



Apego al tratamiento y control de los pacientes diabéticos en la comunidad

Alejandra Amezcua-Macías¹
Federico Leopoldo Rodríguez-Weber²
Enrique Juan Díaz-Greene³

¹ Residente de tercer año de Medicina Interna.

² Jefe de Enseñanza. Profesor adjunto del curso de especialización en Medicina Interna. Hospital Ángeles Pedregal. Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle, México, DF.

³ Profesor titular del curso de especialización en Medicina Interna, Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle, México, DF.

RESUMEN

Objetivos: determinar el grado de apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, así como apego al tratamiento de las comorbilidades asociadas con más frecuencia, como hipertensión arterial sistémica, hiperlipidemia y obesidad; además de identificar las posibles causas de no apego a los tratamientos, realizar el estudio estadístico de los datos, analizar y discutir los resultados arrojados en el estudio.

Material y método: estudio monocéntrico, longitudinal, observacional y analítico efectuado en pacientes mayores de 18 años con diabetes mellitus tipo 2 de más de seis meses de diagnóstico, con o sin comorbilidades, como hipertensión arterial sistémica, hiperlipidemia y obesidad, que acuden a la consulta externa de Medicina Interna de un centro de salud del Distrito Federal. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico menor a seis meses y que tuvieran diagnóstico de comorbilidades que influyeran en el apego al tratamiento, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hiper o hipotiroidismo, enfermedad vascular cerebral, entre otras.

Resultados: se encontraron 22 pacientes diabéticos controlados y 33 pacientes diabéticos no controlados; de los pacientes diabéticos controlados, 11 tenían buen apego, 4, regular apego y 7, mal apego al tratamiento. De los 33 pacientes diabéticos no controlados, 10 tenían buen apego, 18, regular apego y 5, mal apego al tratamiento; el factor económico fue la principal causa de mal apego al tratamiento.

Conclusión: de acuerdo con las metas establecidas (control glucémico bueno: < 110, regular: 110-140 y malo: > 140), encontramos que algunos de los pacientes alcanzaron las metas sin tener un adecuado apego al tratamiento; sin embargo, son la minoría, porque el grueso de nuestra población controlada permaneció con regular y buen apego al tratamiento.

Palabras clave: apego al tratamiento, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, hiperlipidemia.

Recibido: 6 de febrero 2015

Aceptado: 24 de abril 2015

Correspondencia: Dr. Federico L Rodríguez Weber
fweber@saludangeles.com

Este artículo debe citarse como

Amezcua-Macías A, Rodríguez-Weber FL, Díaz-Greene EJ. Apego al tratamiento y control de los pacientes diabéticos en la comunidad. Med Int Méx 2015;31:274-280.



Treatment adherence and control of diabetic patients at community

ABSTRACT

Objectives: To determine the degree of adherence to the treatment in patients with diabetes type 2 as well as the adherence to the treatment of the comorbidities most frequently associated, such as arterial hypertension, hyperlipidemia and obesity; to identify the possible causes of noncompliance to the treatments, to make statistical treatment of the data, to analyze and to discuss the results of the study.

Material and method: A monocentric, longitudinal, observational and analytical study was made in patients older than 18 years, with diabetes mellitus type 2 with more than six months of diagnosis with or without comorbidities, such as arterial hypertension, hyperlipidemia and obesity, that assisted to external consultation of Internal Medicine of a health center in Mexico City. Patients with diagnosis lower than six months were excluded, as well as those with co-morbidities that influence the adherence to the treatment, such as chronic obstructive pulmonary disease, hyper-hypothyroidism and cerebral vascular disease, among others.

Results: Twenty-two controlled patients and 33 not-controlled patients were included; of the diabetic controlled patients, 11 had good adherence, 4 had regular adherence and 7 had bad adherence to the treatment; of the 33 diabetic not-controlled patients, 10 had good adherence, 18 had regular adherence and 5 had bad adherence to the treatment, being the main cause of noncompliance the economic factor.

Conclusions: According to established goals, we found that some patients reached the goals without having a proper adherence to treatment; however, those patients represent the minority, because most patients had regular and good adherence to treatment.

Key words: adherence to treatment, diabetes mellitus type 2, systemic high blood pressure, hyperlipidemia.

ANTECEDENTES

Desde el decenio de 1980 y principios de 1990 se ha resaltado la importancia del apego a los tratamientos, entendiendo esto como la conducta del paciente que coincide con la indicación médica prescrita en relación con la forma y tiempos de administrar los medicamentos, las dietas y los cambios en el estilo de vida.¹ Este

fenómeno de falta de apego al tratamiento puede ocurrir en pacientes con padecimientos agudos o crónicos, el problema es más evidente en los tratamientos a largo plazo.^{2,3} Existe mucha experiencia en este tema en pacientes con tuberculosis, entre las causas del mal apego destacan: desconocimiento de la enfermedad, mala relación con el médico, tiempos de consulta muy pequeños, escolaridad baja, situación

económica, intolerancia al medicamento, uso de tratamientos alternativos, etcétera.⁴⁻¹⁰ La falta de apego a los tratamientos repercute en el escaso o nulo control de las enfermedades,^{11,12} lo que favorece la aparición de complicaciones, así como en términos económicos; por ejemplo, se calcula que más de 10% de las hospitalizaciones es por esta causa.¹³⁻¹⁵

Conocer el grado de apego al tratamiento se ha convertido en una necesidad para los servicios de salud en México y en el mundo. En la bibliografía científica mexicana existe una cantidad importante de información en cuanto a cumplimiento, apego y prescripción de medicamentos, lo que nos permite inferir acerca de los algoritmos de tratamiento y políticas de salud.^{5,16-18}

Sin embargo, no se encontraron estudios que relacionen el efecto de la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica e hiperlipidemia en el apego al tratamiento cuando aparecen como comorbilidades. Esta situación es la realidad clínica de un gran porcentaje de la población mexicana.

Por lo anterior, en este estudio se busca determinar el grado de apego al tratamiento medicamentoso en pacientes que acuden al centro de salud Ángel de la Garza Brito, en la Ciudad de México, con diabetes mellitus tipo 2 como diagnóstico principal, con hipertensión arterial sistémica o hiperlipidemia como comorbilidades.

La aparición de comorbilidades en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el centro de salud referido genera una disminución significativa en el apego al tratamiento. Por ello, el objetivo de este estudio es determinar el grado de apego al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, así como el grado de apego al tratamiento de las comorbilidades asociadas con más frecuencia (hipertensión arterial sistémica e hiperlipidemia), identificar las posibles causas de no apego a los

tratamientos, realizar tratamiento estadístico de los datos y analizar y discutir los resultados encontrados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio monocéntrico, longitudinal, observacional y analítico de apego al tratamiento contra la diabetes mellitus tipo 2. Se reclutaron pacientes mayores de 18 años, con diabetes mellitus tipo 2 de más de seis meses de diagnóstico con o sin comorbilidades, como hipertensión arterial sistémica e hiperlipidemia, que acuden a la consulta externa de Medicina Interna del centro de salud Ángel de la Garza Brito. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico menor a seis meses y que tuvieran comorbilidades que influyeran en el apego al tratamiento, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hiper o hipotiroidismo o enfermedad vascular cerebral, entre otras. Se consideraron todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y acudieron a consulta en el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2012 y el 30 de septiembre de 2012, con un total de 75 pacientes. Las variables generales del estudio fueron: género, edad, enfermedad concomitante, grado de actividad física e índice de masa corporal. Estas variables se determinaron a través de la revisión del expediente clínico y se corroboraron al consultar al paciente. Con esta información se realizó una base datos y se hizo una descripción estadística de la misma.

El grado de apego al tratamiento se determinó mediante la autoinformación. Se realizó una entrevista personalizada para cada caso, en la que el paciente informó al médico tratante el grado de cumplimiento que le había dado al tratamiento. Los sujetos respondieron a las preguntas: ¿en qué porcentaje cree usted que cumplió con el tratamiento establecido durante el último mes?; ¿considera usted su apego al tratamiento como malo, regular o



bueno?, ¿qué factores considera importantes para no continuar con el tratamiento durante el tiempo establecido?

Se consideró excelente apego al tratamiento cuando se cumplió con 80% o más de éste; apego regular cuando se cumplió entre 60 y 80% y no apego con menos de 60%. La medición del avance y control de la enfermedad se realizó a través de pruebas de laboratorio y exámenes físicos, como lo estipulan las diferentes guías de práctica clínica en México y el mundo;⁶⁻⁸ entre ellas: hemoglobina glucosilada (HbA1c), glucosa sérica, presión arterial sistémica y colesterol y triglicéridos séricos.

Alternativas terapéuticas

De acuerdo con el catálogo básico de medicamentos del centro salud Ángel de la Garza Brito, se contemplaron como tratamientos los siguientes:

Diabetes mellitus tipo 2: biguanida (metformina), sulfonilureas (glibenclamida) e insulina NPH.

Hipertensión arterial sistémica: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (captopril o enalapril); calcioantagonistas (nifedipino).

Dislipidemias: fibratos (bezafibrato), estatinas (pravastatina).

Determinación del grado de polifarmacia: se consideraron sin polifarmacia los pacientes con sólo un medicamento; polifarmacia menor: dos o tres medicamentos, moderada: cuatro o cinco medicamentos y mayor cuando se administraban más de cinco medicamentos.¹⁸

Recolección y manejo de datos

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados obtenidos en la investigación. De acuerdo con las metas de control glucémico a la luz de la

evidencia actual, se estableció como bueno: <110 mg/dL, regular: 110-140 mg/dL y malo: >140 mg/dL. De acuerdo con las metas de hipertensión, la respuesta al tratamiento con antihipertensivos se estableció como buena: <140/90 mmHg, regular: 140/90-160/95 mmHg y mala: $\geq$ 160/95 mmHg. El control de cifras de colesterol en dislipidemia se estableció como bueno: <200 mg/dL, regular: 200-239 mg/dL y malo: $\geq$ 240 mg/dL.⁵ Asimismo, se valoró el apego al tratamiento de hipertensión, hiperlipidemia, dieta y actividad física, y se verificó el control mediante los exámenes que habitualmente realiza el centro de salud para este fin. Se registró el motivo en el caso de no apego al tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 75 pacientes, de los que 63 eran mujeres, el intervalo de edad fue de 42 a 88 años y la edad media fue de 63 años (± 10.4). El intervalo de edad más frecuente fue de 60 a 69 años, con 22 de 75 pacientes, seguido por el grupo de 50 a 59 años, con 16 de 75 pacientes.

Para el análisis, se eliminaron 20 pacientes por no tener estudios de laboratorio.

Se encontraron 22 pacientes diabéticos controlados y 33 no controlados; de los pacientes diabéticos controlados, 11 tenían buen apego al tratamiento, 4, regular apego y 7, mal apego al tratamiento. De los 33 pacientes diabéticos no controlados, 10 tenían buen apego, 18, regular apego y 5, mal apego al tratamiento; el factor económico fue la principal causa de mal apego (Figura 1).

La hipertensión arterial sistémica fue la comorbilidad más frecuente, en 42 de 55 pacientes, seguida de la dislipidemia, en 36 de 55 pacientes.

La glucosa en ayuno fue mayor en los hombres, con una cifra promedio de 199 mg/dL y en las

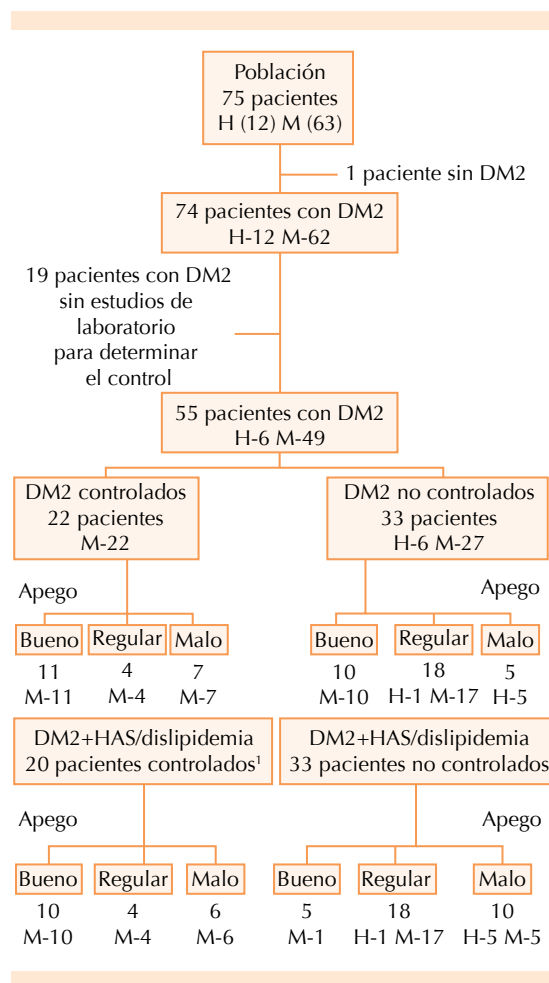


Figura 1. Variables clínicas y demográficas de la población estudiada.

H: hombres; M: mujeres; DM2: diabetes mellitus 2; HAS: hipertensión arterial sistémica; 1: únicamente 20 pacientes con diabetes + HAS/dislipidemia; 2: únicamente con diabetes mellitus 2.

mujeres de 144 mg/dL, con diferencia significativa; las cifras de hemoglobina glucosilada fueron, en promedio, mayores en los hombres, con 8.1 y en las mujeres de 7.7, sin diferencia significativa.

De los 55 pacientes, 52 estaban con polifarmacia; de éstos, 21 tenían polifarmacia menor (dos o tres medicamentos) y 31 tenían polifarmacia moderada (cuatro o cinco medicamentos); nin-

guno de los pacientes tenía prescritos más de cinco medicamentos. En promedio, por paciente se prescribieron 3.4 (± 1.2) medicamentos.

Se encontraron 56 pacientes con hipertensión arterial sistémica, 43 controlados y 13 no controlados. De los 43 pacientes hipertensos controlados, 19 tenían buen apego, 14, apego regular y 10, mal apego al tratamiento. De los 13 pacientes hipertensos no controlados, 4 tenían buen apego, 4, apego regular, y 5, mal apego al tratamiento; el factor económico fue la principal causa de mal apego (Figura 2).

Se encontraron 47 pacientes con dislipidemia, 36 de ellos controlados y 9 pacientes no controlados. De los 47 pacientes con dislipidemia controlados, 16 tenían buen apego, 11, apego regular y 9, mal apego al tratamiento. De los 9 pacientes con dislipidemia no controlados, 2 tenían buen apego, 3, apego regular y 4, mal apego al tratamiento; el factor económico fue la principal causa de mal apego (Figura 3).

CONCLUSIONES

De acuerdo con las metas previamente establecidas (control glucémico bueno: < 110 , regular: 110-140 y malo: > 140 mg/dL), encontramos que algunos de los pacientes alcanzaron las metas sin tener un adecuado apego al tratamiento; sin embargo, son la minoría, porque el grueso de la población controlada permaneció con regular y buen apego al tratamiento.

Asimismo, observamos que a pesar de referir un adecuado apego al tratamiento, no se lograban las metas en un número considerable de pacientes; esto quizá sea consecuencia de que el concepto de apego implica la colaboración activa y consciente con el plan de cuidado de la salud e incorpora las creencias y actitudes del paciente como factores relevantes para ser tomados en cuenta; entre ellos están la planificación

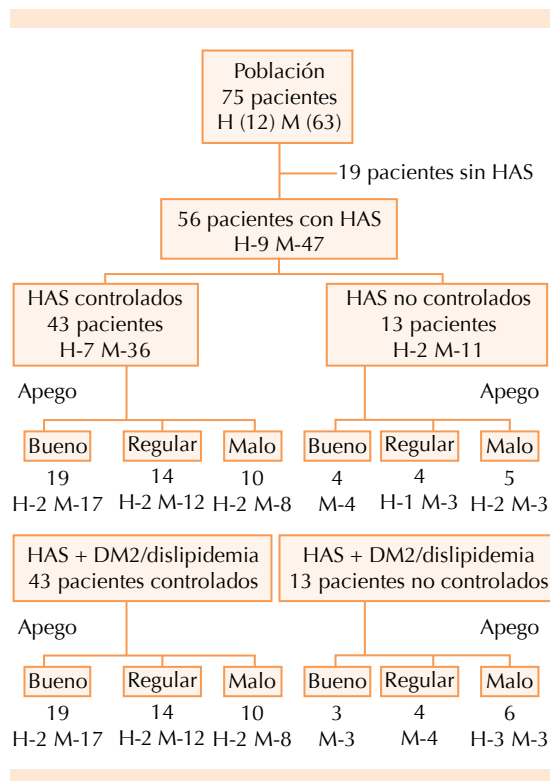


Figura 2. Variables clínicas y demográficas de la población con hipertensión arterial sistémica. H: hombres; M: mujeres; DM2: diabetes mellitus 2; HAS: hipertensión arterial sistémica.

y mantenimiento del tratamiento, asistencia a las consultas de control, la prescripción adecuada de la medicación y quizá más relevante, la modificación del estilo de vida (dieta, ejercicio, abandono de hábitos nocivos). El cumplimiento de las indicaciones médicas es fundamental para la recuperación y mantenimiento de la salud del paciente. Esto sucedió de manera similar en la población hipertensa y con dislipidemia; información que podemos analizar con mayor detenimiento en las Figuras 2 y 3.

La falta de apego a los tratamientos tiene un elevado costo social, económico y laboral, porque se ha observado que los niveles más bajos de apego al tratamiento lo muestran los pacientes

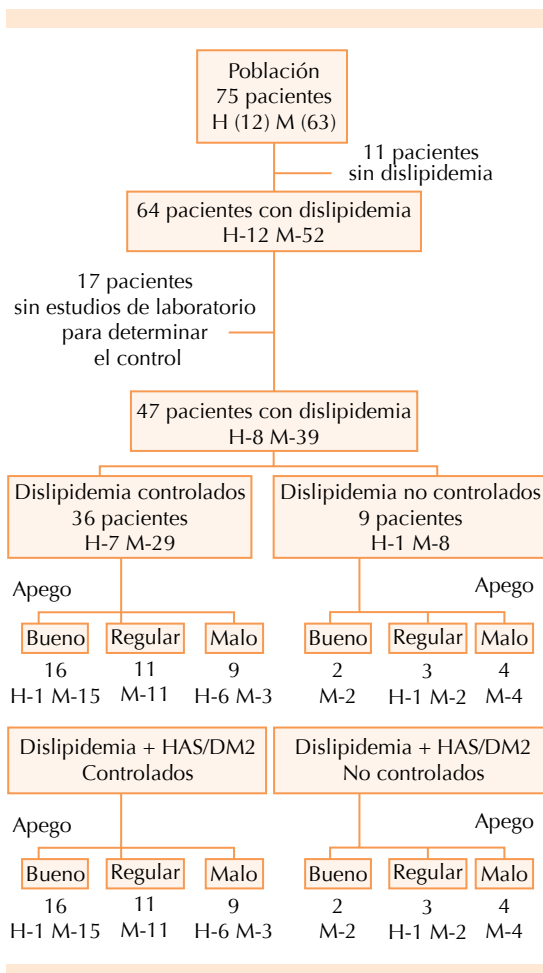


Figura 3. Variables clínicas y demográficas de la población con dislipidemia. H: hombres; M: mujeres; DM2: diabetes mellitus 2; HAS: hipertensión arterial sistémica.

con enfermedades crónicas que no generan un riesgo potencial y no producen mayores síntomas; y de alguna manera, estos padecimientos requieren mayores cambios en el estilo de vida.

La mayor parte de las intervenciones que mejoran el apego al tratamiento consiste en estimular al paciente a tomar parte activa en el cuidado de su salud; si tomamos en cuenta que el factor económico es el principal factor de desapego en nuestra población y al observar un mayor

grado de apego en los pacientes hipertensos, podríamos hacer las siguientes recomendaciones para incrementar el grado de apego: escuche a su paciente; siempre que sea posible pídale que repita lo que tiene que hacer, redacte sus indicaciones tan simple como sea posible, genere instrucciones claras acerca del tratamiento exacto, preferentemente por escrito, indique regímenes que tomen en cuenta la rutina diaria del paciente, insista en la importancia del apego al tratamiento en cada visita, reconozca en cada consulta los esfuerzos realizados por el paciente para cumplir con el tratamiento e integre a un familiar cercano al tratamiento.

Hay que recordar la tarea fundamental del médico para contribuir al cambio de conductas del paciente por medio de intervenciones simples en la atención primaria.

REFERENCIAS

1. Durán Varela BR, Rivera Chavira B, Franco Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Méx* 2001;43:233-236.
2. Mejía J, Carmona F. Abandono al tratamiento antituberculoso. Factores asociados. *Rev Med Inst Seguro Soc* 1995;33:481-485.
3. Martínez MC, Guisasafré H, Muñoz O, Gutiérrez G. Análisis del cumplimiento del tratamiento en los esquemas terapéuticos utilizados. *Arch Invest Med Mex* 1988;19:409-417.
4. Mason B, Matsuyama J, Jue S. Adherence consistency across treatment regimens. *Latters Diabetes Care* 1994;44:235-240.
5. Ortiz-Domínguez ME, Garrido-Latorre F, Orozco R, Pineda-Pérez D, Rodríguez-Salgado M. Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud. *Salud Pública Méx* 2011;53:436-444.
6. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2013, *Diabetes Care*, Volume 36, Supplement 1, January 2013, The JNC 7 Report. *JAMA* 2003;289:2560-2572, Adult Treatment Panel III (ATP III). *JAMA* 2001;285:2486-2497.
7. The JNC 7 Report. *JAMA* 2003;289:2560-2572.
8. Adult Treatment Panel III (ATP III). *JAMA* 2001;285:2486-2497.
9. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT).
10. World Health Organization, diabetes mellitus fact sheet, 2002;238. [Accessed august 13, 2006].
11. Kuo YF, Raji MA, Markides KS, Ray LA, et al. Inconsistent use of diabetes medications, diabetes complications, and mortality in older Mexican Americans over a 7-year period: data from the Hispanic established population for the epidemiologic study of the elderly. *Diabetes Care* 2003;26:3054-3060.
12. van Bruggen R, Gorter K, Stolk RP, Zuithoff P, et al. Refill adherence and polypharmacy among patients with type 2 diabetes in general practice. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009;18:983-991.
13. Turner RC, Cull CA, Fright V, Holman RR, for the UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Glycemic control with diet, sulfonylurea, metformin or insulin in patients with type 2 diabetes mellitus: progressive requirement for multiple therapies. *JAMA* 1999;281:2005-2012.
14. Yusuff KB, Obe O, Joseph BY. Adherence to antidiabetic drug therapy and self management practices among type-2 diabetics in Nigeria. *Pharm World Sci* 2008;30:876-883.
15. Flores HS, et al. Diabetes en adultos; urgente mejorar la atención y el control. INSP. ENSANUT 2012.
16. Vázquez F, Arreola F, Castro G, Escobedo J, y col. Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 1994;32:267-270.
17. Narayan KM, Boyle JP, Geiss LS, Saaddine JB, Thompson TJ. Impact of recent increase in incidence on future diabetes burden: U.S., 2005-2050. *Diabetes Care* 2006;29:2114-2116.
18. Egede LE, Gebregziabher M, Dismuke CE, Lynch CP, et al. Medication nonadherence in diabetes longitudinal effects on costs and potential cost savings from improvement: *Diabetes Care* 2012;35:2533-2539.