de insulina por la célula beta pancreática determinaría la presentación del cuadro clínico.

Actualmente se ha podido demostrar la participación de más componentes en la progresión de la DM-2 como son el tejido celular subcutáneo, la célula alfa del islote pancreático, el cerebro, el riñón y el tejido gastrointestinal.

De acuerdo a la Federación Internacional de Diabetes (IDF) se estima que en el mundo habría un aproximado de 387 millones de personas con DM, de los cuales 179 millones aproximadamente el 46% de ellos aún no están diagnosticados. En su mayoría las personas con esta patología tienen una edad que va entre 40 y 59 años de edad. Se estima que para el 2035 en el mundo aumentarían 205 millones de casos. Y en América habría alrededor de 64 millones de casos nuevos de los cuales un aproximado de 25 millones estaría en América Central y América del Sur, y la prevalencia en la región de América Central y América del Sur crecería en un 60% para el 2035²³.

Las personas con Diabetes presentan más riesgo de amputación en aproximadamente 40 veces más que un no diabético, presentan 25 veces mayor riesgo de sufrir insuficiencia renal terminal, aproximadamente 20 veces mayor riesgo de ceguera, entre 2 a 5 veces

mayor riesgo de sufrir accidente vascular encefálico y unas 3 veces más el riesgo de sufrir infarto agudo al miocardio²⁴.

Según la OMS en el Perú existiría un 6.7% de personas de 18 años o más que presentan azúcar elevada en la sangre mayor o igual a 126 mg/ml o que ya toman medicación hipoglucemiante o han tenido diagnóstico previo de DM²⁵.

Entre los factores asociados para desarrollar la enfermedad la dividiremos de la siguiente forma:

Medio ambiente:

- Urbanización: Se considera un factor de riesgo cuando la persona migra de un área rural a un área urbana²⁶.
- Riesgo ocupacional: No hay una relación directa entre el Riesgo ocupacional y la presencia de DM-2, sino a través de la mala alimentación, del poco ejercicio o la vida sedentaria y el estrés que puede generar el ambiente laboral.

Existirá un incremento del 30% de desarrollar DM-2 en personas de bajos recursos que laboran más de 55 horas a la semana, en comparación a los que laboran menos de 40 horas semanales²⁷.

Estilos de vida:

- Sedentarismo: Realizar menos de 150 minutos o ninguna actividad física al día aumenta el riesgo de desarrollar DM-2²⁸.
- Malos hábitos alimentarios: Consumir alimentos de elevado valor calórico y glucémico aumenta el riesgo de padecer DM-2²⁹.
- Tabaquismo: Durante la gestación exponerse al humo del tabaco aumenta el riesgo de padecer diabetes en él bebe cuando llegue a su etapa adulta³⁰. El mal hábito de fumar en pacientes con diabetes aumentara el riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular.

- Alcohol: A mayor consumo de alcohol, más riesgo de tener DM-2.³¹

Factores Hereditarios:

- Antecedente familiar de diabetes mellitus: El riesgo es mayor si un familiar de primer grado tiene diagnóstico de diabetes³².

Relacionados a la persona:

- Hiperglucemia intermedia: Las personas que presenten glucosa elevada en ayunas (110-126mg/dl), de intolerancia oral a la glucosa (140-199mg/dl después de 2 horas de la ingesta de 75 gr. de glucosa oral) o ambas a la vez. En estas condiciones se tiene riesgo de padecer diabetes y complicaciones cardiovasculares³³. El riesgo de desarrollar DM-2 aumenta de 5 a 10% al año en los pacientes que tienen una de las condiciones mencionadas.
- Síndrome Metabólico: Se asocia a un incremento de padecer DM-2 en 3 a 5 veces más que personas sin síndrome metabólico³⁴.
- Sobrepeso y Obesidad: Estos dos aumentaran el riesgo de tener DM-2 siendo directamente proporcional al exceso de peso, se considera el factor de riesgo más importante para la DM-2³⁵
- Obesidad Abdominal: Si el perímetro abdominal de una mujer es mayor o igual a 88cm y en el hombre mayor o igual a 102cm, según el "III Panel de Tratamiento del Adulto del Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol de los EE.UU", el paciente tiene riesgo de tener DM.³⁶
- Etnia: Existe mayor riesgo en nativos y la población mestiza de Latinoamérica, personas de raza negra, los asiáticos³⁷.
- Edad: El riesgo de tener DM es mas en las personas de 45 años, la prevalencia será directamente proporcional al incremento de la edad cronológica³⁶.

- Hipertensión arterial: Presión arterial mayor o igual 140/90mmHg o estar en terapia para hipertensión como factor de riesgo asociado a DM-2³⁸.
- Antecedente obstétrico de DMG: El riesgo es mayor en mujeres que tuvieron como antecedente DMG³⁹.
- Antecedente de hijos macrosómicos: Los recién nacidos con peso mayor a 4kilos tienen mayor riesgo de tener DM-2³⁹.
- Síndrome de ovario poliquístico: El riesgo aumenta 3 veces en mujeres con SOPQ⁴⁰.

Los signos y síntomas que presentará un paciente con DM-2 son:

- Asintomáticos: Aquellos pacientes con DM-2 que no presentan síntomas clásicos, es frecuente y tiene una duración entre 4 a 13 años⁴¹.
- Sintomáticos: Los síntomas más frecuentes en los pacientes son poliuria (excreción muy abundante de orina), polifagia (sensación incontenible de hambre), polidipsia (sensación incontenible de sed) y pérdida de peso, adicionalmente se puede presentar visión borrosa, debilidad y prurito⁴².

Se considera criterio diagnóstico a uno o más de los siguientes:

- Presencia de glucemia en ayunas en sangre igual o mayor a 126 mg/dl, en dos tomas diferentes. Tener en cuenta que no debe pasar más de 72 horas entre una y otra medición.
- Síntomas de hiperglucemia como polidipsia, polifagia, poliuria y una glucemia casual (es decir en cualquier hora del día, con o sin ayunas) medida en sangre que sea igual o mayor a 200 mg/dl.
- Glucemia medida en sangre mayor o igual a 200mg/dl dos horas después de una carga oral de 75gr de glucosa.

El manejo de la DM-2 es la siguiente:

- No farmacológico: En personas diagnosticadas recientemente, asintomáticos, estables, que no presentan complicación alguna, y según criterio del médico tratante deben iniciar solamente con cambios en los estilos de vida por un tiempo de entre 3 a 4 meses antes de la terapia farmacológica, si los niveles de glucemia han alcanzado valores normales se continuará con cambios en estilo de vida y se realizarán controles cada 3 a 6 meses de no ser así se iniciara el tratamiento farmacológico.

- Farmacológico: El tratamiento que se indicará en los establecimientos de primer nivel de atención se iniciará con medicamentos orales de primera línea considerados en el PNUME vigente.

Al momento de iniciar el tratamiento, el médico deberá informar al paciente sobre como reconocer signos de alarma o/y reacciones adversas, por si llegará a presentarlas, acuda de inmediato a consulta para reevaluación y valorar el cambio de esquema terapéutico.

En caso de que el paciente no responda a la terapéutica descrita se procede a derivar al médico especialista en endocrinología.

Dentro de las complicaciones de la enfermedad pueden ser enfermedades cardiovasculares, nefropatía, neuropatía (pie diabético) derivado de ello las secuelas pueden ser ceguera, alteraciones gastrointestinales, neuropatías, insuficiencia arterial periférica, amputaciones e insuficiencia renal crónica.

La OMS ha definido adherencia al tratamiento como el cumplimiento del tratamiento; es decir: tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, también tomar la

medicación a lo largo del tiempo indicado. Se sabe que, en los países desarrollados, aproximadamente el 50% de los pacientes crónicos cumplen correctamente con su tratamiento²⁰.

La adherencia al tratamiento se considera como un gran problema de salud pública, para lo cual se deben realizar intervenciones para acabar con las barreras a la adherencia terapéutica y estas deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se debe precisar un enfoque multidisciplinario.

Solo la tercera parte de los pacientes toma la medicación como se le ha indicado, la otra tercera parte lo hace en ocasiones o de una forma incorrecta y, por último, la otra tercera parte simplemente no lo toma nunca. Existen muchas causas que van a influir en la falta de adherencia²⁰.

Las principales causas de no adherencia son:

- Problemas con el régimen prescrito (efectos adversos).
- Malas, o insuficientes instrucciones por parte del personal de salud.
- Mala relación entre el médico y el paciente.
- Que el paciente no esté de acuerdo con el tratamiento indicado.
- Descuidos y la mala memoria del paciente o del encargado del paciente.

Los tratamientos deben adecuarse lo más posible a las necesidades del paciente, a su vida diaria, deben tener un balance riesgo – beneficio, debe haber una buena comunicación médico – paciente informarse sobre los posibles efectos adversos, dar información verbal y escrita sobre el tratamiento a seguir, dosis, frecuencia de administración y duración de terapia.

En otros casos, la falta de adherencia está relacionada a que los pacientes creen estar curados o la falta de conocimiento y entendimiento de cómo llevar el tratamiento o la misma negación de asumir que sufren de una enfermedad o porque creen que igual se van a morir con o sin tratamiento, al estar asintomáticos inclusive pueden considerar ya no estar enfermos.

De acuerdo a estudios realizados el 39% de los errores se deben a que el paciente o el responsable del paciente olvidan la administración del medicamento, en los pacientes que no entienden el horario de la toma, existe un 80% de probabilidad que se le olviden de hacerlo. Además, los pacientes se pueden confundir en la medicación por tener otras enfermedades que también requieren medicamentos, en este caso si tienen que ingerir dos o tres medicamentos diferentes y en horarios diferentes.

Como iniciativa a actuaciones que favorecen la adherencia al tratamiento se puede tomar en cuenta:

- Redactar un calendario con las horas y los días que se debe administrar los medicamentos, especificando el nombre medicamento, el color, dosis, etc. Para facilitar el acceso a ellos y reconocimiento en caso de tomar más de 2 medicamentos.
- Pedir a un familiar o persona responsable del paciente que lleve un control de cada medicamento.
- Organizar los medicamentos según hora de administración y mantenerlos en un lugar visible.
- Ordenar los medicamentos según horario de toma en sobres diferentes anotados con la hora de toma, el nombre de los medicamentos y para qué enfermedad es en caso tuviera más de una.

- Verificar que siempre existan medicamentos adicionales y así evitar la falta de medicamentos para que no dejen de tomar el tratamiento por falta de medicación.
- Ayudando a los pacientes con la memoria, para esto se pueden colocar notas en diferentes partes de la casa o tener una alarma programada de acuerdo a la hora que se debe tomar el medicamento.

La mala adherencia tiene consecuencias graves en la salud como complicaciones, aproximadamente 125 mil muertes al año son por ataques cardíacos y accidentes cerebro vasculares debido a no seguir un adecuado tratamiento prescrito.

Cabe destacar que, si todos siguieran un adecuado tratamiento, si fueran responsables con las indicaciones recibidas se evitarían muchos ingresos a establecimientos de salud, evitarían consultas médicas recurrentes o pruebas diagnósticas.

Definimos pie diabético como la presencia de un conjunto de síndromes en los que la presencia de neuropatía, isquemia e infección van a provocar diferentes alteraciones tisulares o úlceras secundarias a micro traumatismos, ocasionando una importante morbilidad que puede terminar en amputaciones.

La prevalencia del pie diabético se encuentra entre 8% a 13% de los pacientes. Esta complicación afecta mayormente a los pacientes diabéticos de entre 45 y 65 años. La incidencia de amputaciones en pacientes diabéticos se sitúa entre 2,5-6/1000 pacientes/año⁴³.

Dentro de la posible etiología distinguimos:

- Factores predisponentes: Serán todos aquellos factores o situaciones que puedan ocasionar una lesión en el pie de los pacientes diabéticos. La forma más habitual, para que una lesión pueda creer y desarrollarse en los pacientes con esta enfermedad es que el primer síntoma será la disminución de la sensibilidad, es por eso que el gran porcentaje de los pacientes no sentirá una ampolla, cortadura u otra lesión. En las etapas iniciales en la primera afectación se produce en la sensibilidad profunda y más adelante en la sensibilidad táctil superficial, dolorosa y térmica.
- Factores desencadenantes o precipitantes: Se producen con los traumatismos mecánicos, provocando soluciones de continuidad en la piel, posteriormente aparición de úlcera o necrosis del tejido.

En cualquiera de los casos, su aparición dependerá de:

- El nivel de respuesta sensitiva o el umbral de dolor.
- El tipo de foco aplicado, la magnitud y la duración del mismo.
- La capacidad que tengan los tejidos para poder resistir la fuente de agresión externa.
- Los factores que desencadenen las lesiones pueden ser de dos tipos como extrínseco (traumático) o de factor intrínseco (deformidades en el pie).
- Factores agravantes o perpetuantes: Las úlceras neuropáticas suelen sobre infectarse por la presencia de microorganismos de diversa índole, en su mayoría serán las de naturaleza saprófita como lo son los estafilococos, estreptococos, etc. También se pueden encontrar, si las úlceras llegan a ser lo suficientemente profundas, organismos aerobios y anaerobios como Escherichiacoli y Clostridiumperfringens. Estos microorganismos pueden llegar a invadir los tejidos profundos causando problemas como la celulitis y/o la artritis séptica.

- Factores predisponentes: La etapa inicial del pie diabético va a comenzar con una combinación de atrofia progresiva en la musculatura más la sequedad en la piel que se asociará con la isquemia en diferente grado. En esta situación cualquier tipo de traumatismo dará lugar a una úlcera ⁴⁴.

Los factores de riesgo más frecuentes son:

- Antecedente de enfermedad vascular periférica.
- Antecedente de tener neuropatía periférica.
- Alteraciones, callosidades o deformidades en el pie.
- Presión elevada de la planta del pie.
- Antecedente de tener úlceras.
- Antecedente de Amputación.
- Antecedente de consumir tabaco.
- Tiempo de evolución de enfermedad superior a 10 años.
- Limitación articular.
- Inadecuado control metabólico.
- Uso de calzado inapropiado.
- Mal higiene de pies.
- Nivel socioeconómico bajo.

Las manifestaciones clínicas son:

- Presencia de úlceras.
- Pie artropático o artropatía de Charcot.
- Presencia de necrosis digital.
- Padecer de celulitis y/o linfangitis.
- Infección necrotizante en los tejidos blandos.
- Presencia de osteomielitis.

Se pueden evitar las lesiones en los pies, de diferentes formas, por ejemplo:

- El paciente o familiares tienen que revisar todos los días ambos pies, el paciente puede utilizar un espejo para poder observar bien sus pies.
- Deben lavarse los pies todos los días, no usar agua tibia porque el paciente diabético con neuropatía puede no sentir dolor.
- Se debe mantener toda el área de los pies humectada y suave.
- Tocar sus pies para poder sentir deformidades, solución de continuidad, etc.
- Mantener las uñas limpias, cortárselas regularmente en caso de no poder hacerlo solo acudir a un especialista en los pies.
- Se debe usar medias y zapatos siempre
- Mantener en todo momento una correcta circulación en los pies.

Existen muchas clasificaciones de pie diabético, según grados y tipo de úlcera. La localización más habitual de las úlceras está en la planta del pie (rara vez en el dorso).

La clasificación más usada para el pie diabético es la Escala de Wagner que es de la siguiente manera:

- Grado 0: Cuando hay ausencia de úlceras en un pie considerado de alto riesgo.
- Grado 1: Presencia de una úlcera superficial que va a comprometer todo el espesor de la piel, pero no compromete tejidos subyacentes.
- Grado 2: Presencia de una úlcera profunda, que va a penetrar hasta los ligamentos y músculos, pero aun no compromete el tejido óseo o la formación de abscesos.

- Grado 3: Presencia de una úlcera profunda con presencia de celulitis o la formación de abscesos, este grado casi siempre se presenta con osteomielitis.
- Grado 4: Cuando existe la presencia de gangrena localizada.
- Grado 5: Cuando la gangrena es extensa que llega a comprometer todo el pie.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Diabetes mellitus:

“La diabetes mellitus es una afección de gran importancia clínico epidemiológica, caracterizada por la hiperglucemia crónica (niveles elevados de glucosa en sangre) y trastornos en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas por anomalías de la secreción de insulina o del efecto de la insulina”²⁴.

Pie diabético:

“Se define como una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática e inducida por la glucosa elevada mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, que produce lesión y/o ulceración del pie”¹¹.

Adherencia al Tratamiento:

“La OMS lo define como el correcto cumplimiento del tratamiento, es decir la toma de acuerdo a dosis y programa prescrito, también considerando la persistencia que es tomar la medicación a lo largo del tiempo del tratamiento indicado”²⁰.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. GENERAL

La mala adherencia al tratamiento para la Diabetes Mellitus tiene relación con la presencia de pie diabético en pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.

2.4.2. ESPECÍFICAS

- El olvido de la toma de medicamentos tiene relación con la presencia pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.
- La alteración en el horario de la toma de medicamentos tiene relación con la presencia de pie diabético en los pacientes Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.
- La perspectiva de sentirse mejor y suspender la medicación tiene relación con la presencia de pie diabético en los pacientes Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.
- La perspectiva de sentirse peor y suspender la medicación tiene relación con la presencia de pie diabético en los pacientes Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.

2.5. VARIABLES

Variable dependiente:

- Pie diabético

Variable independiente:

- Adherencia al tratamiento

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

- Pie Diabético: Todos aquellos pacientes que presenten lesiones desde grado 1 al grado 5 según clasificación de Wagner para pie diabético (véase clasificación en bases teóricas, pág. 21).
- Adherencia al tratamiento: Para facilitar la valoración del cumplimiento del tratamiento se usará el test de Morisky - Green de alto valor predictivo validado y usado en diferentes enfermedades, que consiste en 4 preguntas con respuesta dicotómica sí o no, reflejando la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. El paciente es considerado cumplidor si responde de la siguiente manera. "NO – SÍ – NO – NO".

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Según la intervención del investigador es de Tipo Observacional.
- Según el alcance que tienen que demostrar una relación causal es de Tipo Analítico.
- Según el número de mediciones de las variables de estudio es de Tipo Transversal.
- Según la planificación de la toma de datos es de Tipo Retrospectivo.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

- El nivel de investigación de este trabajo es de nivel explicativo.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población la conforman todos los pacientes diabéticos de Endocrinología del Hospital Sergio E. Bernales durante el mes de enero del 2019.

Tipo de muestreo: Aleatorio simple.

N	=	530
Z= 2	Z²=	3.8416
E=0.1		0.0025
E²=		
P	=	0.50
Q =		0.50

Población

Nivel de Confianza

Margen de error

Que ocurra

Que no ocurra

Fórmula:

$$n = \frac{Z^2 N pq}{E^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Solución:

$$n_0 = \frac{3.8416 * 530 * 0.50 * 0.50}{0.0025 * (530 - 1) + 3.8416 * 0.50 * 0.50} = \frac{509.01}{2.28} = 223$$

$$\text{Muestra corregida: } n = \frac{n_0}{1 + n_0 / N} = \frac{223}{1.42} = 157$$

Como criterios de exclusión tenemos:

- Pacientes que no quieran colaborar en el estudio.
- Pacientes Analfabetos.
- Pacientes que tengan menos de 3 meses de diagnóstico.
- Pacientes que no tenga diagnóstico de Diabetes Mellitus.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó mediante una ficha de recolección de datos y una encuesta ya validada.

El instrumento consta de una estructura dividida en tres partes:

- Un consentimiento informado, en el cual el paciente al firmarla acepta participar del estudio.
- Un sector que se llena con los datos obtenidos desde la historia clínica del paciente.
- El test de Adherencia al Tratamiento de Morisky – Green.

En el presente estudio se utilizó el “Test de Morisky Green” que es un método muy confiable, posee un alto valor predictivo positivo. El test ya está validado y fue usado para ver la adherencia al tratamiento en diferentes enfermedades crónicas.

Consiste en 4 preguntas con respuesta dicotómica si/no, en la cual se reflejará la conducta del paciente respecto al cumplimiento del tratamiento. Se asume que si las actitudes que toma el paciente en cuanto a su enfermedad son incorrectas el paciente se cataloga como incumplidor. La ventaja del test es que va a proporcionar información sobre las causas del incumplimiento de cada paciente en cuanto a su tratamiento.

Las preguntas son las siguientes:

- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar la medicación?
- Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja usted de tomarla?

Vamos a considerar al paciente como cumplidor si responde de la siguiente manera: “NO – SI – NO – NO”.

El test es conciso, claro, breve, fácil y rápido de aplicar y su uso ya está validado y ha sido aplicado en varios estudios publicados.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Primero se procedió a acudir al consultorio de Endocrinología, presentándose con el médico asistente de turno para comentarle acerca del proyecto que se desea realizar y lo que se busca encontrar con la investigación.

Una vez aceptado se quedó en que el investigador acudirá de lunes a viernes durante el mes de enero a las 8hrs al consultorio de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales acompañando al médico asistente en las consultas, y durante la consulta se irá explicando al paciente de turno en qué consiste la encuesta y si desea participar.

Desde el primer día que se acudió según lo acordado con el médico, se explicó a los pacientes sobre la recolección de datos y el estudio, si el paciente aceptaba formar parte del estudio se procedía a entregar una hoja de consentimiento informado que será firmado por el paciente como señal de aceptar participar del estudio y seguido de eso se procedió a recolectar información de la historia clínica posterior a ello realizar y llenar las preguntas del cuestionario.

Las fichas fueron enumeradas de acuerdo al orden de pacientes del día, las cuales fueron archivadas para poder tener la facilidad de procesarlas.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Terminada la recolección de los datos se procedió a colocar toda la información en una hoja de cálculo en el programa Excel 2016. Esta hoja de cálculo fue compatible con el paquete estadístico SPSS versión 25, con el que se procesó la información.

Todos los cálculos se realizaron con un error máximo permitido del 5% (prueba estadística de chi cuadrado), los resultados serán presentados en cuadros de contingencia, con sus respectivos porcentajes.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se adecuó a las normas internacionales y nacionales sobre investigación en humanos, así como las disposiciones vigentes de bioseguridad.

Se siguió el procedimiento metodológico que mejor se adapte a las circunstancias del estudio, así como el uso del instrumento de recolección de datos con validación y confiabilidad suficiente para lograr los objetivos del estudio.

Se aseguró el anonimato de los pacientes.

La investigación se basó en los principios de la ética y deontología médica como: Confidencialidad, en donde los datos fueron manejados de manera confidencial, veracidad; evitando el sesgo intencionado y justicia, la autonomía porque solo participaron los pacientes que deseaban colaborar con el trabajo bajo su juicio y consentimiento.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 1: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y PIE DIABÉTICO EN PACIENTES DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN ENERO DEL 2019.

	PIE DIABÉTICO		TOTAL
	SI	NO	
ADHERENCIA SI	10 14.7%	58 85.3%	68 100.0%
ADHERENCIA NO	41 46.1%	48 53.9%	89 100.0%
TOTAL	51 32.5%	106 67.5%	157 100.0%

P= 0,0000 $X^2= 17.287$

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INTERPRETACIÓN:

Del total de pacientes adherentes al tratamiento el 14.7% presento pie diabético versus el 46.1% de pacientes que no fueron adherentes al tratamiento.

**TABLA N°2: RELACIÓN ENTRE EL OLVIDO DE TOMA DE
MEDICAMENTOS Y PIE DIABÉTICO EN PACIENTES DE
ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E.
BERNALES EN ENERO DEL 2019.**

	PIE DIABÉTICO		TOTAL
	SI	NO	
¿SE OLVIDA DE TOMAR SI ALGUNA VEZ EL	39 49.4%	40 50.6%	79 100.0%
MEDICAMENTO NO PARA SU DIABETES?	12 15.4%	66 84.6%	78 100.0%
TOTAL	51 32.5%	106 67.5%	157 100.0%

P= 0,0000

X²= 20.67

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INTERPRETACIÓN:

Del total de pacientes encuestados, el 49.4% de los pacientes que alguna vez olvido tomar su medicación presentó pie diabético versus el 15.4% que nunca olvido tomar su mediación.

**TABLA N°3: RELACIÓN ENTRE EL HORARIO DE LA TOMA DE
LOS MEDICAMENTOS Y EL PIE DIABÉTICO EN PACIENTES DE
ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E.
BERNALES EN ENERO DEL 2019.**

	PIE DIABÉTICO		TOTAL
	SI	NO	
¿TOMA LOS MEDICAMENTOS A LAS HORAS INDICADAS?	12 15.6%	65 84.4%	77 100.0%
SI			
NO	39 48.8%	41 51.3%	80 100.0%
TOTAL	106 67.5%	51 32.5%	157 100.0%

P= 0,0000

X²= 19.68

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INTERPRETACIÓN:

Del total de pacientes encuestados el 48.8% de pacientes que no tomaba sus medicamentos a las horas indicadas por el profesional de salud presentaron pie diabético versus el 15.6% de pacientes que si tomaba su medicamento en el horario indicado.

TABLA N°4: RELACIÓN ENTRE DEJAR LA MEDICACIÓN POR SENTIRSE BIEN Y EL PIE DIABÉTICO EN PACIENTES DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN ENERO DEL 2019.

	PIE DIABÉTICO		TOTAL
	SI	NO	
CUANDO SE ENCUESTRA SI	24	20	44
BIEN, ¿DEJA	54.5%	45.5%	100.0%
DE	27	86	113
TOMARLOS? NO	23.9%	76.1%	100.0%
TOTAL	51	106	157
	32.5%	67.5%	100.0%

P= 0,0002 X²= 13.57

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INTERPRETACIÓN:

Del total de pacientes encuestados el 54.5% que dejaba su medicación por sentirse bien presentó pie diabético versus el 23.9% que a pesar de sentirse bien no dejó su medicación.

TABLA N° 5: RELACIÓN ENTRE DEJAR LA MEDICACIÓN POR SENTIRSE MAL Y EL PIE DIABÉTICO EN PACIENTES DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN ENERO DEL 2019.

	PIE DIABÉTICO		TOTAL
	SI	NO	
SI ALGUNA VEZ LE SIENTAN MAL, ¿DEJA DE TOMARLAS? SI	11 78.6%	3 21.4%	14 100.0%
NO	40 28.0%	103 72.0%	143 100.0%
TOTAL	51 32.5%	106 67.5%	157 100.0%

P= 0.0001 X²=14.89

FUENTE: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INTERPRETACIÓN:

Del total de pacientes encuestados el 78.6% que dejó la medicación por sentirse mal presentó pie diabético versus el 28.5 que aun sintiéndose mal no dejó de tomar su medicación.

4.1. DISCUSIÓN

- La OMS estima que aproximadamente el 50% de pacientes con enfermedades crónicas son adherentes al tratamiento ⁽²⁰⁾, dicho resultado es más cercano al presente estudio con un total de 43,3% de pacientes adherentes.
- Los resultados del presente estudio difieren con el estudio de Barra S.⁽¹³⁾ quien obtuvo como resultado que el 72,2% de pacientes según su población era adherente al tratamiento, con un total 284 participantes.
- El resultado de este estudio también se asemeja al estudio que realizó Garay P.⁽¹⁶⁾ que tiene por resultado que el 45,2% de su población es adherente al tratamiento.
- De acuerdo a estudios realizados el 39% de mala adherencia se debe a que el paciente olvida la administración de medicamentos, lo cual se relaciona con este estudio porque el principal problema de la mala adherencia con un 50,3% es el olvido de la toma de medicamentos, no muy lejano se encuentra el problema de la alteración del horario de administración de medicamentos con un 49,0%.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La mala adherencia al tratamiento tiene relación con la presencia de pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.
P= 0,0000 X²= 17,29
- El olvidar la toma de medicamentos tiene relación con la presencia de pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.
P= 0,0000 X²= 20.67
- No tomar los medicamentos a las horas indicadas tiene relación con la presencia de pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.
P= 0,0000 X²= 19.68
- El sentirse bien y dejar la toma de medicamentos tiene relación con la presencia de pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.
P= 0,0002 X²= 13.57
- El sentir que el medicamento le sienta mal y dejar la medicación tiene relación con la presencia de pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.
P= 0,0001 X²= 14.89

5.2. RECOMENDACIONES

- Lo ideal sería crear un programa diferenciado y exclusivo para pacientes diabéticos con mayor riesgo de tener pie diabético donde se les de atención diferenciada evitando así largas colas y que el paciente no siga su control, realizar visitas domiciliarias para poder hacer el seguimiento del paciente, tener programas de motivación, información y educación en cuanto a su enfermedad y posibles complicaciones, para poder actuar a tiempo y sean abordadas de una manera más rápida por el personal de salud.
- Crear grupos de apoyo y un club de pacientes que tengan riesgo de tener pie diabético siendo esta población de más cuidado por el riesgo de desarrollar complicaciones, debiendo estar comprometida la institución de salud y el personal de salud en estos grupos para poder instruir a los pacientes en cómo llevar un adecuado control y cuidado para sus pies así evitando el desarrollo del pie diabético y el mal cuidado de ello, y de esta forma evitar una amputación por la complicación de un pie diabético mal controlado.
- Realizar capacitaciones permanentes a todo el personal de salud, actualizándolos en la prevención primaria y secundaria de la enfermedad y sus complicaciones, consiguiendo un mejor abordaje a los pacientes y de esa forma conseguir una mayor adherencia al tratamiento en los pacientes de igual manera mejorar la relación médico – paciente para que este se sienta en confianza de preguntar sus dudas evitando de esta forma que los pacientes dejen de asistir a sus controles y dejen la medicación prescrita por iniciativa propia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alva RÁ, Morales PK. Salud pública y medicina preventiva. Manual Moderno; 2017.
2. López MCM. La diabetes un problema de salud pública en el que participa la investigación básica. 2018;
3. Blanco FJA, Lozano PI, Montoya JP-B, Fernández AB, Ortega E, Obaya JC, et al. Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular. Actualización de las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Diabetes y Riesgo Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes (SED, 2018). Clínica E Investig En Arterioscler. 2018;30(3):137–153.
4. Rojas-Martínez R, Basto-Abreu A, Aguilar-Salinas CA, Zarate-Rojas E, Villalpando S, Barrientos-Gutierrez T. Prevalence of previously diagnosed diabetes mellitus in Mexico. Salud Publica Mex. 2018;60(3):224–232.
5. Gómez G, Mariela J, Espinoza MM, Potosme Alvarado YL. Factores de riesgo relacionados con la aparición del Pie Diabético en pacientes en edad presenil, que asisten al programa de crónicos del Puesto de Salud del Empalme San Benito, Municipio de Tipitapa, Managua, segundo semestre 2016 [PhD Thesis]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2017.
6. Perla Maria TP, Pedro BF, Maite GA. Impacto socio-económico del Programa de Atención Integral al pie diabético en Santo Domingo. En: Cuba Salud 2018. 2017.
7. Flores J. Pie diabético, un desenlace indeseado de la Diabetes Mellitus. Rev Salud Pública Parag. 2017;7(2):P7–P8.

8. Álvarez HRP. Barreras y perspectivas del personal de salud en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: Un estudio cualitativo. 2018;
9. García-Donaire JA, Franch-Nadal J, Rodríguez-Fortúnez P, Labrador-Barba E, Orera-Peña ML, Rodríguez de Miguel M. Estudio epidemiológico multicéntrico sobre la formación proporcionada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el sistema sanitario español. Estudio Forma2. Med Fam-SEMERGEN. 2018;44(1):5–12.
10. Álvarez AO, González LS. Plan de mejora de los cuidados del pie diabético en Atención Primaria: aplicación del ciclo Deming. Tiempos Enferm Salud Nurs Health Times. 2017;(2):58–64.
11. Montiel-Jarquín ÁJ, García Villaseñor A, Castillo Rodríguez C, Romero-Figueroa MS, Etchegaray-Morales I, García-Cano E, et al. Costes directos de atención médica del pie diabético en el segundo nivel de atención médica. Rev Chil Cir. 2017;69(2):118–123.
12. Terechenko N, Baute A, Zamonsky J. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. Medicina familiar y comunitaria. 2015; 10(1): 20-33.
13. Barra S. Adherencia al Tratamiento Farmacológico Oral de personas con Diabetes Mellitus en 7 localidades de la Costa del Perú. [Tesis]. Perú; 2018.
14. Castillo K. Factores Asociados a la Adherencia del Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Hospital Santa Rosa de Piura. [Tesis]. Perú; 2017.
15. Baldin C. La Depresión como factor asociado a la Adherencia al Tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de los consultorios de

endocrinología del Hospital Nacional Hipólito Unanue Agosto – Octubre 2016. [Tesis]. Perú; 2017.

16. Garay P. Adherencia a la Terapéutica en pacientes adultos con Diabeticas Mellitus 2 del centro de Salud Carlos Showing Ferrari – Amarilis – 2016. [Tesis]. Perú; 2017.

17. Ramos Y, Morejón R, et al. Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Finlay vol.7 no2 Cienfuegos abr-jun. 2017.

18. Orozco- Beltrán D, Mata- Cases M, et al. Abordaje de la Adherencia en diabetes millitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. Aten Primaria. 2016; 48(6): 406-420.

19. Romero G, Barrera F. Determinación de factores que afectan la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus 2 que acuden a un club de diabéticos. Rev Fac. Cien Med (Quito), 2014; 39[1]: 69-78.

20. La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida.III Foro. Dialogos pfizer - pacientes disponible desde: https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf.

21. Organización Mundial de la Salud (2014). Diabetes, disponible en línea. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/es/> Fecha de visita: 04 de noviembre de 2015.

22. American Diabetes Association (2014). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, disponible en línea. Diabetes Care, 37 (Suppl. 1): S81-S90.

23. International Diabetes Federation (2014). Key findings 2014, disponible en línea. Bruselas.

24. Sociedad Peruana de Endocrinología (2008). Definición y Diagnóstico. En: Guía Peruana de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus

tipo 2, disponible en línea. 1ra. edición. Lima: Mujica y Asociados S.A.C. p. 11-17.

25. Organización Mundial de la Salud (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014, disponible en línea. Ginebra.

26. Miranda JJ, Gilman RH, Smeeth L (2011). Differences in cardiovascular risk factors in rural, urban and rural-to-urban migrants in Peru, disponible en línea. *Heart*, 97(10):787-96.

27. Kivimäki M, Virtanen M, Kawachi I, Nyberg ST, Alfredsson L, Batty GD, et al (2015). Long working hours, socioeconomic status, and the risk of incident type 2 diabetes: a meta-analysis of published and unpublished data from 222 120 individuals, disponible en línea. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 3(1):27-34.

28. Wilmot EG, Edwardson CL, Achana FA, Davies MJ, Gorely T, Gray LJ, et al (2012). Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta-analysis, disponible en línea. *Diabetologia*, 55(11):2895-905.

29. Bhupathiraju SN, Tobias DK, Malik VS, Pan A, Hruby A, Manson JE, et al (2014). Glycemic index, glycemic load, and risk of type 2 diabetes: results from 3 large US cohorts and an updated meta-analysis, disponible en línea. *The American Journal of Clinical Nutrition* 100(1):218-232.

30. La Merrill MA, Cirillo PM, Krigbaum NY, Cohn BA (2015). The impact of prenatal parental tobacco smoking on risk of diabetes mellitus in middle-aged women, disponible en línea. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 10:1-8

31. Baliunas DO, Taylor BJ, Irving H, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, et al (2009). Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis, disponible en línea. *Diabetes Care*, 32(11):2123-32.
32. Valdez "R, Yoon PW, Liu T, Khoury MJ (2007). Family history and prevalence of diabetes in the U.S. population: the 6-year results from the National Health and Nutrition Examination Survey (1999-2004), disponible en línea. *Diabetes Care*, 30(10):2517-22.
33. World Health Organization - International Diabetes Federation (2006). Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia.
34. Mata-Cases M, Artola S, Escalada J, Ezkurra-Loyola P, Ferrer-García JC, Fornos JA, et al (2015). Consenso sobre la detección y el manejo de la prediabetes. Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes, disponible en línea. *Endocrinología y Nutrición*, 62(3):e23-e36.
35. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH (2009). The incidence of comorbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis, disponible en línea. *BMC Public Health*, 9:88.
36. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel (2001). Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III).
37. Shai I, Jiang R, Manson JE, Stampfer MJ, Willett WC, Colditz GA, et al (2006). Ethnicity, obesity, and risk of type 2 diabetes in women: a 20-year follow-up study. *Diabetes Care*, 29(7):1585-90.

38. Asociación Latinoamericana de Diabetes (2013). Guías ALAD sobre el Diagnóstico Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia.
39. Naver KV, Secher NJ, Ovesen PG, Gorst-Rasmussen A, Lundbye-Christensen S, Nilas L (2013). Offspring preterm birth and birth size are related to long-term risk of maternal diabetes. *Eur J Epidemiol*, 28(5): 427-32.
40. Moran LJ, Misso ML, Wild RA, Norman RJ (2010). Impaired glucose tolerance, type 2 diabetes and metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*, 16(4):347-63.
41. Masharani U, German MS (2011). Pancreatic hormones and diabetes mellitus. En DG Gardner, D Shoback (eds.). *Greenspan's Basic and Clinical Endocrinology*, 9th ed., pp. 573–655. McGrawHill. New York.
42. Lozano FS, González-Porras JR, March JR, Lobos JM, Carrasco E, Ros E (2014). Diabetes mellitus and intermittent claudication: a cross-sectional study of 920 claudicants, disponible en línea. *Diabetology and Metabolic Syndrome*, 6(1):21.
43. . Federación internacional de la diabetes. Plan mundial contra la diabetes 2011-2012.
44. Del Castillo R, et al. Guía de práctica clínica en el pie diabético. *iMedPubJournals* Vol. 10 No. 2:1 doi: 10.3823/1211
45. Giacaman J. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital de Ancud. [Tesis]. Chile 2010.

ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TEMA: “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y PIE DIABÉTICO EN PACIENTES DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN ENERO DEL 2019.”

VARIABLE INDEPENDIENTE:			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Adherencia al tratamiento	Si No	Cualitativo – Nominal	Ficha de Recolección de Datos

VARIABLE DEPENDIENTE:			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Pie Diabético	Si No	Cualitativo– Nominal	Ficha de Recolección de Datos

ANEXO Nº2: INSTRUMENTO



TÍTULO: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y PIE DIABÉTICO EN PACIENTES DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN ENERO DEL 2019.

AUTOR: RODRIGUEZ CALLALLI, XIOMARA ISABEL

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (INSTRUMENTO)

Obtener datos de la Historia Clínica del paciente.

Nombre: _____ N° Ficha: _____

Sexo: F () M () Fecha de Nacimiento: _____

Grado de Instrucción: Sin nivel inicial () Primaria () Secundaria ()

Superior no universitario () Superior universitario ()

Tiempo de Enfermedad: _____

Tiempo de tratamiento: _____

Tipo de medicamento:

Comprimidos NO () SI ()

Insulina: NO () SI ()

Ambos NO () SI ()

Pie Diabético: NO () SI () Si la respuesta es SI, completar:

- Hace cuanto tiempo tiene pie diabético: _____
- Grado de Pie Diabético:

Grado 1 () Grado 2 () Grado 3 () Grado 4 () Grado 5 ()

CUESTIONARIO:

Realizar las preguntas al paciente, en presencia del médico de turno

Preguntas	SI	NO
1. ¿Se olvida de tomar alguna vez el medicamento para su Diabetes?		
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
3. Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomarlos?		
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿Deja de tomarlas?		

Test de Morisky-Green

Adherente	SI	NO
Resultado:		

ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: AQUINO DOLORIER SARA
 1.2 Cargo e institución donde labora: DOCENTE - UPSIB
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
 1.5 Autor (a) del instrumento: RODRIGUEZ CALLALI XIOMARA ISABEL

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre la adherencia terapéutica y el pie diabético					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los items.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación entre la adherencia terapéutica y el pie diabético					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los indices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación observacional, analítico, transversal, prospectivo.					85%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Es Aplicable (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima, 29 Enero de 2019

[Firma]
 LIC. SARA GISELA AQUINO DOLORIER
 COESPE 2°

Firma del Experto
 D.N.I N° 02998001
 Teléfono 593083992

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: **DR. LOUIS FLORIAN TUTAYA**
 1.2 Cargo e institución donde labora: **HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA**
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: **FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**
 1.5 Autor (a) del instrumento: **RODRIGUEZ GALLALI Xiomara ISABEL**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					95%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre adherencia terapéutica y pie diabético.					95%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					95%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					75%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación entre la adherencia terapéutica y pie diabético.					95%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación observacional, analítico, transversal, prospectivo.					95%


III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APROBADO (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

95%

Lugar y Fecha: Lima, 29 Enero de 2019


 DR. LOUIS FLORIAN TUTAYA
 PEDIATRA - NEFROLOGO
 C.M.P. 32712 A.M.E. 14773

Firma del Experto

D.N.I. N° 09609458

Teléfono 994676243

ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TEMA: “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y PIE DIABÉTICO EN PACIENTES DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN ENERO DEL 2019.”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General: PG: ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus y el pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019?</p> <p>Específicos: PE 1: ¿Cuál es la relación entre el olvidar la toma de medicamentos y</p>	<p>General: OG: Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus y el pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.</p> <p>Específicos: OE1: Determinar la relación entre el olvido de la toma de</p>	<p>General: HG: La mala adherencia al tratamiento para la Diabetes Mellitus tiene relación con la presencia de pie diabético en pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.</p> <p>Específicos: HE1: El olvido de la toma de medicamentos tiene relación</p>	<p>Variable Independiente: Indicadores: Adherencia al tratamiento</p> <p>Variable Dependiente: Indicadores: Pie diabético</p>

<p>el pie diabético en pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019?</p> <p>PE 2: ¿Cuál es la relación entre la alteración en el horario de la toma de medicamentos y el pie diabético en pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019?</p> <p>PE 3: ¿Cuál es la relación entre la perspectiva de sentirse mejor, suspender la medicación y el pie diabético en pacientes de Endocrinología</p>	<p>medicamentos y el pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.</p> <p>OE 2: Identificar la relación entre la alteración en el horario de toma de medicamentos y el pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.</p> <p>OE 3: Identificar la relación entre la perspectiva de sentirse mejor, suspender la</p>	<p>con la presencia de pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.</p> <p>HE2: La alteración en el horario de la toma de medicamentos tiene relación con la presencia de pie diabético en los pacientes de Endocrinología Del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.</p> <p>HE3: La perspectiva de sentirse mejor y</p>	
---	--	---	--

<p>del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019?</p> <p>PE 4: ¿Cuál es la relación entre la perspectiva de sentirse peor, suspender la medicación y el pie diabético en pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019?</p>	<p>mediación y el pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.</p> <p>OE 4: Identificar la relación entre la perspectiva de sentirse peor, suspender la medicación y el pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.</p>	<p>suspender el medicamento tiene relación con la presencia de pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.</p> <p>HE 4: La perspectiva de sentirse peor suspender el medicamento tiene relación con la presencia de pie diabético en los pacientes de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en Enero del 2019.</p>	
--	---	--	--

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel: Explicativo</p> <p>- Tipo de Investigación: Observacional, analítico, transversal, retrospectivo.</p>	<p>Población: La población del presente estudio será conformada por 530 pacientes que acuden a consultorio externo de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.</p> <p>N = 530</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <p>Todos los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus con más de 3 meses de tratamiento que acuden a consultorio externo de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en enero del 2019.</p> <p>Criterios de exclusión:</p> <p>Pacientes que no deseen participar en el estudio.</p> <p>Pacientes analfabetos.</p>	<p>Técnica: Se acudió a buscar al médico asistente de turno de consultorio de Endocrinología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales para presentarle el proyecto y pedir permiso de acompañarlo en las horas de consultorio, posterior a ello me presente a los pacientes explicándoles en qué consiste la recolección de datos y si aceptaban participar, proseguían a firmar el consentimiento informado, recolectar los datos y realizar la encuesta.</p>

	<p>Pacientes que tengan menos de 3 meses de diagnóstico</p> <p>Pacientes que no tenga diagnóstico de Diabetes Mellitus.</p> <p>Tamaño de muestra: n= 157</p> <p>Muestreo: Aleatorio Simple</p>	<p>Instrumentos:</p> <p>Consta de 3 partes:</p> <p>Consentimiento informado.</p> <p>Ficha de recolección de datos</p> <p>Cuestionario mediante el test de Morisky-Green con alto valor predictivo, un test validado y usado en diferentes enfermedades, consta de 4 preguntas con respuesta dicotómica (si/no) que refleja la conducta del enfermo con respecto a su enfermedad.</p> <p>Se considera un paciente cumplidor si sus respuestas son: NO – SI – NO – NO.</p>
--	---	--

ANEXO N°5: PERMISO PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO



PERU MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

DIRECCIÓN DE APOYO A DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

"Año de la lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

MEMO N° 032 -2019-OF-ADEI-HSEB

A : Srta. Xiomara RODRIGUEZ CALLALLI
Asunto : Autorización para aplicación de instrumento de Proyecto de Investigación
Ref. : Solicitud de fecha 21 de Enero del 2019
Fecha : 21 ENE 2019

Mediante el presente me dirijo a usted, para dar respuesta a su solicitud de la referencia y comunicarle que esta Jefatura luego de revisar su Trabajo de Investigación Titledo: "ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y PIE DIABETICO EN PACIENTES DE ENDOCRINOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, EN ENERO DEL 2019".

Esta Jefatura luego de revisar su Trabajo de Investigación, acepta su solicitud para la realización de su trabajo de Investigación, mediante la aplicación de instrumento.

Atentamente,



HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
DIRECCIÓN DE APOYO A DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
CALLE "CALLE" N° 1001 - PUNTO 1001
PERU 15000

C. E.
Archivo
000P/Sofia

ANEXO N°6: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he sido informado (a) por la Srta. Xiomara Isabel Rodriguez Callalli, egresada de la carrera de Medicina Humana de la “Universidad San Juan Bautista”, quien desarrolla un trabajo de investigación en el consultorio de Endocrinología sobre “ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y PIE DIABÉTICO EN PACIENTES DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN ENERO DEL 2019.”, es por ello que yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo, respondiendo las preguntas que se me realizará.
2. Permito que la Srta. Rodriguez utilice la información sin dar a conocer mi identidad y los utilice con fin que requiera su investigación.
3. Acepto que la Srta. Rodriguez tenga acceso a mi identidad, la cual no será relevada, manteniéndose en anonimato.
4. He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento antes o durante la entrevista.

Firma

Lima, __ de enero del 2019.