



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Vicerrectoría de Posgrados e Investigación

Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud

Dirección Académica de Posgrados en Enfermería

Coordinación de Investigación en Enfermería

Adherencia al Tratamiento Farmacológico En Pacientes Con Diabetes Mellitus

Hospitalizados en Urgencias

Para obtener el grado de Especialidad en urgencias

Presenta

Henry Bibiano Murillo

Asesor

ME Alejandro Torres Reyes

Puebla, Pue, México, Enero, 2021.



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del problema

La diabetes actualmente es la epidemia del siglo XXI, esto representa un desafío de salud pública a nivel mundial, la cifra de personas con diabetes es de 387 millones (Federación Internacional de Diabetes, 2014). En este sentido la organización mundial de la salud define a la adherencia al tratamiento como el grado de comportamiento de una persona hacia la toma de sus medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida y esto, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 2019). Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta. Este primer Informe mundial sobre la diabetes publicado por la OMS pone de relieve la enorme escala del problema, así como el potencial para invertir las tendencias actuales (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Los pacientes con diabetes mellitus no siempre llevan a cabo las recomendaciones del personal de salud respecto a la medicación, dieta y estilo de vida por la cual la adherencia al tratamiento prescrito es escasa o en algunos casos nula, se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas por esta enfermedad y más del 80% de estas muertes se registran en países en vías de desarrollo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Por otra parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se estima que 62 millones de personas en las Américas viven con Diabetes Mellitus (DM) tipo2. Este número se ha

triplicado en la Región desde 1980. Según el Atlas de la Diabetes, el número de personas con diabetes alcanzará los 109 millones en 2040. En 2015, los gastos de salud para la diabetes en las Américas se estimaron en \$ 382.6 mil millones (o 12-14% del presupuesto de salud) y este número aumentará a \$ 445.6 mil millones para 2040. La diabetes mal controlada aumenta las posibilidades de mortalidad prematura, así como complicaciones crónicas como enfermedades cardiovasculares, ceguera, nefropatía, úlceras en los pies y amputaciones. Además, las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de presentar tuberculosis, especialmente aquellas con un control glucémico deficiente. El riesgo de morir por enfermedad cardiovascular (ECV) y todas las otras causas es entre dos y tres veces mayor en las personas con diabetes que en sus compañeros sin diabetes. El costo de la atención de salud de las personas afectadas por la diabetes es entre dos y tres veces mayor que en las personas sin diabetes. Los estudios han demostrado que aproximadamente un tercio de las personas con diabetes tipo 2 no están diagnosticadas y ya presentan complicaciones en el momento del diagnóstico (OPS, 218).

En este sentido el educar en salud, consiste en estimular y apoyar la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y sus complicaciones, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Con este fin, la Organización:

Formula directrices científicas sobre la prevención de las enfermedades no transmisibles principales, incluida la diabetes. Además de elabora normas y criterios sobre el diagnóstico y la atención a la diabetes. Fomentar la toma de conciencia sobre la epidemia mundial de diabetes, en particular mediante la conmemoración del Día Mundial de la Diabetes (14 de noviembre).

Realiza tareas de vigilancia de la diabetes y sus factores de riesgo. El Informe mundial sobre la diabetes de la OMS ofrece una visión general de la carga de la enfermedad y de las intervenciones disponibles para prevenirla y tratarla, así como recomendaciones para los gobiernos, las personas, la sociedad civil y el sector privado.

La labor de la Organización sobre la diabetes se complementa con la Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud , que se centra en las medidas poblacionales para fomentar la dieta saludable y la actividad física periódica, con el fin de reducir así el creciente problema del sobrepeso y la obesidad a escala mundial. El módulo de la OMS sobre el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes de tipo 2 aúnan orientaciones sobre diagnóstico, clasificación y tratamiento de la diabetes de tipo 2 en un único documento. El módulo será útil para los responsables de formular políticas encargados de planificar la prestación de servicios para el cuidado de la diabetes, los gestores de programas nacionales responsables de la formación, planificación y seguimiento de la prestación de los servicios, y los gestores de los establecimientos y el personal de atención primaria que intervienen en la atención clínica y en la supervisión de los procesos y resultados de la atención de la diabetes.

En México murieron 87, 245 personas en el año 2012 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) INEGI, 2014. En el año 2012 se reportaron 418,797 pacientes diagnosticados con diabetes (lo cual representa el 0.4% de la población mexicana), el 59% de los casos fueron del sexo femenino, siendo el grupo etario de 50-59 años de edad el más afectado, con una tasa de morbilidad de 1,237.90 casos por cada 100 mil habitantes (Vera, Zarazúa, León y Priego, 2016) también la encuesta nacional de salud y nutrición 2012 menciona que se encuentra entre las primeras causas de muerte en México y que 4 millones de personas refirieron haber sido diagnosticadas con diabetes, además lanza a los estados con prevalencias más altas que son: Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí. Y esto Representa un gasto de 3,430 millones de dólares al año en su atención y complicaciones.

Recientemente, el Instituto Nacional de Salud Pública, (2015) implementó un estudio representativo de la Ciudad de México en el cual encontró que 13.9 % de la población adulta tiene diabetes II y únicamente 16 % de quienes tienen diabetes se encuentran con un control

adecuado en la Ciudad de México, Lo preocupante es que de éstos, sólo 71 % contaba con un diagnóstico médico; en otras palabras, 29 % de la población con diabetes no sabe que tiene esta enfermedad y, por lo tanto, no está tomando ninguna acción para controlarla. Sin embargo, estos esfuerzos se ven en ocasiones dificultados por la falta de adherencia al tratamiento por parte de los usuarios, haciendo infructuoso el auxilio del equipo médico y por sobre todo, complicando la calidad de vida de las personas con esta patología.

En Puebla la mortalidad es de 5430 habitantes por año (INEGI,2013) en este sentido (GIL, Portugal Pérez Solís Y Morales,2016) realizaron un estudio en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Puebla encontraron que el 26% de su población es adherente al tratamiento farmacológico y el 74% no son adherentes al tratamiento farmacológico para su enfermedad ,Por todo lo anterior la adherencia al tratamiento es un campo amplio para la investigación en enfermería ya que el apego al tratamiento y llevar a cabo las instrucciones prescritas del personal de salud permite mejorar la calidad de vida de los pacientes, la supervivencia de los mismos y evitar las complicaciones a largo plazo, se tiene evidencia que la diabetes es una causa de mortalidad importante y se debe actuar de manera oportuna para modificar el número de defunciones.

1.1 Justificación

1.2.1 Importancia teórica

De acuerdo con la *American Diabetes Association* (ADA), la diabetes conforma una serie de trastornos metabólicos caracterizados por la aparición de hiperglucemia en sangre resultante de los defectos de la secreción o la acción de la insulina, además de que existen muchos procesos fisiopatogénicos involucrados en su aparición, que van desde la destrucción auto inmunitaria de las células beta del páncreas hasta alteraciones que conducen a la resistencia a la acción de la insulina (ADA 2010, La liberación de insulina es un proceso indispensable en la homeostasis del

cuerpo como respuesta al aporte energético del consumo de alimentos y su liberación es producida principalmente por respuesta en el incremento de glucemia en sangre, pero al mismo tiempo es regulada por diversas sustancias (nutrimentos, hormonas gastrointestinales, hormonas pancreáticas, neurotransmisores del sistema nervioso autónomo, la glucosa, los aminoácidos, los ácidos grasos y los cuerpos cetónicos favorecen la secreción de insulina, al igual que la activación del receptor-adrenérgico y la estimulación del nervio vago, mientras que los β -adrenérgicos inhiben la liberación de insulina. (Santulli, Lombardi, Sorriento, Anastasio, Del Giudice, Formisano, Béguinot, Trimarco, Miele, Iaccarino., 2003)

LA despolarización de la célula β provoca la liberación de insulina, el proceso inicia con el aumento de la concentración plasmática de carbohidratos fructosa y glucosa ingresan en la célula β a través del transporte facilitado mediado por el transportador de glucosa 2 (GLUT2). El GLUT2 es un transportador de glucosa con baja afinidad, se expresa en el hígado, riñón, células β del páncreas y en la membrana basolateral de las células epiteliales del intestino (Mardones, Ormazabal, Romo, Jaña, Binder, Peña, Vergara, 2011)

1.2.2 Importancia Práctica.

Los costos económicos asociados al tratamiento de la diabetes y sus complicaciones representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes. Estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantean que, en algunos países, hasta 95 % de los costos por diabetes recaen directamente en el paciente. Sin embargo, los costos que genera a las instituciones de salud pública también son enormes y, en consecuencia, diversos países han declarado que es insostenible continuar con este ritmo de gasto por diabetes, como ha sido el caso de la Secretaría de Salud en México, (Arredondo, Icaza, 2011)

En México en 2011 se reveló que el principal costo de la diabetes recae en el tratamiento de sus complicaciones, principalmente aquellos ocasionados por la nefropatía diabética

(enfermedad renal). Otras complicaciones de alto costo incluyen la retinopatía, enfermedades cardiovasculares secundarias a la diabetes, neuropatía diabética, además de la enfermedad cardiovascular periférica (Arredondo et al).

El término adherencia se define como “el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos, como el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas y la adopción de cambios de estilos de vida en los pacientes”. Este es uno de los principales aspectos para lograr el control de la enfermedad crónica, reducir la tasa de complicaciones y prolongar la supervivencia. La OMS, reveló que en los países desarrollados la adherencia entre los pacientes con enfermedades crónicas no es mayor del 50%, la falta de cumplimiento al tratamiento es la principal causa de fracaso en los programas de promoción y prevención, por lo tanto, se convierte en un desafío constante encontrar formas eficaces de apoyo al tratamiento. Por lo anterior, en los servicios sanitarios se ha implementado el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs), por parte de los profesionales de enfermería para apoyar el seguimiento y educación a los pacientes de forma participativa, así como coordinar su cuidado a distancia González-Ruiz, Getial-Mora, Higidio-Miranda, & Hernández-Zambrano, (2020).

De acuerdo con cálculos el costo anual de diabetes en 2011 fue de cerca de \$8,000 mil pesos por persona al año (ENSANUT,2012) por lo que para 2012 se requerían aproximadamente \$48,000 mil millones de pesos para el manejo de este padecimiento por lo que padecer diabetes se puede convertir en una fuerte presión financiera si el sistema público de salud no satisface las necesidades básicas de detección oportuna, diagnóstico completo y tratamiento integral. La disciplina de Enfermería en su papel de cuidador y profesional del cuidado hacia los pacientes juega un papel importante en la adherencia al tratamiento de los pacientes ya que la ética de su profesión así se lo exige, por lo cual es la encargada de buscar nuevas soluciones para poder revertir los números y cifras de pacientes no adherentes a sus tratamientos buscando y generando

alternativas mediante la investigación y apoyándose en las tecnologías de la información para aumentar la adherencia de los pacientes hacia sus tratamientos evitando así complicaciones de la diabetes mellitus a largo plazo y mejorando la calidad de vida de los pacientes. Esto representa una carga social de gran tamaño, ya que se trata de un padecimiento de alta prevalencia y prioridad como problema de salud en el país.

1.2.3 Literatura relevantes.

Durante la revisión de la literatura se realizó la búsqueda de estudios con descriptores como adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, es por ello que utilizando los buscadores como google académico y scielo y mediante los operadores boléanos “AND, OR” relacionamos las variables de estudio encontrando así, estudios de importancia como:

(Vera, Zarazua, Cruz y Guzmán, 2016) Comentan que la adherencia al tratamiento está ligada al nivel de conocimiento de la enfermedad en su estudio, la mayoría de los pacientes que reflejan buena adherencia en el tratamiento, tienen buen conocimiento de su enfermedad, también encontraron que los problemas relacionados con el incumplimiento del tratamiento se observan en todas las situaciones en las que éste tiene que ser administrado por el propio paciente, comentan que actualmente la falta de apego al tratamiento farmacológico se perfila como una de las principales causas del fallo terapéutico en los pacientes diabéticos. Aunado a esto, se notó un aumento a los costos presencia de complicaciones para el paciente y el sistema de salud y seguridad social,

(Maldonado, 2013) Encontro que las principales causas de desapego o abandono del tratamiento fueron aquellas relacionadas con el olvido lo que concuerda con lo señalado en otros estudios en donde se menciona que el estilo de vida y el tiempo del que dispone la persona para la administración de sus fármacos son factores que comprometen la constancia del paciente en el

apego al tratamiento, incrementando con esto el riesgo de presentar complicaciones ligadas a la DM. Por lo anterior se planteó la siguiente interrogante:

¿Cuál es la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al servicio de urgencias de una institución de segundo nivel del estado de Puebla?

Objetivo General.

Describir la adherencia al tratamiento Farmacológico En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Que Asisten Al Servicio De Urgencias De Una Institución De 2 Nivel Del Estado De Puebla

Objetivos Específicos.

Conocer a la población de estudio

Identificar la confiabilidad del instrumento

Figura 1. Derivación teórico-empírica

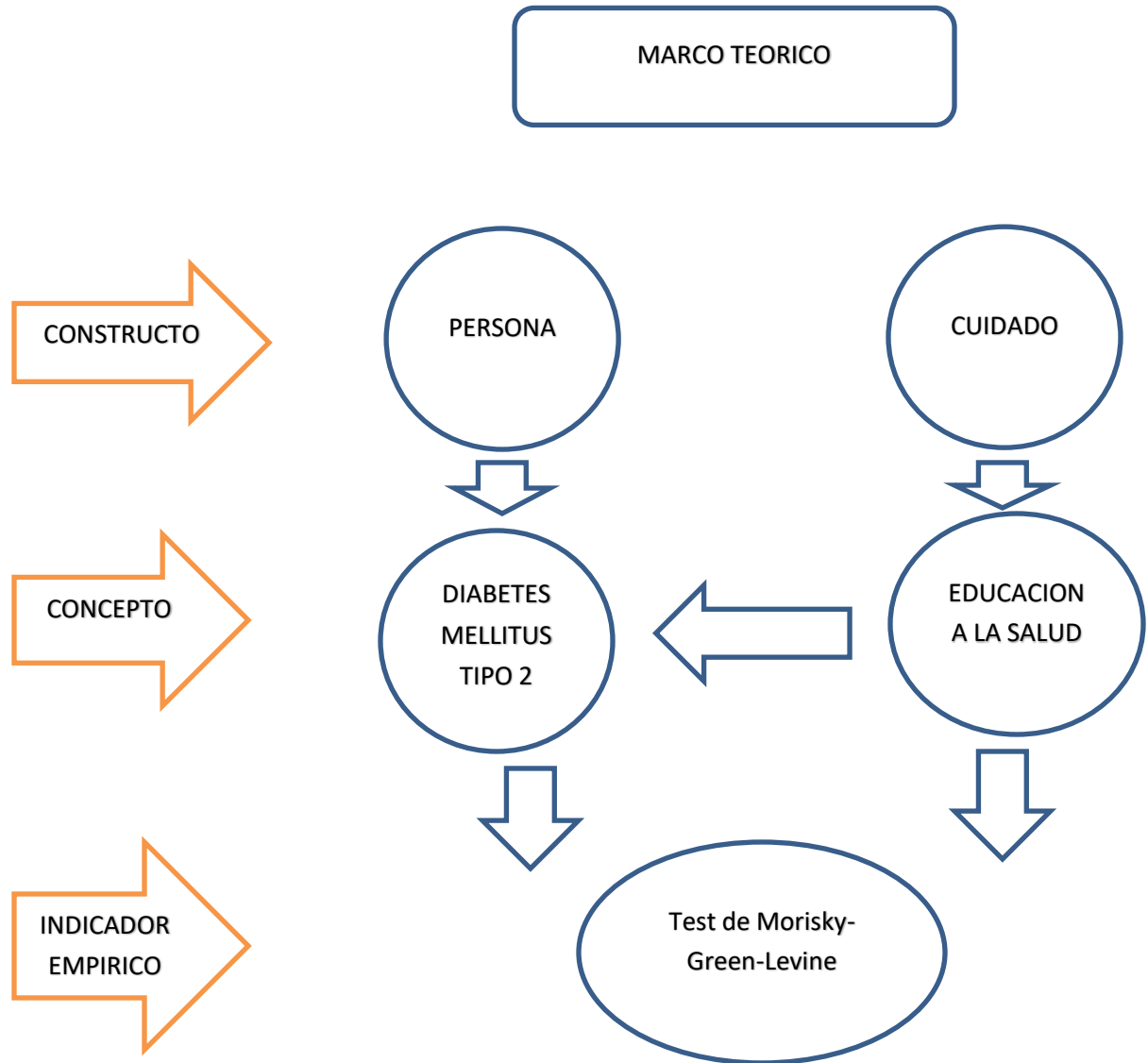


Figura 1. Derivación Teórica-Conceptual Bibiano-Murillo y Torres-Reyes, 2020.

Revisión de la literatura.

Escamilla, Verónica, Cáceres, Aurora., 2017, realizaron un estudio con el objetivo de describir el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico y sus factores asociados en adultos mayores con diabetes tipo 2 realizaron un estudio transversal donde se aplicó el test morisky Green y el cuestionario de apoyo familiar al diabético, Realizaron un estudio con diseño no experimental de tipo transversal el universo estuvo compuesto de 211 adultos mayores diabéticos tipo 2 registrados en el programa de salud cardiovascular de un centro comunitario de salud familiar de la ciudad de Chillán (Chile) en donde encontraron que el 51,72% de los adultos mayores diabéticos se adherían al tratamiento farmacológico y el 48,28% no seguía su tratamiento hallando que principalmente la disposición y compromiso que presente el propio sujeto frente al tratamiento regirá su adherencia al tratamiento.

Díaz, Rivas, Contreras, Fuentealba, Martínez., 2014 con el objetivo de relacionar el cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 y los factores familiares de los adultos mayores de un centro de salud familiar realizaron un estudio correlacional, de corte transversal donde se aplicaron las escalas: escala multidimensional de apoyo social y cuestionario de morisky-green, la población de estudio estuvo formada por 90 diabéticos de tipo 2, de 65 años o más, inscritos en el programa de salud cardiovascular de un CESFAM de la ciudad de Chillán (provincia de Auble), donde hallaron que si bien la literatura científica señala la existencia de relación entre familia y tratamiento de la enfermedad de un adulto mayor diabético, no especifica qué factores familiares, tales como la estructura o el nivel de disfunción, afectan al cumplimiento del tratamiento farmacológico dado lo anterior, se ha realizado esta investigación en la población adulta mayor por su nivel de vulnerabilidad y una disminución progresiva en su grado de funcionalidad, lo que influye considerablemente en el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

TerechenkoLuhers, BauteGeymonat, Acuña.,2015, con el objetivo de conocer la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con DM2 adultos que son atendidos en las Instituciones de Asistencia Médico Colectivas (IAMC) de la ciudad de Carmelo Uruguay , realizaron un estudio descriptivo, transversal, prospectivo de los pacientes con DM2 adultos pertenecientes a las Instituciones de Asistencia Médico Colectivas de la ciudad de Carmelo donde encontraron que Un 56% de los encuestados relata presentar buena adherencia al tratamiento farmacológico y llegan a la conclusión de que La mayor deficiencia que presenta esta población es la adquisición de hábitos saludables, es parte de la función de los Médicos de Familia la educación activa de esta población en relación a éstos y en la adherencia a los tratamientos.

Rangel, Suárez, Valdivia, Suárez, Díaz, Macías.,2017, con el Objetivo de estimar algunos factores relevantes de la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 , El universo estuvo constituido por 30 individuos, y encontraron que un 63 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no cumple con las recomendaciones terapéuticas, siendo haci que el sexo femenino da mayores porcentaje de cumplimiento del tratamiento (73 %), predominó como rango de edad de 51-60 años (82 %) y se destacó que el sexo masculino como el más incumplidor en rangos de edad de 30- 40 y 51-60 años, prevalecieron las amas de casa cumplidoras (54,5 %). Hubo más conductas adherentes al tratamiento en los dos primeros años y después de diez, con control metabólico (100 %),y llegan a la Concusiónde reafirmar la necesidad de tener en cuenta al explicar las conductas de cumplimiento en los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, LA diversidad y complejidad de factores influyentes en su dinámica que hacen difícil su interpretación.

Vera, Zarazua, León, Priego, Crystell.,2016, con el Objetivo de Identificar el grado de conocimiento de la diabetes mellitus con el instrumento DKQ24 y el grado de apego al tratamiento farmacológico en diabéticos tipo 2 de dos comunidades de Centro, Tabasco realizaron un Estudio de tipo descriptivo transversal en 80 pacientes diabéticos tipo 2 de dos comunidades del municipio de Centro, Tabasco. P Diabéticos que acudían a la consulta externa del primer nivel de atención, fueron sometidos a una entrevista con el instrumento DKQ24 (24 ítems) y el Test de Moriskey Green (8 ítems). Donde encontraron que Existe una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento comprobado mediante la prueba de X² obteniendo una $p < 0.001$ y hallaron que La mayoría de los pacientes con buen apego al tratamiento, presentan un nivel de conocimientos aceptable sobre la enfermedad, lo que sugiere que ambas variables demostraron tener relación y que los programas de educación diabetológica pueden contribuir el apego a los tratamientos

Pomares Avalos, Jorge González, Alfonso Trujillo, & Vázquez Núñez. (2019).

Determinar cómo se manifiesta la adherencia terapéutica y el bienestar subjetivo en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Se realizó un estudio transversal descriptivo, de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, pertenecientes al área de salud Cecilio Ruíz de Zarate, de la provincia Cienfuegos, en el período comprendido de abril a mayo de 2018. Se realizó un muestreo aleatorio simple, con una muestra que quedó constituida por 30 pacientes. Las variables de estudiadas fueron: edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, diabetes mellitus, adherencia terapéutica y bienestar subjetivo. Los instrumentos en la recogida de la información fueron el cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica Martín, Bayarre y Grau y la Escala reducida de bienestar subjetivo. En los pacientes del estudio prevaleció la adherencia parcial al tratamiento, así como la presencia de un alto bienestar subjetivo. El bienestar subjetivo puede resultar un factor protector para la salud del individuo ante los procesos patológicos, sin embargo, no

necesariamente es equivalente presentar adherencia terapéutica, ya que en los pacientes de estudio a pesar de haber un bienestar subjetivo alto se mantienen las dificultades en la adherencia terapéutica.

Capítulo II

3. Método

3.1 Enfoque metodológico.

Se trata de un diseño de investigación de tipo cuantitativo, porque se medirá la variable adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al servicio de urgencias de una institución de 2 nivel del estado de Puebla (Polit & Beck 2018; Hernández –Sampiere, Fernández – Collado & Bautista-Lucio, 2014).

3.2 diseño de estudio.

El diseño del estudio será de tipo descriptivo, de corte transversal por que se describirán las veces que el paciente consume su medicamento, el horario entre otras y de corte transversal porque solo se aplicara el instrumento de investigación en un solo momento.

3.3 Población, muestra y muestreo

La población estará conformada por 1,200 pacientes que acuden al hospital general de Teziutlán. El muestreo será de tipo no probabilístico por conveniencia. La muestra se calculó con la fórmula de poblaciones finitas con un nivel de confiabilidad del 95%, margen de error del 5% y un efecto estimado de 10 y quedando una $n=50$ para amortiguar el efecto de varianza se incrementó un 10% quedando de una muestra final de 55 participantes.

3.4 Criterios de selección

3.4.1 Criterios de inclusión.

Pacientes de sexo femenino y masculino, diagnosticados con diabetes mellitus tipo dos tratamientos y acepten participar en el estudio de investigación.

3.4.2 Criterios de exclusión.

Menores de 18, que no puedan contestar el test de Morisky -Green por alguna discapacidad, visual o auditiva o no tengan comprensión del idioma español.

3.5.3 Criterios de eliminación.

Participantes que durante el estudio decidan retirarse o dejen instrumentos incompletos.

3.6 Procedimiento para la recolección de datos.

Se iniciará con la aprobación por el Comité Revisor de Investigación de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP). Previa autorización por las autoridades institucionales en donde se realizará el estudio; una vez identificada la población de estudio, se asistirá en los horarios de 8:00 a 14:00 y días de lunes a viernes los que el paciente asiste, considerando el acceso por las autoridades, respetando las actividades rutinarias que el personal realiza con previa autorización del consentimiento informado. Durante la aplicación del instrumento, se tomarán las medidas necesarias que permitan respetar la privacidad de los participantes, bajo los principios básicos de ética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Se informará sobre las medidas necesarias para intervenir, explicando detalladamente el objetivo del estudio, lectura y firma del consentimiento informado, orden para contestar, beneficios esperados, autorización para su uso y manejo de la información, anonimato y confidencialidad (Apéndice A). Se iniciará leyendo las instrucciones sobre el correcto llenado de los instrumentos exhortando a los participantes a contestar todas y cada una de las preguntas.

Para empezar, se contestará la cédula de datos personales (Apéndice A), seguido del instrumento de Morisky-Green-Levine Este método, que está validado para diversas patologías crónicas, fue originalmente desarrollado por Morisky, Green y Levine para valorar la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido, se ha utilizado en la valoración de la adherencia en diferentes enfermedades). Con un tiempo

estimado para el procedimiento de 15 minutos. Al término de la recolección de datos, se dará gracias a los pacientes por su colaboración en el estudio, explicando que la responsabilidad de este recae en el investigador, sin conflicto de intereses de ningún tipo, que la información recabada permanecerá resguardada por el mismo para su análisis y después de un año ésta será destruida.

3.5 Cédula de datos sociodemográficos e instrumento de investigación.

En el siguiente apartado se describen: 1. Cédula de datos sociodemográficos; y 2. instrumento: de Morisky-Green-Levine para valorar la adherencia a la medicación.

3.5.1 Cédula de Datos Sociodemográficos.

Consta de 7 preguntas en la cual se cuestiona edad, sexo estado civil religión escolaridad profesión edad de diagnóstico de la enfermedad medicamentos que toma para su enfermedad, enfermedades que padece.

3.5.2 Test de Morisky-Green-Levine

Se utilizó el instrumento de test de Morisky-Green-Levine que consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Además, presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Por otra parte, es muy fácil de realizar al ser bastante breve y muy fácil de aplicar, puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento, presenta una alta especificidad, un alto valor predictivo positivo y escasos requisitos de nivel sociocultural para su comprensión.

3.6 Ética de estudio

El presente estudio se justificará en lineamientos y principios de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (1987), encaminada a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología e investigación mexicana en los servicios de salud e incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dichas ley, que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación, en apego a los siguientes artículos:

Artículo 14.-Fracción I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en que se refieren a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica (Reformado 2014); Fracción V. Contará con el consentimiento informado del individuo en quien se realizará la investigación o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables (Reformado 2014); Fracción VII. Contará con el dictamen favorable por el Comité Revisor de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente reglamento y demás disposiciones aplicables.

Artículo.16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del participante de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice (Reformado 2014).

Artículo.17.- Investigación sin riesgo: estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y en los que no se realiza ninguna intención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

Artículo.20.- Se entiende por consentimiento informado, el acuerdo por escrito mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Art. 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos sobre: Fracción I. La justificación y los objetivos de la investigación; Fracción IV. Los beneficios que puedan observarse; Fracción VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación; Fracción VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios; Fracción VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad; y Fracción XI. Que si existen gastos adicionales éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

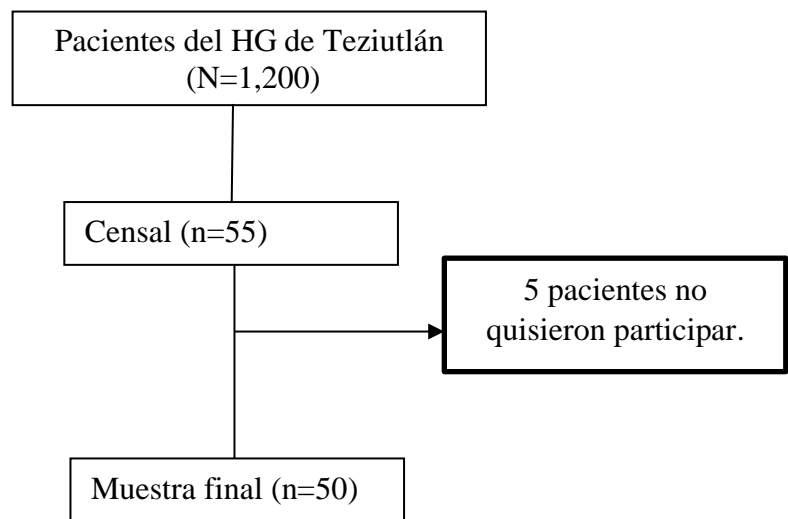
4. Resultados

4.1 Descripción

En este apartado se presentan los resultados del estudio, con el siguiente orden: 1) Progresión del estudio, 2) Resultados de los objetivos, 3) Consistencia interna del instrumento 4) Análisis descriptivo, mediante el paquete estadístico SPSS versión 23 para Windows.

4.2 Progresión del estudio

Del censo de pacientes proporcionados, de pacientes se debe señalar que fueron aplicados en un lapso de 5 días hábiles, con ayuda del personal de enfermería que labora en el mismo hospital. se aplicaron entre 10-15 instrumentos por día. Para ver secuencia del estudio y la muestra final, referirse al siguiente diagrama.



4.3 Resultados de los Objetivos

Para cumplir con el primer objetivo específico que estableció describir a la población de estudio se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 1. Descripción de la población de estudio

Variables	Categoría	<i>f</i>	%
Edad	30-47	19	38
	48-54	19	38
	55-71	12	24
Genero	Masculino	20	40
	Femenino	30	60
Estado Civil	Soltero	8	16
	Unión Libre	2	4
	Casado	34	68
	Viudo	3	6
Religión que profesa los pacientes	Divorciado	3	6
	Católico	32	64
	Cristiana	13	26
Escolaridad	Otro	5	10
	Primaria	17	34
	Secundaria	9	18
	Media Superior	15	30
	Licenciatura	8	16
Medicamentos que toma para control de la Diabetes.	Sin Profesión	1	2
	Metformida	34	68
	Glivenclamida	7	14
Años de padecer la enfermedad	Otro	9	18
	27 a 44	25	50
	45 a 70	25	50

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje

n = 50

La edad promedio fue de 54.4, con una desviación típica de ± 13.13 . Además se puede observar que el género que predominó fue masculino en su mayor parte; lo que corresponde a una relación de hombre a mujer de 1:1; Sobresaliendo el grado de primaria con más del 34% de la muestra. Más del 60% de la población tiene entre 27 a 44 años de padecer diabetes.

Para cumplir con el Segundo objetivo que es: Determinar la confiabilidad del instrumento aplicado, se muestra la siguiente tabla.

Tabla 2. Coeficiente de confiabilidad de la escala de Morisky Green.

No.	Escalas	Nº de Reactivos	Alpha de Cronbach
	Apego al tratamiento de la Diabetes Mellitus de Morisky Green.	4	.76
<i>Nota:</i> n= muestra			n = 50

Lo anterior muestra una confiabilidad moderada del instrumento de acuerdo a Polit & Beck, 2018.

Para dar respuesta al tercer objetivo que hace mención describir el apego al tratamiento de las personas con diabetes, se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 4. Determinar nivel de conocimiento.

Variable		<i>f</i>		<i>%</i>	
		<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
1	Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad.	30	20	60	40
2	Toma los medicamentos a las horas indicadas	27	23	54	46
3	Cuando se encuentra bien deja de tomar la medicación	22	28	44	46
4	Si alguna vez se siente mal deja de tomar el medicamento	24	26	48	56

Nota: *f*= frecuencia, *%*= porcentaje

n = 67

En el cuadro anterior muestra que más del 50% de la muestra, tiene un buen apego al tratamiento de diabetes mellitus.

4.4 Discusión

En el siguiente apartado, se analizan los resultados obtenidos con los estudios relacionados.

De acuerdo con Rangel, Suárez, Valdivia, Suárez, Díaz, Macías.,2017, Hubo más conductas adherentes al tratamiento en los dos primeros años y después de diez, con control metabólico (100 %),y llegan a la Conclusión de reafirmar la necesidad de tener en cuenta al explicar las conductas de cumplimiento en los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, LA diversidad y complejidad de factores influyentes en su dinámica que hacen difícil su interpretación. Así mismo Vera, Zarazua, León, Priego, Crystell.,2016, Donde encontraron que Existe una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento comprobado mediante la prueba de X² obteniendo una $p < 0.001$ y hallaron que La mayoría de los pacientes con buen apego al tratamiento, presentan un nivel de conocimientos aceptable sobre la enfermedad, lo que sugiere que ambas variables demostraron tener relación y que los programas de educación en nutrición pueden contribuir el apego a los tratamientos, lo que coincide con los resultados reportados por el estudio de investigación donde más del 50% de la población estudiada tiene adherencia al tratamiento en relación a su problema de salud de diabetes mellitus, esto porque la mayor parte de la población ha padecido la enfermedad por más de 10 años.

Conclusión:

La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas se encuentra en torno al 50%, La adecuada adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo2 (DM2) es fundamental para lograr alcanzar los objetivos terapéuticos y prevenir la aparición de complicaciones. Además en el caso concreto de la DM2, la falta de adherencia es, junto con la falta de intensificación del tratamiento o inercia terapéutica, una de las principales causas de mal control metabólico. Se alcanza un consenso en un amplio grupo profesionales de enfermería de familia expertos en diabetes sobre los siguientes ítems que definen el impacto y las causas de la falta de adherencia terapéutica y las intervenciones que pueden mejorarla, La falta de adherencia en los pacientes con DM2 impide lograr el control terapéutico, aumenta las complicaciones y reduce la calidad de vida. La formación específica de los profesionales sanitarios y disponer de los recursos necesarios en la consulta es esencial para minimizar el impacto de la falta de adherencia terapéutica. Las intervenciones que mejoran la adherencia del paciente con DM2 incluyen trabajar los aspectos motivacionales del paciente, aumentar la educación para la salud, simplificar tratamientos y fomentar el papel activo de los distintos profesionales sanitarios.

Recomendaciones:**Institución**

Implementar en coordinación con el jefe del servicio de urgencias, jefatura de enfermería y la dirección del hospital programas de capacitación y actualización bimensuales o trimestrales sobre grupos de apoyo a pacientes con diabetes.

Además se debe certificar al personal de enfermería en el servicio de urgencias en prevención de diabetes.

Disciplina

Elaborar y analizar protocolos en coordinación con el personal de enfermería, y la dirección del hospital apego al tratamiento, que aborde las prioridades para mejorar la atención en el servicio de emergencia. Fomentar y reconocer la importancia sobre la capacitación actualizada.

Investigación

Se debe de seguir estudiando este problema de salud, en especial la variable del conocimiento, ya que no hay artículos suficientes para poder apoyarse y respaldar nuevos conocimientos.

Además se debe de incrementar la población de estudio, y también realizar estudios cuasi-experimentales.



Anexo A
 Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
 Vicerrectoría de Posgrados e Investigación
 Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
 Dirección Académica de Posgrados en Enfermería
 Coordinación de Investigación en Enfermería
 Cedula de Datos Sociodemográficos

Instrucciones Coloque una x en el paréntesis según sea el caso

I	Edad	1 ()					
II	Sexo	Femenino 1 ()	masculino 2 ()				
III	Estado civil	Soltero 1 ()	unión libre 2 ()	casado 3 ()	Viudo 4 ()	divorciado 5 ()	
IV	Religión	Católica 1 ()	Cristiana 2 ()	Otra 3 ()			
V	Escolaridad	Primaria 1 ()	Secundaria 2 ()	Media superior 3 ()	Licenciatura 4 ()	Sin profesión 5 ()	
VI	Edad de diagnóstico de la enfermedad	1 ()					
VII	Medicamentos que toma para la DM2	Metformina 1 ()	Glivenclamida 2 ()	Otro 3 _____			



Anexo B

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría de Posgrados e Investigación
Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería

Yo, _____ paciente del hospital he sido debidamente informado por los estudiantes de la especialidad de urgencias de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, acerca del cuestionario-entrevista que aplicará con fines de realizar un estudio titulado: “adherencia al tratamiento farmacológico” Para ello he recibido información clara sobre el propósito y modo que se realizará el cuestionario. Habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas acerca del estudio, teniendo en cuenta que la información será de carácter confidencial, ante ello otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, firmando el presente para que así conste.

Firma del participante

Testigo

Investigador



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Vicerrectoría de Posgrados e Investigación
Decanato de Posgrados en Ciencias de la Salud
Dirección Académica de Posgrados en Enfermería
Coordinación de Investigación en Enfermería

TEST MORISKY GREEN

1.-COLOQUE UNA X EN EL PARENTESIS A SU RESPUESTA

1.-¿olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	
1 si	2 no
2.- ¿toma los medicamentos a las horas indicadas?	
1 si	2 no
3.-cuando se encuentra bien ¿deja de tomar los medicamentos?	
1 si	2 no
4.-si alguna vez le sienta mal ¿deja usted de tomar el medicamento?	
1 si	2 no

Referencias

- Alcaíno Díaz, Damary Elizabeth, Bastías Rivas, Nataly del Carmen, Benavides Contreras, Carolina Andrea, Figueroa Fuentealba, Daniela Carolina, & Luengo Martínez, Carolina Elena. (2014). Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares. *Gerokomos*, 25(1), 9-12. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100003>
- Bello Escamilla, Natalia Verónica, & Montoya Cáceres, Pamela Aurora. (2017). Adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores diabéticos tipo 2 y sus factores asociados. *Gerokomos*, 28(2), 73-77. Recuperado en 08 de octubre de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200073&lng=es&tlng=es.
- Dr. Abel Armando Arredondo López Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) Dr. Simón Barquera Cervera Director de Investigación en Políticas de Nutrición, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) Dra. Nelly Cisneros González Investigadora, Fundación IMSS A.C. Dr. Iván de Jesús Ascencio Montiel Investigador, Fundación IMSS A.C. Lic. Luis Manuel Encarnación Cruz Director, Fundación Mídete A.C. Lic. Nut. Ana Montserrat Larrañaga Flota Coordinadora recuperado en http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf
- Gloria López Diabetes mellitus: clasificación, fisiopatología y Medwave 2009 Dic;9(12):e4315 doi10.5867/medwave.2009.12.4315diagnósticoStewart[1]<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/4315>Rodolfo Daniel Cervantes-Villagrana y col. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β

pancreáticas Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 21, No. 3 • Julio-Septiembre 2013 • pp 98-106 <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2013/er133a.pdf>

Nadia Terechenko; Ana Baute; José Zamonsky 2014 Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. Recuperado en Revista Biomedicina, BIOMEDICINA, 2015, 10 (1) <https://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>

Ramos Rangel, Yamila, Morejón Suárez, Roilán, Gómez Valdivia, Maydelis, Reina Suárez, María, Rangel Díaz, Caridad, & Cabrera Macías, Yolanda. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Finlay, 7(2), 89-98. Recuperado en 07 de octubre de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200004&lng=es&tlng=es.

Pascacio-Vera, Giovanni Daniel, Ascencio-Zarazua, Gabriel Eduardo, Cruz-León, Aralucy, Guzmán-Priego, Crystell Guadalupe, Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud en Tabasco [en línea] 2016, 22 (Enero-Agosto) : [Fecha de consulta: 7 de octubre de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48749482004>> ISSN 1405-2091

Ávila-Sansores, Grever María, Gómez-Aguilar, Patricia, Yam-Sosa, Antonio Vicente, Vega-Argote, Gloria, & Franco-Corona, Brenda Eugenia. (2013). Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. Aquichán, 13(3), 373-386. Retrieved October 07, 2018, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000300006&lng=en&tlng=es

Rojas de P., Elizabeth, Molina, Rusty, Rodríguez, Cruz, DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS. Revista Venezolana de Endocrinología Metabolismo [en línea] 2012, 10 [Fecha de consulta: 7 de octubre de

2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375540232003>> ISSN 1690-3110

López-Romero, Luis Alberto, Romero-Guevara, Sandra Lucrecia, Parra, Dora Inés, Rojas-

Sánchez, LydaZoraya, ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CONCEPTO Y

MEDICIÓN. Revista Hacia la Promoción de la Salud [en línea] 2016, 21 (Enero-Junio) :

[Fecha de consulta: 7 de octubre de 2018] Disponible

en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa>

<http://www.autores.redalyc.org/articulo.oa?id=309146733010>> ISSN 0121-7577Boletín

Epidemiológico Diabetes Mellitus Tipo 2 Primer Trimestre-2013. Recuperado de:

http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_diabetes/dm2_bol1_2013.pdf

f

Marlen Ruby Gil, PortugalLucero Pérez, Solís Andrea Sánchez Morales. 2016 Adherencia al

Tratamiento en Adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital General Zona

Nortehttp://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lef/gil_portugal_mr

World Health Organization. Diabetes Fact sheet No. 312. Updated March 2013 [consultado 18

Nov 2014]. Disponible

en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html> F. Soriguer, A.

Goday, A. Bosch-Comas, E. Bordiu, A. Calle-Pascual, R. Carmena, *et al.*

Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: The Di@bet.es Study.

Diabetologia., 55 (2012), pp. 88-93

<http://dx.doi.org/10.1007/s00125-011-2336-9> | [Medline](#)

M. Ruiz-Ramos, A. Escolar-Pujolar, E. Mayoral-Sánchez, F. Corral-San Laureano, I. Fernández-

Fernández. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes

económicos y desigualdades. Gac Sanit., 20 (2006), pp. 15-24 [Medline](#)

M.T. Vicente-Herrero, M.J. Terradillos García, L.M. Capdevila García, M.V. Ramírez Iñíguez de la Torre, A.A. López-González.

Costes por incapacidad temporal en España derivados de la diabetes mellitus y sus

complicaciones. *Endocrinol Nutr.*, 60 (2013), pp. 447-455

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2013.02.004> | [Medline](#)

P. Conthe, E. Márquez Contreras, A. Aliaga Pérez, B. Barragán García, M.N. Fernández de Cano

Martín, M. González Jurado, *et al.* Treatment compliance in chronic illness: Current

situation and future perspectives. *Rev Clin Esp.*, 214 (2014), pp. 336-344

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.008> | [Medline](#) F. López-Simarro, C. Brotons, I. Moral, C.

Cols-Sagarra, A. Selva, A. Aguado-Jodar, *et al.* Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo2 en atención primaria.

Med Clin (Barc), 138 (2012), pp. 377-384 J.M. González-Clemente, B. Font, R. Lahoz, G.

Llauradó, G. Gambús, Grupo de investigadores del Estudio INERCIA. Inercia clínica en

pacientes con diabetes mellitus tipo2 no insulinizados en tratamiento con

hipoglucemiantes orales. Estudio INERCIA. *Med Clin (Barc)*., 142 (2014), pp. 478-484

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.02.032> | [Medline](#)

E. Márquez Contreras, N. Martell Claros, V. Gil Guillen, J.J. Casado Martínez, J.L. Martín de

Pablos, J. Ferraro García, *et al.* El cumplimiento terapéutico con insulina en el tratamiento

de la diabetes mellitus tipo2: estudio CUMINDIAB. *Aten Primaria.*, 44 (2012), pp. 74-81

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.013> | [Medline](#)

M.C. Carratalá-Munuera, V.F. Gil-Guillen, D. Orozco-Beltrán, J. Navarro-Pérez, F. Caballero-

Martínez, F. Álvarez-Guisasola, *et al.* Barriers associated with poor control in Spanish

diabetic patients. A consensus study. *Int J Clin Pract.*, 67 (2013), pp. 888-894

<http://dx.doi.org/10.1111/ijcp.12160> | [Medline](#)

The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual | RAND. [consultado 8 Nov 2014].

Disponible en: http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html I. Vinagre, M. Mata-Cases, E. Hermosilla, R. Morros, F. Fina, M. Rosell, *et al.*

Control of glycemia and cardiovascular risk factors in patients with type2 diabetes in primary care in Catalonia (Spain). *Diabetes Care.*, 35 (2012), pp. 774-779

<http://dx.doi.org/10.2337/dc11-1679> | [Medline](#)

L.E. García-Pérez, M. Álvarez, T. Dilla, V. Gil-Guillén, D. Orozco-Beltrán. Adherence to therapies in patients with type2 diabetes. *Diabetes Ther.*, 4 (2013), pp. 175-194

<http://dx.doi.org/10.1007/s13300-013-0034-y> | [Medline](#)

Thinking outside the pillbox. A system-wide approach to improving patient medication adherence for chronic disease. New England Healthcare Institute; 2009 [consultado 18 Nov 2014]. Disponible

en: http://www.nehi.net/uploads/full_report/pa_issue_brief_final.pdf Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *NFAC Información Farmacoterapéutica de la Comarca*, 19 (2011), pp. 5

S. Paz, D. González Segura, A. Raya Torres, L. Lizán. Principales factores asociados al coste de la diabetes mellitus tipo2: revisión de la literatura. *Av Diabetol.*, 30 (2014), pp. 34-44 I.V.

Torres, I.C. Donlo. Situación actual del control de la diabetes mellitus tipo 2 en España. Identificación de las principales barreras en la práctica clínica diaria. *Med Clin (Barc.)*, 141 (2013), pp. 3-6 [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(13\)70056-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(13)70056-3) | [Medline](#)

R. Grant, A.S. Adams, C.M. Trinacty, F. Zhang, K. Kleinman, S.B. Soumerai, *et al.* Relationship between patient medication adherence and subsequent clinical inertia in type 2 diabetes glycemic management. *Diabetes Care.*, 30 (2007), pp. 807-812

<http://dx.doi.org/10.2337/dc06-2170> | [Medline](#)

J.A. Schmittdiel, C.S. Uratsu, A.J. Karter, M. Heisler, U. Subramanian, C.M. Mangione, *et al.*

Why don't diabetes patients achieve recommended risk factor targets? Poor adherence versus lack of treatment intensification. *J Gen Intern Med.*, 23 (2008), pp. 588-594

<http://dx.doi.org/10.1007/s11606-008-0554-8> | [Medline](#) Estrategia en Diabetes del

Sistema Nacional de Salud. Actualización Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (2012),

Cartera de Servicios de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Política Social 2010

[consultado 18 Nov 2014]. Disponible

en: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera de Servicios de Atención Primaria_2010.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion Primaria_2010.pdf)