

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Enfermería

Nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos del asentamiento de Virgen de Fátima

Adela Delgado Noguera¹, Nilsa Maciel Diaz¹, Asunción Vega Ovelar¹

¹Carrera de Enfermería, Facultad de la Universidad del Norte en Ciudad del Este, Ciudad del Este, Paraguay.

Enviado: 19 de diciembre de 2022

Aceptado: 13 de febrero de 2023

Publicado: 23 de febrero de 2023

DOI: [10.5281/zenodo.22749262](https://doi.org/10.5281/zenodo.22749262)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Introducción: La adherencia al tratamiento es un determinante central del control de la diabetes mellitus tipo 2, cuya prevalencia continúa en aumento en Paraguay y en la región. El objetivo fue determinar el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos del asentamiento Virgen de Fátima, km 9 ½ Monday, Ciudad del Este, durante 2022. **Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo, transversal y cuantitativo. Cuestionario de preguntas cerradas a 50 pacientes adultos con diabetes tipo 2 que se controlan en el dispensario médico municipal del asentamiento, previa autorización institucional. **Resultados:** El grupo etario más frecuente fue 40–49 años (44 %); el 55 % tenía solo educación primaria y el 54 % estaba casado. El 37 % no realizaba controles médicos periódicos y el 9 % ningún control de glicemia. El 63 % seguía el tratamiento y el 37 % no; el 32 % había abandonado la medicación. El 32 % refirió cefalea asociada al fármaco. La atención sanitaria fue buena o excelente para el 83 %. **Conclusiones:** Adherencia insuficiente, asociada a bajo nivel educativo y seguimiento irregular de controles. Se respaldan programas educativos y apoyo social adaptados a las condiciones socio-económicas de esta población.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, cumplimiento y adherencia al tratamiento, automonitorización de la glucosa sanguínea, enfermería, determinantes sociales de la salud

Autor correspondiente: Asunción Vega Ovelar. Carrera de Enfermería, Facultad de la Universidad del Norte en Ciudad del Este, Ciudad del Este, Paraguay

Financiación: Esta investigación no recibió financiación específica de organismos públicos, comerciales ni de entidades sin ánimo de lucro.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 constituye una de las principales cargas de enfermedad crónica a nivel mundial. Según las estimaciones más recientes de la Federación Internacional de Diabetes, la prevalencia global continúa en ascenso, con una proyección que confirma la magnitud creciente de este problema de salud pública, particularmente en países de ingresos bajos y medios (1). El control inadecuado de la enfermedad se asocia con un mayor riesgo de complicaciones macrovasculares y microvasculares, incluyendo enfermedad cardiovascular, nefropatía y neuropatía (2), así como con una elevada prevalencia de retinopatía diabética a escala mundial, una de las principales causas prevenibles de ceguera en adultos (3).

El seguimiento a largo plazo del ensayo UKPDS demostró que el control glucémico intensivo sostenido en el tiempo reduce de forma significativa el riesgo de complicaciones micro y macrovasculares, incluso años después de finalizada la intervención activa (4), un hallazgo que la evidencia posterior ha confirmado de manera consistente (5). Sin embargo, alcanzar y mantener este control depende en gran medida de la adherencia sostenida del paciente al tratamiento farmacológico y a las medidas de autocuidado indicadas.

La falta de adherencia al tratamiento en la diabetes tipo 2 es un fenómeno frecuente y multicausal, que compromete tanto los resultados clínicos individuales como la sostenibilidad de los sistemas de salud (6). Entre sus determinantes se han descrito barreras relacionadas con el propio paciente —como el conocimiento insuficiente sobre la enfermedad o las creencias erróneas sobre el tratamiento—, con el régimen terapéutico y con el sistema de salud (7). Estas barreras se intensifican en poblaciones de bajos ingresos, donde las dificultades económicas y el acceso limitado a los servicios de salud se combinan para reducir aún más la adherencia (8), y en contextos con recursos remotos donde persisten obstáculos estructurales de acceso (9), un patrón consistente con el descrito en sistemas de salud de países de ingresos bajos y medios con capacidad limitada para el diagnóstico y el tratamiento continuo de enfermedades crónicas no transmisibles (10).

El nivel educativo y la alfabetización en salud del paciente son determinantes reconocidos del autocuidado y del control glucémico (11,12), y su fortalecimiento mediante estrategias educativas estructuradas, como el

método de retroalimentación verbal conocido como «teach-back», ha mostrado mejorar la adherencia y el autocuidado en personas con enfermedades crónicas (13). Los programas de educación en autocuidado liderados por profesionales de enfermería han demostrado eficacia para mejorar el control glucémico de personas con diabetes tipo 2 (14), un rol que resulta especialmente relevante en localidades con acceso limitado a especialistas, donde el personal de enfermería suele constituir el principal referente de seguimiento del paciente crónico (15). Las intervenciones de telesalud (16) y la automonitorización de la glucosa (17) se han propuesto como estrategias complementarias para sostener la adherencia, aunque su efectividad depende en gran medida de que se aborden simultáneamente los múltiples factores —clínicos, conductuales y sociales— que determinan el autocuidado de la enfermedad (18).

En Paraguay, la diabetes figura entre las principales líneas prioritarias de intervención del Ministerio de Salud Pública, pero no existen datos publicados sobre el nivel de adherencia al tratamiento en poblaciones de asentamientos urbanos precarios. El presente estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos del asentamiento Virgen de Fátima, km 9 ½ Monday, Ciudad del Este, así como describir sus características sociodemográficas, identificar el servicio de salud donde realizan sus controles periódicos y detallar los factores que influyen en dicha adherencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y enfoque cuantitativo, llevado a cabo en el asentamiento Virgen de Fátima, km 9 ½ Monday, Ciudad del Este (Paraguay), durante 2022.

La población de estudio estuvo constituida por adultos de ambos sexos con diagnóstico de diabetes tipo 2 que se controlaban en el dispensario médico municipal del asentamiento. Se incluyó a las personas con diabetes tipo 2 que acudían a consulta o control en dicho dispensario y que aceptaron participar voluntariamente; se excluyó a quienes acudían por otros motivos de consulta o no desearon participar. El muestreo fue no probabilístico, intencional, y quedó conformado por 50 pacientes.

Previo autorización de la Intendencia Municipal y de la Dirección de Salud de Ciudad del Este, se obtuvo la lista de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 corres-

pondientes al área de responsabilidad del dispensario y se realizaron visitas domiciliarias en las que se explicaron los objetivos del estudio antes de aplicar el cuestionario. Los datos se recolectaron mediante un cuestionario de preguntas cerradas, elaborado por las investigadoras, que indagó variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, ocupación) y variables relacionadas con la adherencia al tratamiento: servicio de salud donde se obtienen los medicamentos y se realizan los controles periódicos, frecuencia del control de glicemia y del control médico, seguimiento del tratamiento indicado, tiempo de consumo de la medicación, molestias asociadas al tratamiento farmacológico y percepción de la atención recibida por parte de los profesionales de salud.

Los datos se procesaron mediante el programa Microsoft Excel y se presentan como frecuencias y porcentajes, con estadística descriptiva. El estudio se ajustó a los principios éticos de la investigación con seres humanos: se obtuvo consentimiento informado de cada participante, la participación fue voluntaria y con posibilidad de abandono en cualquier momento, y los datos se mantuvieron confidenciales.

RESULTADOS

Participaron 50 pacientes adultos con diagnóstico de diabetes tipo 2. El grupo etario más frecuente fue el de 40 a 49 años (44 %), seguido de los grupos de 60 a 69 años (23 %), 50 a 59 años (21 %) y 70 a 79 años (12 %). El 55 % de los participantes había completado únicamente el nivel primario de educación, el 29 % el nivel secundario y el 16 % el nivel terciario. En cuanto al estado civil, el 54 % estaba casado, el 19 % vivía en unión libre y el 27 % restante era soltero, divorciado o viudo. Respecto de la ocupación, el 32 % se dedicaba a otras actividades no especificadas, el 26 % era ama de casa y el resto se distribuía entre comercio, trabajo albañil, función policial, jubilación, docencia y costura, con proporciones de 4 % a 9 % cada una.

En cuanto a la obtención de medicamentos, el 30 % de los pacientes los retiraba en el puesto de salud, el 21 % en el hospital regional, el 19 % en el Instituto de Previsión Social (IPS), el 16 % en el centro de salud o en farmacias, y el 14 % no consumía ningún medicamento. De manera similar, el 30 % realizaba su control periódico en el puesto de salud, el 21 % en el hospital regional, el 19 % en el IPS, el 11 % en el centro de salud, el 5 % en farmacias y el 14 % no realizaba ningún tipo de control.

Respecto del control de glicemia, el 25 % lo realizaba cada un mes y otro 25 % cada un año, el 19 % cada seis meses, el 16 % cada tres meses, el 4 % cada 8 días y otro 4 % cada 15 días; el 9 % no realizaba ningún control de glicemia. En cuanto al control médico periódico, el 18 % acudía cada tres meses, el 16 % cada seis meses, el 14 % cada un año y el 12 % mensualmente, mientras que el 37 % no acudía a sus controles en forma periódica.

Sobre el seguimiento del tratamiento indicado, el 63 % de los pacientes refirió seguirlo, mientras que el 37 % no lo seguía. En relación con el tiempo de consumo de la medicación, el 53 % la tomaba desde hacía cuatro meses o más, el 5 % desde hacía una semana y el 4 % desde hacía tres meses, mientras que el 32 % ya no consumía la medicación y el 7 % nunca había consumido ningún medicamento. El 32 % de los pacientes refirió haber experimentado dolor de cabeza asociado al tratamiento farmacológico, el 12 % náuseas, el 9 % diarrea y el 4 % vómitos, mientras que el 44 % no refirió ninguna molestia. Finalmente, respecto de la percepción sobre la atención brindada por los profesionales de salud, el 60 % la calificó como buena, el 23 % como excelente, el 14 % como regular y el 4 % como mala.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio muestran una adherencia insuficiente al tratamiento entre los pacientes diabéticos del asentamiento Virgen de Fátima, con más de un tercio de los participantes sin seguir el tratamiento indicado y una proporción similar sin realizar controles médicos periódicos. Esta cifra es coherente con la magnitud del problema descrita de forma consistente en la literatura, donde la falta de adherencia en la diabetes tipo 2 se reconoce como un fenómeno frecuente y multicausal que compromete tanto los resultados clínicos como la sostenibilidad de los sistemas de salud (6).

El perfil sociodemográfico de la muestra —con más de la mitad de los participantes con educación primaria únicamente— resulta relevante porque el nivel educativo y la alfabetización en salud son determinantes reconocidos del autocuidado y del control glucémico (11,12). Este hallazgo es consistente con el marco de barreras relacionadas con el paciente, que incluye el conocimiento insuficiente sobre la enfermedad y su tratamiento como uno de los factores más señalados en la literatura sobre adherencia (7).

La dispersión de los pacientes entre múltiples puntos de obtención de medicamentos y de control (puesto de salud, hospital regional, IPS, centro de salud y farmacias), junto con el 14 % que no accedía a ningún servicio para su medicación, sugiere una fragmentación del seguimiento que puede dificultar la continuidad del cuidado. Esta fragmentación es consistente con las barreras de acceso descritas en sistemas de salud con recursos limitados, donde la falta de coordinación entre puntos de atención y la capacidad restringida para el seguimiento continuo de enfermedades crónicas no transmisibles comprometen la adherencia (9,10), un patrón que se agrava en poblaciones de bajos ingresos como la de un asentamiento urbano precario (8).

El abandono del tratamiento referido por casi un tercio de los pacientes que alguna vez lo iniciaron es un hallazgo especialmente preocupante, dado que el control glucémico sostenido en el tiempo —y no solo su logro puntual— es lo que reduce de forma significativa el riesgo de complicaciones micro y macrovasculares a largo plazo, como demostró el seguimiento extendido del ensayo UKPDS (4,5). La ausencia de un control glucémico adecuado expone a esta población a un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares y de retinopatía diabética, esta última una de las principales causas prevenibles de ceguera en adultos (2,3).

Las molestias asociadas al tratamiento farmacológico, referidas por más de la mitad de los pacientes, podrían constituir una barrera adicional para la adherencia sostenida, en línea con lo descrito respecto de los efectos secundarios de la medicación como factor de abandono del tratamiento (7). Frente a este panorama, las estrategias educativas estructuradas —como el método de retroalimentación verbal «teach-back» (13)— y los programas de educación en autocuidado liderados por profesionales de enfermería han mostrado mejorar tanto el conocimiento como el control glucémico de las personas con diabetes tipo 2 (14), un rol de particular relevancia en localidades con acceso limitado a especialistas, donde el personal de enfermería constituye con frecuencia el principal referente de seguimiento del paciente crónico (15).

A pesar de las barreras identificadas, la percepción de los pacientes sobre la atención recibida por parte de los profesionales de salud fue mayoritariamente positiva, lo que constituye una base favorable sobre la cual construir estrategias de acompañamiento más estructuradas, incluyendo la automonitorización de la glucosa (17) y las

intervenciones de telesalud (16), sin perder de vista que su efectividad depende de abordar simultáneamente los factores clínicos, conductuales y sociales que determinan el autocuidado de la enfermedad (18).

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran el diseño transversal, que impide establecer relaciones causales, y el muestreo no probabilístico e intencional, con un tamaño muestral reducido que limita la extrapolación de los hallazgos a otras poblaciones. Entre sus fortalezas se destaca el acceso directo a los pacientes mediante visitas domiciliarias, lo que permitió captar a personas que no necesariamente acuden de forma regular a los servicios de salud. En conclusión, los pacientes diabéticos del asentamiento Virgen de Fátima presentan una adherencia insuficiente al tratamiento, asociada a un bajo nivel educativo, a la fragmentación de los puntos de acceso a medicamentos y controles, y a las molestias asociadas al tratamiento farmacológico, lo que respalda la necesidad de programas educativos liderados por enfermería y de estrategias de apoyo social adaptadas a las condiciones socioeconómicas de esta población.

REFERENCIAS

1. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract.* 2022;183:109119. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109119>
2. Dal Canto E, Ceriello A, Rydén L, Ferrini M, Hansen TB, Schnell O, et al. Diabetes as a cardiovascular risk factor: An overview of global trends of macro and micro vascular complications. *Eur J Prev Cardiol.* 2019;26(2_supl):25-32. <https://doi.org/10.1177/2047487319878371>
3. Teo ZL, Tham YC, Yu M, Chee ML, Rim TH, Cheung N, et al. Global Prevalence of Diabetic Retinopathy and Projection of Burden through 2045: Systematic Review and Meta-analysis. *Ophthalmology.* 2021;128(11):1580-91. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2021.04.027>
4. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2008;359(15):1577-89. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0806470>
5. Bin Rakhis SA, AlDuwayhis NM, Aleid N, AlBarrak AN, Aloraini AA. Glycemic Control for Type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Systematic Review. *Cureus.* 2022;14(6):e26180. <https://doi.org/10.7759/cureus.26180>
6. Polonsky WH, Henry RR. Poor medication adherence in type 2 diabetes: recognizing the scope of the problem and its key contributors. *Patient Prefer Adherence.*

- 2016;10:1299-307.
<https://doi.org/10.2147/PPA.S106821>
7. Konstantinou P, Kassianos AP, Georgiou G, Panayides A, Papageorgiou A, Almas I, et al. Barriers, facilitators, and interventions for medication adherence across chronic conditions with the highest non-adherence rates: a scoping review with recommendations for intervention development. *Transl Behav Med*. 2020;10(6):1390-8. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa118>
 8. Baghikar S, Benitez A, Fernandez Piñeros P, Gao Y, Baig AA. Factors Impacting Adherence to Diabetes Medication Among Urban, Low Income Mexican-Americans with Diabetes. *J Immigr Minor Health*. 2019;21(6):1334-41. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00867-9>
 9. Alvarado MM, Kum HC, Gonzalez Coronado K, Foster MJ, Ortega P, Lawley MA. Barriers to Remote Health Interventions for Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Proposed Classification Scheme. *J Med Internet Res*. 2017;19(2):e28. <https://doi.org/10.2196/jmir.6382>
 10. Sharma A, Kaplan WA, Satheesh G, Poudyal IP, Gyawali P, Neupane D, et al. Health System Capacity and Access Barriers to Diagnosis and Treatment of CVD and Diabetes in Nepal. *Glob Heart*. 2021;16(1):38. <https://doi.org/10.5334/gh.927>
 11. Marciano L, Camerini AL, Schulz PJ. The Role of Health Literacy in Diabetes Knowledge, Self-Care, and Glycemic Control: a Meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2019;34(6):1007-17. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04832-y>
 12. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*. 2008;31(5):874-9. <https://doi.org/10.2337/dc07-1932>
 13. Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep*. 2016;14(1):210-47. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296>
 14. Azami G, Soh KL, Sazlina SG, Salmiah MS, Aazami S, Mozafari M, et al. Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes. *J Diabetes Res*. 2018;2018:4930157. <https://doi.org/10.1155/2018/4930157>
 15. Kirby S, Moore M, McCarron T, Perkins D, Lyle D. Nurse-led diabetes management in remote locations. *Can J Rural Med*. 2015;20(2):51-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25849752/>
 16. Bingham JM, Black M, Anderson EJ, Li Y, Toselli N, Fox S, et al. Impact of Telehealth Interventions on Medication Adherence for Patients With Type 2 Diabetes, Hypertension, and/or Dyslipidemia: A Systematic Review. *Ann Pharmacother*. 2021;55(5):637-49. <https://doi.org/10.1177/1060028020950726>
 17. Lin R, Brown F, James S, Jones J, Ekinici E. Continuous glucose monitoring: A review of the evidence in type 1 and 2 diabetes mellitus. *Diabet Med*. 2021;38(5):e14528. <https://doi.org/10.1111/dme.14528>
 18. Alexandre K, Campbell J, Bugnon M, Henry C, Schaub C, Serex M, et al. Factors influencing diabetes self-management in adults: an umbrella review of systematic reviews. *JBIC Evid Synth*. 2021;19(5):1003-118. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00020>