

Adherencia terapéutica en personas con Diabetes Mellitus 2 en un hospital de Corrientes, Argentina.2023-2024.

Horna María E, Fa Arias Joaquina, Hartman Isabel, Pomares Damián, Rocha María T, Morales Sergio D, Espinosa Marcos, dos Santos Antola Lorena

ISSN IMPRESO 2954-4327. ISSN ELECTRÓNICO 2992-7277
<https://dx.doi.org/10.58713/rf.v2i7.2> Ciudad de México

Resumen

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una epidemia mundial que presenta escaso cumplimiento del tratamiento. **Objetivo:** Evaluar la adherencia terapéutica en personas con DM2 que asistieron a un Hospital de referencia. Ciudad de Corrientes, noviembre 2023- abril 2024. Estudio observacional, descriptivo-correlacional, de corte transversal. Estudio de utilización de medicamentos, de tipo pauta terapéutica. Se incluyeron personas con diagnóstico de DM2, edad mayor o igual a 16 años, concurrentes al servicio de Clínica Médica de dicho hospital. Variables: sexo, edad, máximo nivel de instrucción, relación médico-paciente, existencia de redes de contención social, accesibilidad al hospital, tratamiento farmacológico (antidiabéticos orales, insulina o combinado), tratamiento no farmacológico, cumplimiento del tratamiento indicado. Se evaluó la posible asociación estadística de estas variables con el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Se analizaron 172 respuestas: edad media: 54 años $\pm$ 9, rango etario de variación 28 a 81 años. El 57% correspondieron al sexo femenino. Según la prueba de Morinsky-Green incluida en el cuestionario se los clasificó en: cumplidores (57%) y no cumplidores (43%). En relación con el tratamiento no farmacológico: 98% consumió frutas y verduras (33% lo hacían con una frecuencia de todos los días) y 82% realizó actividad física (44% de 1-3 días por semana y 47% con una duración de 30-60 minutos). Se evidenció elevada frecuencia de personas con DM2 que no cumplía con el tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado. En relación con los posibles factores asociados a la adherencia, se detectó menor cumplimiento a las terapias con antidiabéticos orales comparada con insulina o terapia combinada ($p<0,005$).

Palabras Clave:

Diabetes Mellitus tipo 2- adherencia- terapéutica-farmacológica-estilos de vida.

Abstract

Type 2 Diabetes Mellitus (DM2) is a global epidemic that has a poor treatment adherence. **Objective:** To evaluate therapeutic adherence in people with DM2 who attended at a reference Hospital. Corrientes city, November 2023 - April 2024. Observational, descriptive- correlational, cross-sectional study. Drug utilization study, of a therapeutic regimen type. People diagnosed with DM2, aged 16 years or older, who attended the medical clinic service of the mentioned hospital were included. Variables: sex, age, highest level of instruction, doctor-patient relationship, existence of social support networks, hospital accessibility, pharmacological treatment (oral antidiabetics, insulin or combined), non-pharmacological treatment, compliance with the indicated treatment. The possible statistical association of these variables with compliance with pharmacological treatment was also evaluated. 172 responses were analyzed: average age 54.5 years $\pm$ 9, age range 28 to 81 years. 57% were female, According to the Morinsky-Green Test included in the questionnaire, they were classified as: compliant (57%) and non-compliant (43%). In relation to non-pharmacological treatment: 98% consumed fruits and vegetables (33% did so with a frequency of every day) and 82% performed physical activity (44% 1-3 days a week and 47% for 30-60 minutes). A high frequency of people with T2DM who did not comply with the indicated pharmacological and non-pharmacological treatment was evident. Regarding possible factors associated with adherence, lower compliance with oral antidiabetic therapies was detected compared to insulin or combined therapy ($p<0,005$).

Key words:

Diabetes Mellitus type 2- adherence- therapeutic-pharmacological-lifestyles.

JTP de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste.

*Autor de correspondencia. Email: eugeniahorna@med.unne.edu.ar

María Eugenia Horna ORCID <https://orcid.org/0009-0000-2596-5755>, Joaquina Fa Arias ORCID <https://orcid.org/0009-0001-3122-2744>, Isabel Hartman ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9705-3130>, María Teresa Rocha ORCID <https://orcid.org/0000-0003-4611-0523>, Sergio Daniel Morales ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5150-0003> y Lorena dos Santos-Antola ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3666-6202>.

Introducción

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica frecuente en todo el mundo, considerada la epidemia del siglo XXI y un problema de salud pública debido a sus complicaciones crónicas y agudas. Su aparición está relacionada con el rápido aumento del sobrepeso y la obesidad a nivel mundial, favorecidos por una alimentación inadecuada, el sedentarismo y una actividad física insuficiente, sumado al crecimiento y envejecimiento de la población a nivel global. Representa uno de los padecimientos crónicos que requiere tratamientos a largo plazo y una adherencia al mismo lo suficientemente buena para lograr una adecuada evolución y control metabólico.

En el mundo 351,7 millones de personas en edad activa (20-64 años) tienen diabetes diagnosticada o sin diagnosticar ⁽¹⁾. Se prevé que este número aumente de 417,3 millones para 2030 y a 486,1 millones para 2045⁽¹⁾. En el año 2000, en Latinoamérica, existía un total de 19 millones (54%) de pacientes con DM2; las proyecciones indican que en 2025 esta cifra ascenderá a 64 millones a nivel mundial, de las cuales 40 millones (62%) corresponderán a América Latina y el Caribe ⁽²⁾.

En Argentina, según la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo la prevalencia de diabetes o glucemia elevada por autorreporte aumentó de 9,8% (2013) a 12,7% (2018) ⁽³⁾.

La DM2, es una de las principales causas de invalidez, debido a complicaciones relacionadas entre las que se incluyen: accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de miembros inferiores, ceguera, daño neurológico y muerte prematura y es considerada como una de las enfermedades crónicas con alta tasa de fracaso terapéutico y baja adherencia al tratamiento ^(4,5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la elevada magnitud que presentan las deficiencias en la adherencia al tratamiento, así como sus repercusiones para la salud de la población y considera que su atención debe ser una estrategia de trabajo priorizada por los sistemas de salud, los científicos e investigadores de las disciplinas de las ciencias de la salud ⁽⁶⁾. En 1975 se introdujo el término “compliance”

en la literatura médica de origen anglosajón para referirse al acatamiento o seguimiento que hacen los pacientes de la prescripción médica. Los franceses por su parte prefieren utilizar la palabra “observance” como término más incluyente, pues no sólo se refiere a la actitud de cumplimiento del paciente frente a la prescripción o fórmula médica, sino también a las creencias, percepciones, hábitos y comportamiento respecto a las recomendaciones y órdenes médicas ⁽⁷⁾.

La OMS promueve la definición de “adherencia terapéutica” como “el grado en que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”⁽⁶⁾. Previamente se han utilizado indistintamente los términos “cumplimiento o compliance” y “adherencia” para hacer referencia a la puesta en práctica o a la ejecución de las recomendaciones de salud y/o terapéuticas. Sin embargo, hablar de cumplimiento refleja una conducta meramente pasiva (por parte del paciente) o activa (por parte del médico y/o personal sanitario), dando así importancia o “culpando” sólo a una de las dos partes. Por otro lado, el término adherencia es mucho más amplio ya que implica una diversidad de conductas, siendo considerada como un fenómeno múltiple y complejo y refiriéndose al grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente.

Por lo tanto, engloba responsabilidad de las “dos partes” (paciente y médico), donde resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico para crear una adecuada comunicación que facilite la toma de decisiones compartidas ⁽⁸⁾.

Teniendo en cuenta el enfoque de la OMS, que resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del profesional sanitario, la evaluación de la adherencia debe incluir no solo la toma de los medicamentos en los horarios y dosis prescritas por el médico tratante, sino también la asistencia a las citas de control en los servicios de salud, la realización de exámenes médicos y el logro de estilos de vida saludables, que incluyen la práctica de actividad física regular, alimentación saludable. Dentro de

las conductas del paciente consideradas en esta definición se incluye aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continua las indicaciones del mismo, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables; que abarcan desde una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente ⁽⁶⁾.

En los países desarrollados, las tasas de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas se sitúan alrededor del 50% (uno de cada dos pacientes), aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología; esta cifra es considerablemente menor en los países en vías de desarrollo. Por lo anterior, se concluye que la falta de adherencia al tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, lo que convierte a la adherencia terapéutica en uno de los aspectos fundamentales para el manejo de las enfermedades cardiometabólicas, como la DM2 ⁽⁷⁾. Constituye un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. Entre estas se encuentran la falta de respuesta terapéutica generadora de retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, la valoración errónea de la efectividad real del tratamiento con un aumento o disminución innecesario del número de dosis; el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos que acrecientan el riesgo de la aparición de efectos adversos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento ⁽⁸⁾.

La OMS refiere que existen múltiples factores intervinientes en la adherencia y que uno de ellos es el trato que el paciente recibe de los profesionales de la salud ^(6,9).

Con relación a los factores intervinientes en la adherencia terapéutica existen múltiples factores como los socioeconómicos, los relacionados con la atención médica, con la enfermedad o condición del paciente, con el tratamiento y con la autonomía del paciente.

La existencia de una red de contención o apoyo social constituye un pilar fundamental y es

definida como el conjunto de relaciones familiares y no familiares que brindan algún tipo de ayuda: emocional, práctica, económica, compañía o consejo/guía. De acuerdo con Sluzki (1996) el apoyo emocional supone compartir sentimientos profundos e íntimos. Las relaciones que brindan este tipo de apoyo involucran la confianza, así como el sentirse escuchado y comprendido ⁽¹⁰⁾.

Otros de los factores posiblemente relacionados a la adherencia es la característica de la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes; ésta es considerada una de las principales influyentes, ya que cuando los pacientes reciben información sobre el tratamiento tienden a adherirse más fácilmente, que cuando el médico les explica solamente su enfermedad ⁽¹¹⁾. Los pacientes también pueden frustrarse si no se recaban ni tienen en cuenta sus preferencias respecto de las decisiones terapéuticas ⁽⁶⁾.

Otros aspectos, que estimulan de manera activa al paciente en su cumplimiento son la cooperación con el médico en la instauración del régimen terapéutico, la discusión y el acuerdo entre ambos con respecto a todo lo que concierne al tratamiento ⁽¹²⁾.

Según enuncia la OMS, "En los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50 %, y resulta mucho menor en los países en desarrollo. La repercusión de la adherencia terapéutica deficiente crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica en el mundo" ⁽⁶⁾. En este punto resulta relevante remarcar la transición demográfica que experimenta la población mundial hacia el envejecimiento, que favorece el aumento de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), a lo que no escapa el territorio de la América Latina y el Caribe.

Es importante destacar la relación del envejecimiento con la adherencia terapéutica ya que las personas de mayor edad presentan habitualmente más de una enfermedad crónica por lo que se ven precisados a enfrentar tratamientos complejos de larga duración ⁽¹³⁾.

Dentro de las barreras interpersonales, se incluye la falta de apoyo familiar o fisioterapéutico como factor de relevante impacto en la calidad de vida de los enfermos crónicos, en la vulnerabilidad al

estrés, el ajuste y aceptación de la enfermedad y otros aspectos del proceso salud enfermedad ⁽⁹⁾.

En México, un estudio sobre adherencia a hipoglucemiantes en pacientes diabéticos demostró que el 80% de la población fue adherente al tratamiento farmacológico, pero sólo el 19% de los pacientes presentaron un índice de masa corporal (IMC) normal, el 40% sobrepeso y 41% algún grado de obesidad. El 96% contestó que su familiar le ayuda a seguir las recomendaciones médicas ⁽¹⁴⁾.

En Argentina, según la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2018), el 52,6% de los pacientes diabéticos o con glucemia elevada por auto reporte habían recibido algún tipo de tratamiento en las últimas dos semanas. En dicha encuesta se evidenció que el 24,8% cumplía el tratamiento farmacológico, 22,5% sólo dieta y 52,7% tratamiento combinado ⁽³⁾.

Otro estudio realizado en Argentina para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con DM2 en 8 regiones del país, demostró una adherencia general del 61,71%. Los resultados de adherencia encontrados se asemejan a otros países en desarrollo. Asimismo, al relacionar la adherencia con el tipo de tratamiento recibido, se detectó mayor adherencia al monitoreo en las terapias con insulina, y menores para dieta, ejercicio y solo uso de antidiabéticos orales ⁽¹⁵⁾.

Para conocer el grado de adherencia al tratamiento en una comunidad son de utilidad los Estudios de Utilización de Medicamentos (EUM). Los EUM se definen como los estudios que analizan la comercialización, distribución, prescripción y uso de fármacos en una sociedad, haciendo énfasis especial en las consecuencias médicas, económicas y sociales de este uso. Entre los estudios de la pauta o esquema terapéutico se incluyen aquellos que tienen como objeto de estudio al cumplimiento o adherencia al tratamiento ^(16,17).

Para valoración de la adherencia auto comunicada por parte del propio paciente o su cuidador existen métodos indirectos basados en cuestionarios validados o pruebas. Estas pruebas, generalmente, han sido validadas frente a otras medidas (como el recuento de comprimidos). Es el método más utilizado y tienen como ventajas la sencillez, la facilidad de aplicación en la práctica clínica diaria (tanto en la consulta médica o de

enfermería y el bajo coste ⁽¹⁷⁾. No existe un “patrón de oro” para medir la adherencia y que, aunque se han aplicado variedad de estrategias, todas tienen inconvenientes para evaluar los comportamientos de adherencia terapéutica ⁽⁹⁾.

Es de fundamental importancia el conocimiento de la adherencia al tratamiento de las personas que cursan esta enfermedad crónica, así como de la posible asociación de variables que pudieran influir en la misma, con la finalidad de establecer estrategias inteligentes, dirigida a objetivos concretos y a corto plazo que puedan optimizar el manejo adecuado de la patología.

Objetivo general

Evaluar la adherencia al tratamiento y los factores que puedan influir en la misma en personas con DM2 que asisten a un Hospital de referencia de la ciudad de Corrientes, período 2023-2024.

Objetivos específicos

Determinar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con DM2.

Analizar el cumplimiento del tratamiento farmacológico según edad, sexo, nivel de instrucción, accesibilidad al centro asistencial, relación médico-paciente y existencia de redes de contención social y el tratamiento farmacológico indicado.

Establecer la asociación entre variables sociodemográficas, accesibilidad al centro asistencial, relación médico-paciente, existencia de redes de contención social con el cumplimiento del tratamiento farmacológico indicado.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo-correlacional, de corte transversal. Se trata de un EUM y dentro de su clasificación es sobre pauta o esquema terapéutico, según el elemento principal que se pretende abordar ^(16,17).

Población: En el período de 18 meses las consultas ambulatorias en el servicio de clínica médica fueron de 2155 pacientes, con un promedio de 120 consultas/mes.

Criterios de Inclusión: personas que aceptaron participar del estudio, con diagnóstico de DM2, con edad mayor o igual a 16 años, que concurrieron al servicio de Clínica Médica de un Hospital de referencia de la ciudad de Corrientes, período noviembre 2022-abril 2024.

Cálculo del tamaño muestral: Teniendo en cuenta una proporción esperada del 62% de falta de adherencia, el nivel de confianza deseado (95%) y el error máximo permitido⁽⁵⁾ el total de la muestra se estimó en 138 pacientes con DM2⁽¹⁵⁾.

Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario semiestructurado, diseñado ad-hoc que incluía las siguientes variables: sociodemográficas (sexo, edad, máximo nivel de instrucción), relación médico-paciente, existencia de redes de contención social, accesibilidad al centro asistencial, tratamiento farmacológico (antidiabéticos orales, insulina o combinado) y tratamiento no farmacológico indicado, cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado.

Variables:

-Sexo: femenino/masculino

-Edad: en años cumplidos

-Máximo nivel de instrucción: primario incompleto (de 6 años de estudio), Primario completo (de 6 años a 8 años de estudio), Secundario completo ($\geq$ a 12 años de estudio o más), Terciario completo ($\geq$ a 15 años de estudio), Universitario completo ($\geq$ a 16 años de estudio).

-Relación médico-paciente: se tuvo en cuenta una escala tipo likert validada por Ballesteros Pérez y cols. (18). Se adaptó al presente trabajo en forma numeral: buena (valores de 4 y 5), regular (valor de 3), mala (valores de 1 y 2). La distribución de los valores equivale a: 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = opción neutral, 4 = en acuerdo, 5 = totalmente de acuerdo.

-Existencia de redes de contención social: si/no

Se consideró red de contención social al conjunto de relaciones familiares y no familiares que brindan algún tipo de ayuda: emocional, práctica, económica, compañía o consejo/guía⁽¹⁰⁾.

-Accesibilidad al centro asistencial: considerada como el tiempo de distancia y medios de transporte disponibles para llegar al lugar. Se consideró como buena (tiempo menor a 30 minutos de distancia al centro asistencial y con medios de transporte público disponible para llegar al hospital) o mala (tiempo mayor a 30 minutos de distancia al centro asistencial y sin medio de transporte público para llegar al hospital).

-Prescripción de tratamiento farmacológico: sí/no

-Tipo de tratamiento farmacológico indicado: antidiabéticos orales solos, insulina sola, tratamiento combinado (antidiabéticos orales de diferentes grupos farmacológicos y asociados o no a insulina)

-Cumplimiento del tratamiento farmacológico: se evaluó mediante la prueba de Morisky Green, que consiste en cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí/no que permite clasificar al paciente en cumplidor o no cumplidor⁽⁸⁾.

En relación con el cumplimiento del tratamiento farmacológico las preguntas fueron las correspondientes a la prueba validada de Morisky Green. La misma consta de 4 preguntas sencillas de respuesta dicotómica (sí o no) sobre sus actitudes ante la medicación. Si las actitudes no son correctas, se asume que el paciente no es adherente al tratamiento⁽¹⁹⁾.

Las preguntas incluidas la prueba consideraron:

- 1) si el paciente olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad
- 2) si el paciente toma los medicamentos a las horas indicadas
- 3) si el paciente cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
- 4) si el paciente alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomar la medicación?

Se consideró que el paciente era adherente al tratamiento si responde correctamente a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/No⁽²⁰⁾.

Actualmente existe una prueba denominada Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS4). Ha sido validada en una gran variedad

de patologías crónicas y poblaciones como: hipertensión, diabetes, dislipemia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cardiovascular y en pacientes mayores con patologías crónicas. La versión española fue validada por Val Jiménez y colaboradores en una cohorte de pacientes hipertensos ⁽¹⁹⁾.

-Cumplimiento del tratamiento no farmacológico: sí/no

-Tipo de alimentos y bebidas consumidas

-Periodicidad de consumo de frutas y verduras: expresada en días de la semana.

-Periodicidad de consumo de bebidas azucaradas y alcohólicas: expresada en días de la semana.

-Realización de actividad física: sí/no
-Tipo de actividad física realizada

-Periodicidad de actividad física realizada (realización, tipo y periodicidad);

-Cumplimiento de actividad física recomendada: sí/no;

-Cumplimiento de pautas alimentarias recomendadas: sí/no

Se evaluó también la posible asociación estadística de las variables sociodemográficas, relación médico-paciente, existencia de redes de contención social, accesibilidad al centro asistencial con la variable de resultado cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Los datos obtenidos fueron registrados en una base de datos computarizada (hoja de cálculo tipo Microsoft Excel). Para las variables categóricas se calcularon proporciones y para las cuantitativas media y desvío estándar. Para evaluar asociaciones se utilizó OR con IC al 95% o diferencias de medias, mediante la prueba del chi cuadrado o la T de student, respectivamente. Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico Epi Info versión 7.2.4. Se consideraron significativos valores de $p < 0.05$.

Aspectos éticos

Se solicitó el consentimiento informado escrito

de las personas que cumplían con los criterios de inclusión. Asimismo, en la recolección y almacenamiento de los datos no se consignó la identidad de los participantes, manteniendo la confidencialidad de los mismos.

El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital José Ramón Vidal, de la ciudad de Corrientes-Argentina, con fecha del 12 de febrero de 2025.

Resultados

Del total de pacientes que consultaron al servicio de clínica médica, fueron incluidos 172 con DM2, edad media: 54 años $\pm$ 9, rango etario de variación 28 a 81 años. El 57% correspondieron al sexo femenino.

Los resultados en referencia al máximo nivel de instrucción, la relación médico-paciente, la existencia de redes de contención social y la accesibilidad al centro asistencial se hallan expuestos en la Tabla 1.

En relación al tratamiento farmacológico: 56,14% recibía antidiabéticos orales del grupo de las biguanidas, sulfonilureas, glitazonas, inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2), inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP4); 27,49% insulina y 16,37% tratamiento combinado (antidiabéticos orales más insulina) como se observa en la Tabla 1.

En base a la prueba de Morinsky-Green incluida en el cuestionario se los clasificó en: cumplidores del tratamiento (57%) y no cumplidores (43%).

En relación con el tratamiento no farmacológico, tomando en consideración los hábitos alimentarios el 98% consumió frutas y verduras (33% lo hacían con una frecuencia de todos los días). El 39% consumió bebidas azucaradas (93% con una frecuencia de 1 a 3 días a la semana) y 61% consumió bebidas alcohólicas (94% con una frecuencia de 1 a 3 días por semana).

Con respecto a la realización de actividad física: 82% respondió afirmativamente, siendo más frecuente la caminata (44% con una frecuencia de 1 a 3 días por semana y el 47% con una duración entre 30 y 60 minutos por día).

El 27% consideró no cumplir con las recomendaciones de su plan alimentario.

Tabla 1: Caracterización de la muestra de personas con DM2 que asisten a un Hospital de Referencia de la ciudad de Corrientes, período 2023-2024.

VARIABLES	FRECUENCIA
Máxima nivel de instrucción	Porcentajes
Primario incompleto Primario completo Secundario completo Terciario completo Universitario completo	13,71% 50,29% 29,14% 5,71% 1,14%
Relación médico-paciente	
Buena Regular	99,43% 0,57%
Red de contención social	
Sí No	81,71% 18,29%
Accesibilidad al centro asistencial	
Buena Mala	45,71% 54,29%
Tratamiento farmacológico	
Si No	98% 2%
Fármacos indicados	
Antidiabéticos orales Insulina Tratamiento combinado	56,14% 27,49% 16,37%

En la tabla 2 se observa la relación de las variables analizadas con el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Tabla 2: Factores asociados al cumplimiento de tratamiento farmacológico de personas con DM2. Corrientes-Argentina, 2023-2024

Variables	No. cumplidores n=74	Cumplidores n=98	OR (IC 95%)	p
Edad				
< 40 años	11%	8%	1	
41-60 años	65%	71%	1,45 (0,5-4,12)	0,49
> 60 años	24%	21%	1,17 (0,36-3,74)	0,8
Sexo				
Sexo masculino	46,70%	41%	1,26 (0,69-2,3)	0,45
Nivel de Instrucción				
Primario incompleto	17%	11%	1	
Primario completo	39%	59%	2,4 (0,96-6,02)	0,06
Secundario completo	35%	25%	1,14 (0,43-3,0)	0,8
Terciario completo	6%	5%	1,18 (0,27-5,18)	0,82
Universitario completo	3%	0%	Indefinido	0,2
Servicio de salud accesible				
Servicio de salud accesible	49%	43%	1,29 (0,71-2,36)	0,4
Relación médico paciente				
Buena relación médico paciente	100%	99%	Indefinido	0,4
Redes de contención				
Existencia de redes de contención	81%	82%	0,96 (0,44-2,07)	0,9
Tratamiento Farmacológico indicado				
Antidiabéticos orales	70,66%	44,79%	3,19(1,69-6,03)	0,0003
Insulina	14,67%	37,50%	0,79(0,34-1,82)	0,58
Tratamiento combinado	14,67%	17,71%	1,68(0,66-4,15)	0,26

Discusión

Los resultados de adherencia encontrados se asemejan a otros países en desarrollo ^(15,21-23). Cifras más bajas se encontraron en el estudio de Vera Rodríguez et al, en el que se evidenció que el cumplimiento al tratamiento farmacológico no superó el 21% ⁽²⁴⁾. Coincidente con los hallazgos del presente estudio en su mayoría correspondían al sexo femenino, y a un grupo etario mayor a 50 años. Una posible explicación podría deberse a que la prevalencia de esta enfermedad crónica aumenta con la edad, y que son las mujeres las que más asisten a los servicios a consultar y seguir su tratamiento ^(15,21-24).

En relación a la adherencia al tratamiento no farmacológico un alto porcentaje de personas consumió frutas y verduras, pero el 27% expresó no cumplir adecuadamente con el plan alimentario indicado. Esto está alineado con otros estudios que muestran una menor adherencia a hábitos de vida saludables en comparación con la medicación. Linari et al. señalaron que los peores puntajes de adherencia se encontraron en relación con el tratamiento no farmacológico (actividad física y dieta), mientras que los mejores fueron para el cuidado de los pies y la abstención de tabaco ⁽¹⁵⁾. Si bien en el presente estudio no se han explorado los motivos de incumplimiento de la dieta, podría deberse a cansancio, problemas económicos o incomodidad, tal cual lo evidenciado en un estudio realizado en Argentina ⁽²²⁾. Además, la falta de comprensión sobre la importancia del ejercicio físico podría afectar en su adherencia, tal cual lo evidenciado en el estudio realizado en Chile ⁽²⁵⁾.

Se pudo observar que las personas que solamente tenían educación primaria completa (6-8 años de estudio) tuvieron tendencia a una menor adherencia al tratamiento farmacológico, lo cual coincide con datos de la bibliografía donde la adherencia a tratamientos crónicos se correlacionaba positivamente con mayores niveles de educación del paciente ^(24-29,29). Además de la influencia del nivel educativo se evidenció que el conocimiento sobre la patología y la medicación favorece el cumplimiento terapéutico y mejora la calidad de vida y el grado de satisfacción, factores a analizar en próximas investigaciones ⁽²³⁾.

En el análisis del tipo de tratamiento recibido se observó una menor adherencia a los antidiabéticos orales, similar a lo observado en un estudio realizado en Argentina ^(30,31).

Teniendo en cuenta que la terapia con insulina debe instaurarse, de manera transitoria o definitiva, en pacientes con DM2 que no están consiguiendo sus objetivos de control glucémico, coincidente con fases muy avanzadas y ante respuesta inadecuada a los antidiabéticos orales, la percepción de gravedad por parte de los pacientes podría explicar la mayor adherencia a la misma ⁽³²⁾.

En otro estudio realizado en Paraguay se observó una menor adherencia en pacientes que recibían monoterapia (antidiabéticos o insulina) comparada con terapia combinada o polimedicación ⁽²³⁾. Cuanto menor número de fármacos se indica al paciente, menos adherente es al tratamiento. Esto podría explicarse por la mayor seriedad con que toma el paciente su diagnóstico al verse comprometido con una gran cantidad de tomas de medicamentos al día.

El acceso económico a los fármacos no fue un problema en la presente muestra debido al acceso al tratamiento en pacientes con DM2 atendidos en los servicios públicos a través del programa implementado por el Ministerio de Salud de Argentina a través del Programa Nacional de Prevención y Control de Personas con Diabetes Mellitus (PRONADIA), lo que podría explicar algunas diferencias con otros estudios donde los costos representan una barrera importante ^(22,34).

Otros factores involucrados en la adherencia al tratamiento farmacológico según la bibliografía como el tiempo de evolución de la enfermedad, la presencia complicaciones crónicas, de efectos adversos a la medicación prescrita, el consumo de tabaco, alcohol y la polifarmacia no fueron estudiados en el presente estudio y sería de interés considerarlo en futuras investigaciones ^(34,35).

Conclusiones:

Se evidenció una elevada frecuencia de personas con DM2 que no cumplía con el tratamiento farmacológico y no farmacológico indicado, en su mayoría del sexo femenino con edad entre 41 y 60 años y con nivel máximo de instrucción primario.

En relación con la observación de la influencia de posibles factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico, se detectó menor cumplimiento a las terapias con antidiabéticos orales comparada con otras terapias como insulina o combinada. Quedaría pendiente profundizar el estudio del motivo de este hallazgo.

La adherencia a las recomendaciones de alimentación y actividad física fueron óptimas, pero se debería profundizar en su estudio ya que el cambio de hábitos higiénico-dietéticos es difícil de mantener en el tiempo sin un apoyo estructural constante y conjunto de familiares y equipo de salud. Se debería trabajar en la elaboración de medidas que involucren tanto al sistema sanitario como al paciente y sus familias, a través de acciones educativas sobre la importancia del seguimiento del tratamiento, así como de apoyo emocional teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad crónica. Para concretar estas acciones es necesario un abordaje interdisciplinario e integral de estas personas.

Referencias

1. Regan SL, Williams MT, Vorhees CV. Review of rodent models of attention deficit hyperactivity disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2022; 132:621-637. International Diabetes Federation. Atlas de la Diabetes de la FID. Novena Edición de la FID. [Internet] [Citado 28 de febrero de 2025] Disponible en: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico , Vol. 22 No. 2; junio 2001. La diabetes en las Américas. [Internet] [Citado 20 de febrero de 2025] Disponible en: https://www3.paho.org/spanish/sha/be_v22n2-diabetes.html
3. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. 2a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – INDEC; octubre 2019 [Internet] [Citado 28 de febrero de 2025] Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf
4. Espinosa Herrera FV, Baquero Freire JA. Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores portadores de enfermedades crónicas pertenecientes al club del centro de salud Hierba Buena N1 en el periodo de abril a diciembre del 2016. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. Instituto Superior de Investigación y Posgrado. Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. 2017. [Internet] [Citado 16 de febrero de 2025] Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10312>
5. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. [Internet] [Citado 16 de febrero de 2025] Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41182/adherencia-largo-plazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra;2004. [Internet] [Citado 16 de febrero de 2025] Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41182/adherencia-largo-plazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Ortega Cerda José Juan, Sánchez Herrera Diana, Rodríguez Miranda Óscar Adrián, Ortega Legaspi Juan Manuel. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd. Grupo Ángeles* [revista en la Internet]. 2018 Sep. [Citado 2025 Jun 12]; 16⁽³⁾: 226-232. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226&lng=es.
8. Alfonso LM. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2014. [Internet] [Citado 16 de febrero de 2025];40⁽²⁾. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n2/spu07214.pdf>
9. Reyes Flores E y cols. Adherencia Terapéutica: Conceptos, Determinantes. 2016; 84:125–32.
10. Sluzki, C. (1996). La red social: frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Gedisa. Disponible en: https://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos_virtuales/posgrado/maestria_asesoria_familiar/redes_estado_y ONGs/Modulo3/unidad2/Sluski_Proposiciones_generales.pdf
11. Soria R, Vega Z, Nava C, Saavedra K. Interacción Médico-Paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit*. 2011;17. 2:223–30.
12. Martín Alfonso Libertad. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev. Cubana Salud Pública* [Internet]. 2006 Sep. [Citado 28 Feb 2025]; 32⁽³⁾. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es.

13. Ramos Morales Luisa Estela. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Rev. Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]. 2015 Dic [citado 28 Feb 2025] ; 16⁽²⁾: 175-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es.
14. Zuart-Alvarado R, Ruiz Morales HJ, Vázquez Castellanos JL, Martínez Torres J, Linaldi Yépez F. Adherencia a hipoglucemiantes en diabéticos de una unidad médica familiar del estado de Chiapas. Rev Salud Pública y Nutr. 2010;11⁽⁴⁾.
15. Linari MA y col. Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Argentina durante 2015. Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes Vol. 53 N°3 Septiembre-diciembre de 2019: 97-108. ISSN 2346-9420. [Internet][Citado 26 de febrero de 2025] Disponible en: <https://revistasad.com/index.php/diabetes/article/view/350/296>.
16. Figueras A, Vallano A, Narváez EN. Estudios de Utilización de medicamentos. Manual Práctico en Ministerio de Salud, Dirección de recursos de salud. República de Nicaragua. Managua, 2003:1-101.
17. Laporte JR, Tognoni G (editores). Principios de epidemiología del medicamento, 2ª edición. Barcelona. Masson-Salvat. 1993.
18. Ballesteros Pérez AM y cols. Construcción y validación de una escala de actitudes hacia la atención primaria de salud. Atención Primaria. 1996. [Internet]. [Citado 28 Feb 2025]; 18⁽⁴⁾: 151-207. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-sumario-vol-18-num-4-X0212656796X10902>
19. Pagès-Puigdemont N y Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm. 2018. [Internet]. [Citado 28 Feb 2025] ; 59(3): 163-172. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
20. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986 Jan;24⁽¹⁾:67-74. doi: 10.1097/00005650-198601000-00007. PMID: 3945130.
21. Alcaíno Díaz Damary Elizabeth, Bastías Rivas Nataly del Carmen, Benavides Contreras Carolina Andrea, Figueroa Fuentealba Daniela Carolina, Luengo Martínez Carolina Elena. Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares. Gerokomos [Internet]. 2014 Mar [citado 2025 Jun 13]; 25⁽¹⁾: 9-12. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100003&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100003>.
22. Linari MA y col. Cumplimiento, control de objetivos metabólicos, motivos de incumplimiento al tratamiento y a las recomendaciones prescriptas en adultos con diabetes tipo 2 en Argentina en 2015. Rev. ALAD.2019; 9. Disponible en: https://www.revistaalad.com/files/alad_19_9_3_118-128.pdf.
23. Dominguez Gallardo LA, Ortega Filártiga E. Factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. marzo de 2019. [Internet]. [Citado 28 Feb 2025] ; 22:9-13. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v6n1/2312-3893-spmi-6-01-63.pdf>
24. Vera-Rodriguez Patricia, Mastroianni Patricia, Samaniego-Silva Lourdes Raquel, Lugo Gladys Beatriz, Maciel Olga Yolanda, Maidana Gladys Mabel. Evaluación del conocimiento y cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2 en una unidad de salud de la familia. Pharm Care Esp. [Internet]. 2023 Ago [citado 2025 Jun 19]; 25⁽⁴⁾: 7-21. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2794-11402023000400002&lng=es. Epub 29-Ene-2024. <https://dx.doi.org/10.60103/phc.v25i4.815>.
25. Troncoso Pantoja A, Delgado Segura D, Rubilar Villalobos C. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. Rev Costarr Salud Pública. 2013. [Internet]. [Citado 28 Feb 2025]; 22:9-13. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v22n1/art03v22n1.pdf>

26. Siraj et al (Jafer Siraj, B Pharm, MSc1, Turi Abateka, BPharm 2, and Oliyad Kebede, B Pharm, MSc). Patients' Adherence to Anti-diabetic Medications and Associated Factors in Mizan-Tepi University Teaching Hospital: A Cross-Sectional Study. INQUIRY. Disponible en: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>.
27. Pascacio-Vera G. D, Ascencio-Zarazúa G. E, Cruz-León A, Guzmán-Priego C. G. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud en Tabasco [Internet]. 2016; [Internet]. [Citado 28 Feb 2025] ; 22⁽¹⁻²⁾:23-31. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48749482004>.
28. Faisal et al. Prevalence and Factors Associated with Non-Adherence to Antidiabetic Medication Among Patients at Mbarara Regional Referral Hospital, Mbarara, Uganda. Patient Preference and Adherence 2022. [Internet]. [Citado 28 Feb 2025] ;16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8881961/pdf/ppa-16-479>
29. Di Matteo, M. R. (2004). Variations in Patients Adherence to Medical Recommendations. A Quantitative Review of 50 Years of Research. Medical Care. 2004 Mar. [Citado 28 Feb 2025]; 42(3): 200-209.Disponible en: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/2004/03000/variations_in_patients_adherence_to_medical.2.a_spx. doi:10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9
30. Carhuaricra Valle M. Factores asociados a la adherencia del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios adultos atendidos en el Hospital I Essalud Tingo María-2017. 2017. [Internet]. [citado 28 Feb 2025]. Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/704>
31. García Pérez LE. at al. Adherence to Therapies in Patients with Type 2 Diabetes. Diabetes Ther (2013) 4:175–194. [Internet]. [Citado 17 Jun 2025]. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3889324/pdf/13300_2013_Article_34.pdf
32. Fundación red GDPS .Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la redGDPS. ISBN: 978-84-944007-6-6. [Internet]. [Citado 28 Feb 2025] ; 22:9-13. Disponible en: Disponible en: https://www.redgdps.org/gestor/upload/colecciones/Guia%20DM2_web.pdf
33. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Resolución 301/99.Programa Nacional de Diabetes, PRONADIA y Normas de provisión de medicamentos e insumos. Internet]. [citado 28 Feb 2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-301-1999-57326/texto>
34. Osorio Bedoya, J A. y cols. Prevalencia de la no adherencia farmacológica en adultos con enfermedades crónicas en un centro médico de baja complejidad. Archivos de Medicina Familiar y General. Julio 2024. [Internet]. [Citado 28 Feb 2025]; 21(2). Disponible en: <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/265/261>.