

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: María Iliana García Repetto

FALTA DE SOLICITUD DE MEDICACIÓN Y ADHERENCIA PARA EL TRATAMIENTO ORAL EN DIABETES MELLITUS 2

2016

Citar como: García Repetto, M. I. (2016). Falta de solicitud de medicación y adherencia para el tratamiento oral en Diabetes Mellitus 2. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE	Pág.	Pág.
1. Resumen	3	3
2. Introducción	3	3
3. Planteamiento del problema	6	6
3.1 Hipótesis	7	7
3.2 Objetivos	7	7
3.2.1 Objetivo Principal	7	7
3.2.2 Objetivos Específicos	7	7
4. Desarrollo	8	8
4.1 Marco Teórico	8	8
4.2 Metodología	16	16
4.3 Análisis de los datos y su interpretación	17	17
5. Conclusiones.	22	22
6. Bibliografía.	24	24
7. Anexos.	26	26

1. Resumen

Objetivo: identificar las causas de la falta de solicitud de medicación oral en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 evaluando las mismas desde la gestión de enfermedades y calidad de atención.

Contexto: Se ha observado falta de solicitud de medicación hipoglucemiante para Diabetes Mellitus 2 por parte de pacientes de una Obra Social con delegación en Bahía Blanca y sede central en Buenos Aires. Con el propósito de investigar esta falta de consulta e identificar sus causas, se empleó un método descriptivo, retrospectivo en el periodo 2014-2016.

Conclusiones: Habiendo analizado 68 pacientes que no solicitaron su medicación hipoglucemiante en tiempo y forma oriundos de la ciudad de Bahía Blanca, se determina que la falta de solicitud es multifactorial, siendo una de las causas más comunes pertenecer a otra Obra Social por lo que los pacientes solicitaban la medicación por esa vía alternativa.

Se determinaron también pacientes que adquirían la medicación en forma particular con gasto de su bolsillo por exigir una marca determinada. Asimismo se detectó una gran satisfacción por parte de los usuarios al ser contactados por teléfono lo que indicaría una posible herramienta para evaluar acceso a calidad de atención.

Palabras clave: Diabetes Mellitus 2, falta de solicitud, hipoglucemiantes, multifactorial.

2. Introducción

La salud constituye un aspecto esencial que contribuye, entre otros, a maximizar el bienestar de las personas y de la sociedad en su conjunto. En función de ello, el acceso, calidad, disponibilidad de servicios es crucial para lograr ese objetivo¹.

La Organización Mundial de la Salud define la enfermedad crónica como aquella que tiene larga duración y progresión generalmente lenta². Según se controle la misma, puede llevar a la discapacidad o complicaciones que pueden afectar a la autonomía y la calidad de vida de las personas que las sufren.

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre³. El efecto de la diabetes no controlada da

¹ Gonzalez García, G.; De la Puente, C.; Tarragona, S. "Medicamentos: Salud, Política y Economía". ISALUD. 2005, p. 294.

² Díaz, C. La Gestión Clínica. Como vencer al despotismo ilustrado y los resabios del iluminismo. 1ra edición. CABA: ISALUD, 2016. S00p

³ Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/NCK/NCS/99.2)

hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

En 2014, el 9% de los adultos (18 años o mayores) tenía diabetes en el mundo. En 2012, según la Federación Internacional de Diabetes, fallecieron 4.8 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes. Más del 80% de las muertes por diabetes se registra en países de ingresos bajos y medios.

En Argentina, se estima que hay dos millones y medio de personas con diabetes. La proyección para el año 2020 alcanzaría a 4 millones de argentinos, lo que llegaría a significar una prevalencia del 9,6%. Otro dato importante es que los resultados de las campañas de detección de la diabetes oculta indican que el 50% de las personas con diabetes desconocen que tienen la enfermedad y, por lo tanto, no reciben tratamiento. En este sentido, es fundamental llevar adelante un abordaje y tratamiento multidisciplinario en el cuidado de los pacientes con diabetes.

En nuestro país, en 2009, la Diabetes Mellitus fue la séptima causa de muerte con una tasa de mortalidad de 19,2 por cada 100.000 habitantes, y representó 1.328.802 años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos en la población adulta. La mayor parte de esta carga afecta a mujeres y personas de más de cincuenta años de edad. Según el Estudio Nacional de la Carga de Enfermedad, la diabetes fue la novena y undécima causa de años de vida perdidos por mujeres y hombres, respectivamente. En cuanto a los AVAD, la diabetes también ocupa el sexto lugar en mujeres y el séptimo en hombres.

En 2010, se estimó que la diabetes representó el 8% del gasto en salud. Su creciente prevalencia y las complicaciones asociadas, especialmente las cardiovasculares, representan una amenaza para la sostenibilidad de los sistemas de salud⁴

El Ministerio de Salud de la Nación contempla el cuidado, prevención y control del paciente diabético a través de cobertura legal por medio de Leyes y Resoluciones (ANEXO I) que prevén medicamentos e insumos para los mismos.

La diabetes produce alteraciones microvasculares que determinan complicaciones graves como retinopatía, causante del 7% de las cegueras en nuestro país. Según datos del Registro Argentino de Diálisis Crónica, la nefropatía diabética constituye la 1ra causa de diálisis, representando el 35,5% de casos incidentes y 25,6% de los casos prevalentes. Por otra parte, los trastornos macrovasculares (aterosclerosis) determinan aproximadamente el 13% de los infartos de miocardio.

Algunos datos del incumplimiento terapéutico revelan que no cumplen total o parcialmente su tratamiento el 50 a 90 % de los pacientes diabéticos⁵ lo que trae aparejado consecuencias múltiples para su salud y perjuicio económico a la obra social.

Se estudiará una población de pacientes con Diabetes Mellitus 2 no insulino dependientes pertenecientes a una Obra Social con delegación en la ciudad de Bahía Blanca y sede en la ciudad de Buenos Aires que no han consultado ni solicitado medicación o la solicitaron parcialmente durante los años 2014-2015-2016.

⁴Ministerio de Salud Resolución Nº 1156/2014 Bs.As., 23/7/2014

⁵ Cormillot Alberto, Publicación ISALUD, pág. 26, vol 10 ,Oct 2015)

¿La falta de solicitud detecta una falta de adherencia?

¿Qué hace que un paciente diabético no insulín dependiente no se adhiera al tratamiento oral? ¿No sabe las consecuencias de su no adherencia? ¿Es un problema de la obra social?

¿Por qué no consulta con su delegación más próxima? ¿Tiene otra Obra Social?

¿No le llega la medicación a tiempo?

La población total de diabéticos pertenecientes a esta Obra Social en todo el territorio Argentino es de 6073 pacientes incluyendo DM1 y DM2, de ellos 4598 no son insulín dependientes.

En Bahía Blanca la población total de diabéticos es de 197, siendo los que consumen solo hipoglucemiantes orales de 142 afiliados.

Se elige esta ciudad por ser representativa al resto de las ciudades en las que se encuentra esta Obra Social. No es pequeña como la ciudad de Verónica ni tan grande como Buenos Aires, siendo su resultado un parámetro a tener en cuenta para el resto de las delegaciones.

3. Planteamiento del problema

La falta de solicitud de la medicación puede ser por múltiples causas desde falta de adherencia al tratamiento hipoglucemiante hasta informalidades de la propia Obra Social que incluye fallas en la comunicación con el paciente.

El estudio de la adherencia a los tratamientos de las enfermedades crónicas resulta especialmente relevante ⁶ pues se estima que en la actualidad las cifras de la no adherencia a los tratamientos de las enfermedades crónicas bordean el 50%⁷. El 86% de las personas de edad avanzada padecen de al menos una enfermedad crónica que requiere medicación.

La no-adherencia es un fenómeno mundial de graves consecuencias; pérdida del control de la enfermedad, altos costos en el sistema de salud por incremento en ingresos y readmisiones hospitalarias, altos costos familiares, pérdida de calidad de vida, etc⁸.

Se entiende por **adherencia a las prescripciones** a la capacidad y disposición del paciente para seguir las prácticas de salud recomendadas.

La adherencia al tratamiento suele ser sobreestimada en la literatura médica ya que el cumplimiento es más elevado en los ensayos clínicos que en la vida real.⁹

En el caso de la Diabetes Mellitus 2, la no adherencia al tratamiento tiene efectos en la salud a corto plazo (hiperglucemia, aumento del azúcar en sangre) y largo plazo (complicaciones micro y macrovasculares tales como pie diabético, retinopatía y falla renal)¹⁰ que dañan gravemente muchos órganos y sistemas.

Además no cumplir con el tratamiento impacta negativamente en la calidad de vida del paciente, ocasiona al Estado altos costos económicos por pérdida de productividad, recursos asociados a rehabilitación y subsidios por discapacidad.

El hecho de no solicitar la medicación para Diabetes puede ser reflejo de falta de información por parte de la Obra Social hacia el paciente. Estos problemas de comunicación suelen ser síntomas de problemas más profundos.

Todas estas estimaciones justifican un estudio para evaluar las causas de que pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 pertenecientes a una Obra Social con delegación en la ciudad de Bahía Blanca y sede central en la ciudad de Buenos Aires no soliciten la medicación a tiempo lo que trae aparejado múltiples consecuencias que pueden reflejar progreso de la enfermedad, falla de comunicación de la obra Social, insatisfacción del usuario, etc.

⁶ Psico vol.29 no.1 Santiago jul.2011

⁷ Martín y GRAU, 2005; Silva, Galeano & Correa, 2005.

⁸ Silva G.;Galeano,E.;Correa,J.. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. BOGOTÁ, D.C ACTA MÉDICA COLOMBIANA VOL. 30 N° 4 ~ OCTUBRE-DICIEMBRE ~ 2005.

⁹ Cormillot Alberto, Publicación ISALUD, pág. 26, vol 10 ,Oct 2015)

¹⁰ Gallegos, Cárdenas & Salas, 1999; García & García de los Ríos, 1992.

3.1 Hipótesis

Se considera que investigando las causas por las cuales pacientes diabéticos no insulino dependientes no solicitan la medicación para el tratamiento oral permitirá evaluar el accionar de la Obra Social con sus afiliados en relación a la comunicación, entrega de la medicación y aspectos relevantes para continuidad del tratamiento entre ellos la adherencia al mismo. Mejoraría su control y recuperación, y al mismo tiempo redundaría en un beneficio económico para la Obra Social y para el sistema de salud.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo principal

El propósito de este estudio es identificar las causas de la falta de solicitud de medicación de pacientes diabéticos tipo 2 correspondientes a una Obra Social con delegación en la ciudad de Bahía Blanca y sede central en la ciudad de Buenos Aires y evaluar las mismas desde la gestión de enfermedades y calidad de atención, teniendo en cuenta las 5 dimensiones de la adherencia: el paciente, el tratamiento, lo social y económico, el Sistema de Salud y la enfermedad.

3.2.2 Objetivos específicos

- Analizar historias clínicas con diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 2.
- Realizar entrevistas a pacientes, a personal de la sede de la Obra Social en Bahía Blanca, a médicos diabetólogos incorporados en la cartilla de este Sistema de Salud
- Establecer causas por las que estos pacientes no solicitan su medicación en tiempo y forma.
- Relacionar categorías de análisis seleccionadas con la adhesión y no adhesión al tratamiento.
- Releva cantidad y porcentaje de pacientes con DBT Mellitus 2 que no han solicitado su medicación en tiempo y forma.

4. Desarrollo

4.1 Marco Teórico

Este trabajo se encuadra dentro de la mejora continua de atención, entendiendo que la satisfacción del paciente es un pilar importante para la continuidad de tratamiento y su adhesión en cualquier tipo de enfermedad crónica, en este caso la Diabetes Mellitus.

Según Avedis Donabedian: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" y según W. Deming: "Calidad es satisfacción del cliente".

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta¹¹:

El **componente técnico**, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.

Por otra parte, el **componente interpersonal**, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.

Finalmente, el tercer componente lo constituyen los **aspectos de confort**, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable. A partir de este análisis numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de H. Palmer que incluye:

- *Efectividad*: Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.
- *Eficiencia*: La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.
- *Accesibilidad*: Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.
- *Aceptabilidad*: Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.
- *Competencia profesional*: Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios.

Por lo expuesto, se estima importante evaluar la atención del paciente diabético mejorando en caso necesario procesos involucrados para mayor satisfacción del mismo.

¹¹ Rosa Suñol. Directora de la Fundación Avedis Donabedian. Jornades: Rosa Suñol i Àlvar Net LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Existen varios tipos de diabetes:

La diabetes de tipo 1 (también llamada insulino dependiente, juvenil), que se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Este tipo de enfermedad no se puede prevenir y tiene una importante carga genética.

En cambio, la diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta), se debe a una utilización ineficaz de la insulina. También tiene una carga genética, pero en menor grado, y se debe, en gran medida, al sobrepeso, la mala alimentación a base de harinas y a la falta de actividad física. Este tipo de diabetes comprende el 90% de los casos.

La diabetes es una de las principales causas de enfermedad y muerte prematura en la mayoría de los países. Es el tercer factor de riesgo de importancia, en relación a la mortalidad, atribuible a nivel global. Se estima que en el mundo, el número total de individuos que padecen diabetes se elevará de 171 millones de personas en el año 2000 a 366 millones en el año 2030.

La Federación Internacional de la Diabetes (IDF), estimó en 2012 que 371 millones de personas padecían diabetes en el mundo y que 4,8 millones de adultos murieron por causas atribuibles a la misma, esto equivale a **una muerte cada 7 segundos**.

Los síntomas pueden ser inespecíficos y de una evolución muy silenciosa, por lo que la enfermedad puede diagnosticarse tardíamente cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido las complicaciones. Por eso se la llama "enfermedad silenciosa".

Se debe tomar seriamente los cuatro puntos que previenen la diabetes y lograr así una buena calidad de vida. La fórmula preventiva es la siguiente:

- Tener una dieta saludable
- Hacer actividad física regular
- Mantener un peso corporal normal
- No fumar

Con estos cuatro ítems cumplidos, se puede prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición.

Bajo ningún concepto la medicación reemplaza los cuatro mandamientos de la diabetes, sino que la suplementa.¹²

A pesar de que la medicina logra tratar exitosamente la mayoría de las enfermedades agudas, no ocurre lo mismo con la recuperación y el control de las crónicas como la hipertensión, la obesidad, la diabetes o la depresión. Entre las razones está el hecho de que el 50 % de los pacientes no sigue el tratamiento indicado.

¹² Dra. Alejandra Hintze / Especial para Clarín Buena Vida) no es fuente científica

Muchos pacientes hacen un análisis propio de riesgo-beneficio de la necesidad versus conveniencia de tomar los medicamentos. A menudo la decisión de si el paciente toma o no la medicación se basa en la evaluación de la importancia de cuatro factores:

- ❖ Qué tan alta es la prioridad de tomar la medicación
- ❖ La percepción de gravedad de la enfermedad
- ❖ La credibilidad en la eficacia de la medicación y
- ❖ Aceptación personal de los cambios recomendados.

Las bajas tasas de adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedades metabólicas crónicas contribuyen sustancialmente a la carga humana y económica de estas enfermedades. La adherencia engloba dos conceptos: *cumplimiento* de dosis y forma de administración y *persistencia* en la duración del tratamiento prescripto.¹³ El 50 a 90 % de los pacientes diabéticos no cumplen total o parcialmente su tratamiento.¹⁴ Se consideran cinco dimensiones de la adherencia¹⁵:

- **El paciente:** protagonista de esta situación terapéutica de cuya decisión y actitud dependerá el resultado de los tratamientos instaurados.
- **Lo social y lo económico:** se observa que el entorno social¹⁶, que involucra: la contención familiar, nivel de educación, situación geográfica, y su economía, que refleja desigualdad de acceso a ciertos tratamientos, puede inclinar la balanza de resultado de la terapia.
- **El sistema de salud:** cuyas variables como accesibilidad, costos, seguimiento, calidad de atención pueden influir en la falta de adherencia al tratamiento y en consecuencia a resultados sub óptimos en esta patología.
- **El tratamiento:** se basa en actividad física, dieta y medicación que puede ser en comprimidos y/o inyectable.
- **La enfermedad:** considerada enfermedad metabólica crónica, puede ser controlada mediante medicamentos pero requiere principalmente de la actitud del paciente para su mejor mantenimiento.

¹³ Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. X. NOGUÉS SOLÁN, M. L. SORLI REDÓ, J. VILLAR GARCÍA

¹⁴ Cormillot Alberto, Publicación ISALUD, pág. 26, vol 10, Oct 2015)

¹⁵ Cormillot Alberto, Publicación ISALUD, pág. 26, vol 10, Oct 2015)

¹⁶ Terapia psicológica 2011, Vol. 29, Nº1,5-11, Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus TIPO 2.

Tomando en consideración estos antecedentes, este estudio pretende identificar causas por las que pacientes con diabetes tipo II pertenecientes a una Obra Social con delegación en la ciudad de Bahía Blanca y sede central en la ciudad de Buenos Aires, no solicitan la medicación para su tratamiento.

Las personas que padecen enfermedades crónicas pasan la mayor parte del tiempo fuera de las instituciones de salud, por ello, pacientes y familias son los principales proveedores de cuidados.

La educación sistemática y el empoderamiento permiten a los pacientes adquirir la capacidad para manejar por sí mismos su condición y prevenir complicaciones. Es necesario implementar medidas tendientes a fomentar el automanejo de los pacientes y mejorar la adherencia al tratamiento de la diabetes.¹⁷

El Ministerio de Salud desarrolla varias actividades para concientizar a la población y facilitar su continuidad en el tratamiento.

Algunas actividades que consideran son:

- Elaboración y diseminación de materiales educativos para el automanejo de la diabetes.
- Elaboración de un manual sobre los cuidados de personas con DM tipo 2 y otros factores de riesgo cardiovascular para el equipo de salud.
- Participación en los medios de comunicación masivos (radio, nota en diarios, T.V.) para la difusión de mensajes sobre los cuidados que requieren las personas con diabetes.
- Capacitaciones al equipo de salud en modelo de atención centrado en la persona, entrevista motivacional e intervención breve para favorecer la adherencia a los tratamientos.

Asimismo el Ministerio de Salud recomienda la periodicidad a tener en cuenta para el control profesional de la diabetes, la que debe ser cada 3 meses¹⁸.

¹⁷ Ministerio de Salud, Resolución 1156/2014

¹⁸ Ministerio de Salud, Guía Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus 2.

Se cree que existen varias causas o variables que pueden intervenir en obstaculizar la solicitud de la medicación y en algunos casos la adhesión al tratamiento con hipoglucemiantes orales, las cuales pueden enumerarse en el siguiente diagrama de causa-efecto.

Diagrama Causa – Efecto

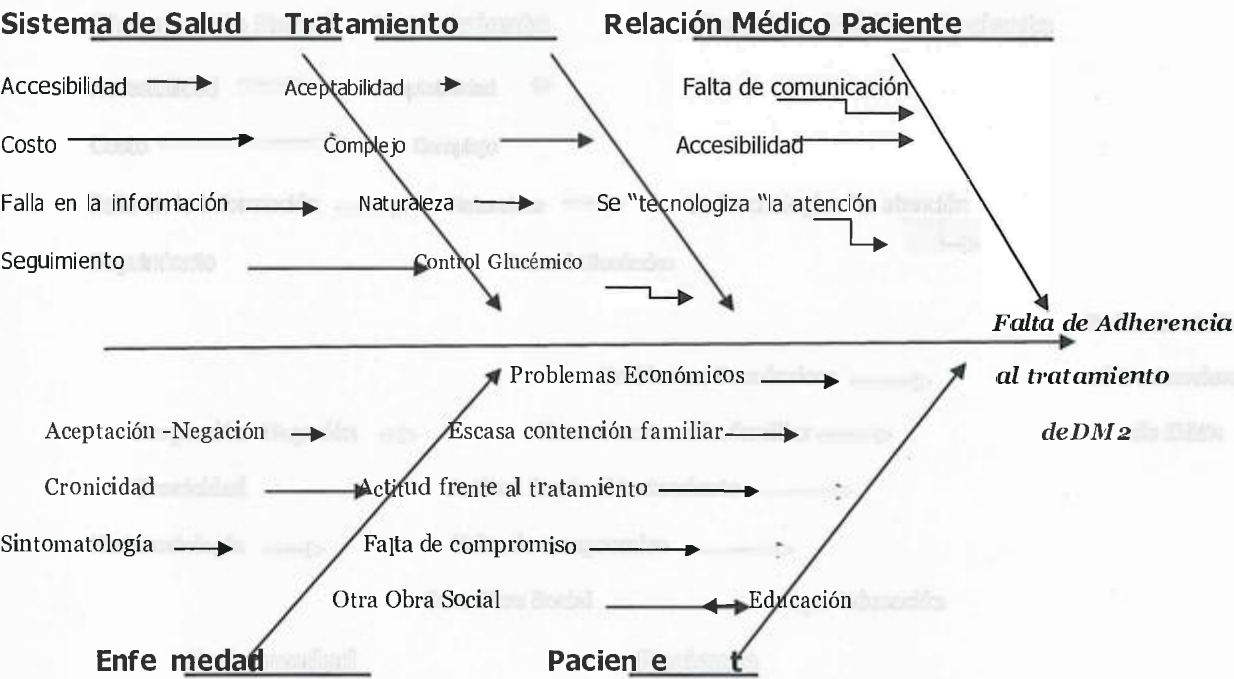


Gráfico 1: Probables causas de falta de adherencia o falta de solicitud al tratamiento de Diabetes Mellitus 2 (DM2) con hipoglucemiantes orales (HIPO).

Analizando las diferentes causas podemos hacer un breve análisis de las mismas:

Enfermedad: se puede relacionar cronicidad con la adherencia, cuanto más larga es la enfermedad, más difícil mantener el tratamiento. Con respecto a los síntomas, como se mencionó anteriormente, es una enfermedad silenciosa, el paciente no siente nada en esta etapa de la diabetes, no hay consecuencias inmediatas y puede olvidarse de las tomas. Asimismo no siempre el enfermo asume la enfermedad negándose a mantener el tratamiento.

En ocasiones el paciente diabético se adapta a los síntomas o a la condición en la que se encuentra y prefiere vivir con síntomas leves que seguir el esquema de tratamiento.

Sistema de Salud: es una Obra Social en la que se debe solicitar la medicación para Diabetes cada tres meses presentando una planilla de auditoría interna, intervenida por su médico tratante.

Esta Obra Social cubre todo lo que estipula la Ley para Diabetes según Anexo I, pág. 26.

La consulta periódica al médico puede resultar tediosa y ocasionar falta de adherencia. Los pacientes pueden tener otra Obra Social y obtener la medicación por esta vía alternativa.

Paciente: hay varias variables para tener en cuenta con respecto al paciente. Una de ellas es su contención familiar, cuanto mayor sea el soporte familiar y su conocimiento sobre la enfermedad mejor será su adherencia al tratamiento¹⁹.

Otra variable a tener en cuenta es su actitud frente a los distintos tratamientos y su conformidad a las recomendaciones de su médico²⁰.

También el stress juega un papel importante en la adherencia ya que se ha observado que a mayor stress se detectan pobres cifras de adherencia y altos índices de Hb1Ac (Hemoglobina Glicosilada)²¹.

Si bien el profesional sabe lo que el paciente "debe" hacer, este último es el único que sabe qué está dispuesto a hacer de todo lo que se diga.²²

Otro factor asociado es el deterioro sensorial, la pérdida de y/o audición, puede conducir a que el paciente no obtenga la información adecuada cuando le imparten instrucciones verbales o escritas²³.

Tratamiento: el tratamiento para la DBT tiene muchas variantes: por un lado la dieta que debe mantener el paciente; una dieta baja en azúcares, lo cual puede ser una razón para su no – adhesión al tratamiento.

Por otro lado la actividad física que puede verse dificultada por el aumento de peso u obesidad que presentan muchos de estos pacientes.

Por último, complementando lo anterior, está el tratamiento con fármacos que incluye hipoglucemiantes orales e insulino terapia dependiendo del estado y evolución de la enfermedad.

¹⁹ Desarrollo de un proyecto de investigación, sobre la adherencia en el tratamiento de la diabetes tipo 2, en pacientes que acuden a un servicio público de salud. María Puerto Ortuño. Universidad Europea de Madrid-Madrid Salud Master Universitario en Salud Pública Municipal.

²⁰ Adherence to Treatment and Health Outcomes, Ralph I. Horwitz, MD; Sarah M. Horwitz, PhD. *Arch Intern Med.* 1993; 153(16):1863-1868. doi:10.1001/archinte.1993.

²¹ Psicol vol.29 no.1 Santiago jul.2011.TERAPIA PSICOLOGICA 2011, VOL. 29.Nº1,5-11, Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2.Manuel Ortiz, Eugenia Ortiz, Alejandro Gatica y Daniela Gómez, Universidad de La Frontera, Chile.

²² Cormillot Alberto, Publicación ISALUD, pág. 26,vol 10 ,Oct 2015)

²³ Silva G.;Galeano,E.;Correa,J.. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. • BOGOTÁ, D.C .ACTA MÉDICA COLOMBIANA VOL. 30 Nº 4 ~ OCTUBRE-DICIEMBRE ~ 2005

Relación Médico – Paciente: la relación Médico – Paciente es el encuentro entre dos necesitados, uno que quiere curar y otro que quiere que lo curen.²⁴

Esta relación, a veces se tecnologiza, se despersonaliza y esto lleva al desgaste y desánimo por parte del enfermo que siente que no lo atienden satisfactoriamente y no lo escuchan.

El paciente, muchas veces, tiene miedo a preguntar y ahí es cuando puede haber una falta de comunicación entre ambos “jugadores”, el resultado de esa falla es que no llegan al objetivo de un buen control de la enfermedad manteniendo el tratamiento.

El médico debe preguntarse si lo que le indica a su paciente es adecuado para él en particular, si se ajusta a su realidad, si sigue sus preferencias y si cumplir con lo planificado está dentro de sus posibilidades reales.²⁵

Asimismo el profesional debe usar un lenguaje apropiado para que el paciente lo comprenda ya que lo que no entienden no los motiva²⁶ y puede ser causa de disconformidad y discontinuidad del tratamiento.

La duración de la consulta es también causa de no-adherencia si no se dispone de suficiente tiempo para explicar el tratamiento y menos si el esquema es complejo.

Esta Obra Social comprende 16 delegaciones y 7 gestorías que dependen de la delegación más próxima.

La Delegación Bahía Blanca era hasta hace 2 años una gestoría pero por su cantidad de afiliados y mayor complejidad de servicios paso a tener facultad de Delegación.



Ciudad de Bahía Blanca

El afiliado de esta mutual, para solicitar la medicación de Diabetes debe solicitarle al médico confeccionar una planilla de solicitud, (Anexo 2, pág. 27), y luego dirigirse a la Delegación que le corresponde para su entrega.

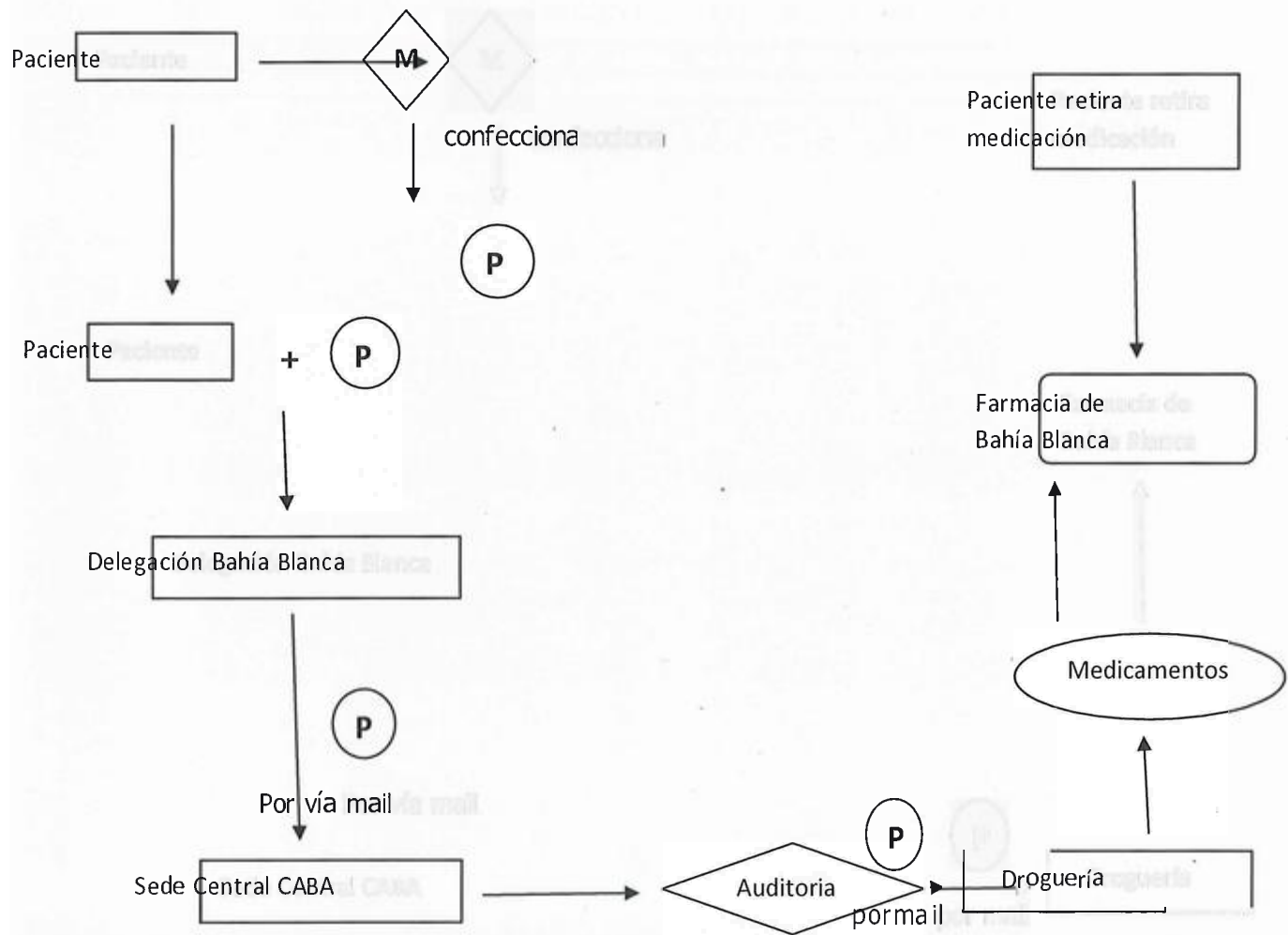
²⁴ Intra Med, El “escuchatorio” en la relación médico-paciente. Dr. Francisco Maglio.

²⁵ Cormillot Alberto, Publicación ISALUD, pág. 26, vol 10, Oct 2015)

²⁶ Cormillot Alberto, Publicación ISALUD, pág. 26, vol 10, Oct 2015)

FLUJOGRAMA DE SOLICITUD

M: médico
P: planilla de solicitud



El empleado de la Obra Social enviará la planilla por mail a la Sede Central para su posterior auditoria.

La auditoría se realiza en las primeras 48 hs. de recibirse el mail. Una vez autorizada la misma, se envía la orden de entrega a la Droguería correspondiente, la cual tiene un plazo de entrega máximo de 72 hs hábiles.

La entrega se realiza en una Farmacia convenida con la Droguería en la ciudad de Bahía Blanca. La misma se contacta con el paciente para que retire la medicación.

Todo el proceso desde que el afiliado entrega la solicitud hasta que recibe la medicación resultaría en 5 días hábiles.

4.2 METODOLOGIA

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo en el que se incluyen pacientes de una Obra Social sita en la ciudad de Bahía Blanca con sede central en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de cualquier edad , ambos géneros que no han solicitado su medicación oral para tratamiento de DM2 durante el periodo comprendido entre 2014-2016.

Recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó el registro informático de la Sede Central sita en CABA, en el que se incorporan las solicitudes en el periodo anteriormente mencionado.

Por medio de este registro se obtiene información de aquellos pacientes que no solicitaron medicación y de la fecha de su última solicitud.

Las variables que se registran en la base de datos fueron

- Nombre y apellido del paciente
- Fecha última solicitud
- Medicación solicitada
- Edad
- Datos personales : domicilio, teléfono
- Diagnóstico : DM2 no insulino dependiente

Una vez confeccionada la base de datos, se contactó por vía telefónica a los pacientes consultando el motivo de la falta de solicitud de la medicación.

La Delegación Bahía Blanca tiene 22 empleados. Uno solo se encarga de la recepción de solicitudes de los pacientes que incluyen a los diabéticos, con HIV, medicación ambulatoria y de alta especificidad.

A este empleado se le consultó telefónicamente, reconociendo el mismo una gran carga laboral haciéndole dificultosa cualquier intento de seguimiento de pacientes crónicos.

Se realizó una entrevista a un profesional endocrinólogo, médico tratante de la mayoría de los pacientes diabéticos de esta Obra Social.

Total afiliados en Base de Datos en la ciudad de Bahía Blanca que padecen Diabetes Mellitus 2 con tratamiento con Hipoglucemiantes orales: **261**

Total afiliados que NO solicitaron la medicación en tiempo y forma: **68**

4.3 Análisis de los datos y su interpretación

Una vez que se detectaron los pacientes demorados en su solicitud, se efectuaron categorías para clasificar las causas por las que no requirieron la medicación. El análisis fue de interpretación del autor.

Categorías determinadas:

- *Sin respuesta al llamado:* se intentó su contacto por medio telefónico sin respuesta. Se solicitó al banco de Datos confirmar su teléfono pero el mismo estaba desactualizado.
- *Falta de información por parte de la Obra Social:* los afiliados adquieren la medicación pero ignorando pautas y normas de la mutual.
- *Falta de adherencia:* los pacientes no solicitan la medicación suspendiendo el tratamiento.
- *Exigencia de marca:* los afiliados adquieren la medicación por exigir una marca en particular.
- *Pertenecen a otra Obra Social:* son usuarios que en un determinado momento adquieren su medicación por otra Obra Social.
- *Suspensión de tratamiento:* por diversas causas su tratamiento fue suspendido por médico tratante.
- *Fallecidos:* afiliados fallecidos durante el periodo seleccionado.

Se realizó un relevamiento de 68 afiliados que no solicitaron su medicación para Diabetes Mellitus 2 en el periodo indicado perteneciente a la ciudad de Bahía Blanca. Este dato representa el 26.05% del total de pacientes diabéticos que consumen hipoglucemiantes orales para su tratamiento.

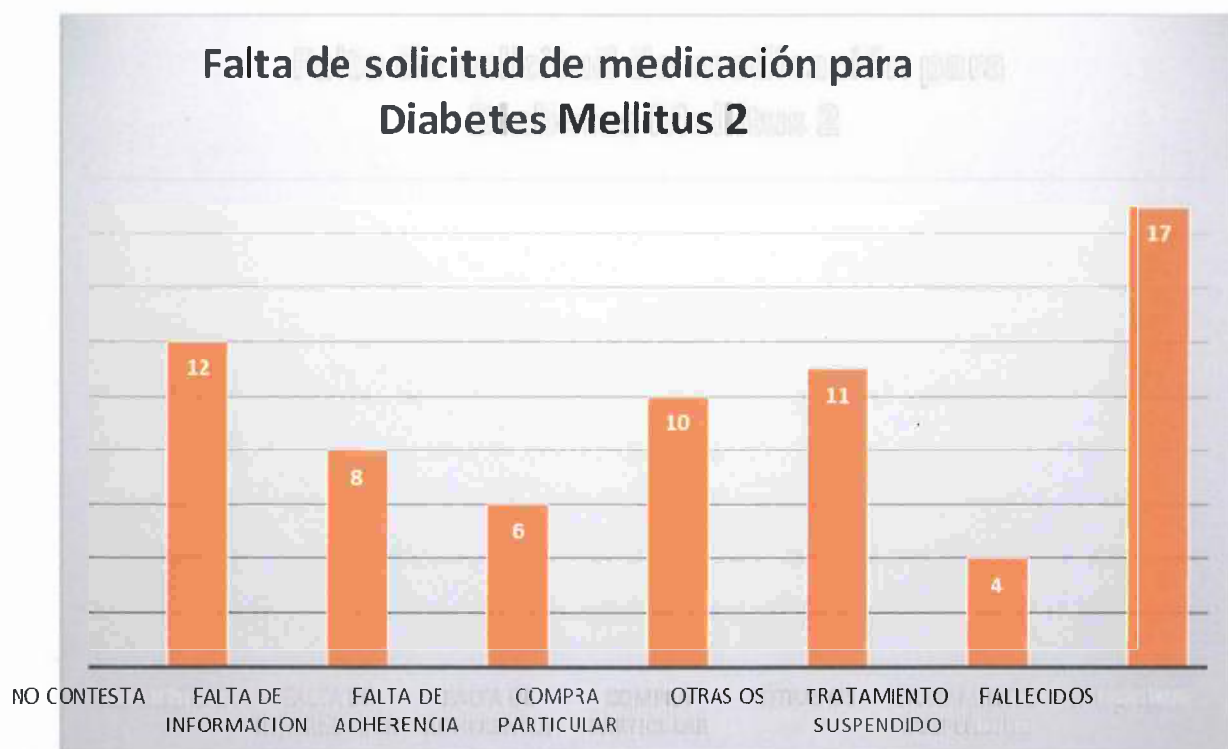


Figura 1. Relación cantidad de pacientes por categoría determinada en la falta de solicitud de medicación hipoglucemiante para Diabetes Mellitus 2.

El 17.64% (N=12), representan afiliados que **no contestan** y que figuran en el padrón pero sus contactos telefónicos están desactualizados no pudiéndose obtener una comunicación oportuna. Esto refleja falta de actualización por parte de la Obra Social y la delegación correspondiente.

Se observa que el 11.76% (N=8), adquieren la medicación en forma particular porque **ignoran o no recuerdan** pautas y normas de la Obra Social. De las consultas telefónicas efectuadas trasciende que el 75% no recordaban que debían entregar la planilla cada tres meses. Cabe señalar que con la llamada telefónica se aprovechó a aclarar dudas y evacuar consultas lo que satisfizo en gran medida a los afiliados.

Dos casos desearon cambiar a profesionales médicos no incorporados en la cartilla, e ignoraban que podían presentar la solicitud para su confección correspondiente.

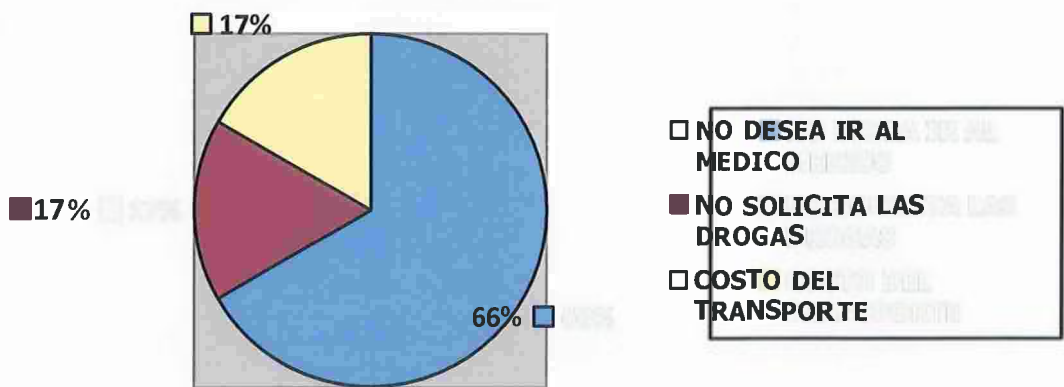
Con respecto a la **falta de adherencia** se observan 6 casos, de los cuales el motivo más frecuente es la actitud frente a la enfermedad.

Un 66.67% (N=4) de ellos, no desea ir al médico, no adquiere la medicación y no asume los peligros que conlleva no mantener el tratamiento a pesar que uno de ellos presenta elevados los parámetros de cuerpos cetónicos. Esto indica que la glucosa en sangre no está controlada y el alto nivel de cetonas puede envenenar el cuerpo.

Un paciente ha cambiado de profesional, le recetó nuevas drogas que todavía no ha solicitado a la Obra Social interrumpiendo el tratamiento.

Otro afiliado no acude a la consulta por la distancia que representa y el costo que ello le implica.

Gráfico relación Adhesión al tratamiento.



Un 14.70% (N=10), **compra la medicación en forma particular**. De ellos, 5 casos exigen una marca determinada no justificando correctamente dicha solicitud por lo que la adquieren por sus propios medios.

La ley N°25.649, sancionada el 28 de agosto de 2002, establece que toda receta y/o prescripción médica u odontológica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento, seguida de forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y concentración.

Asimismo el art 2º sostiene que en los casos en que el profesional autorizado a prescribir medicamentos opte por prescribir por marca, debe consignar el nombre genérico, seguido del de marca. Cuando el profesional tratante considere que no cabe reemplazar el medicamento denominado por marca debe agregar a continuación de la firma correspondiente a la prescripción y de su puño y letra la justificación fundada que avale tal decisión, bajo el título "Justificación de la prescripción por marca", dejando luego asentada nuevamente su firma y sello²⁷.

La aceptación de los medicamentos similares (popularmente llamados genéricos) depende en gran parte de la percepción de la calidad de los mismos²⁸.

En estos casos el profesional no justifica la marca por lo que el afiliado no acepta las marcas que la Obra Social otorga que son gratuitas para el paciente pero de menor costo para la mutual. Como resultado de esta negativa, el paciente adquiere de su bolsillo la medicación.

El resto considera que es un trámite tedioso ir al médico cada tres meses por lo que no acuden a él. De las entrevistas telefónicas, se comprobó que no tenían problema con los turnos pero preferían comprar la medicación en forma particular.



Figura 1. Relación cantidad de pacientes por categoría determinada en la falta de solicitud de medicación hipoglucémante para Diabetes Mellitus 2.

²⁷ Ministerio de Salud, SALUD PUBLICA. Resolución 326/2002

²⁸ Gonzalez Garcia, G.; De la Puente, C.; Tarragona, S. "Medicamentos: Salud, Política y Economía". ISALUD. 2005, p.294.

El 16.18% (N=11), pertenecen en la actualidad a **otra Obra Social**, de los cuales 9 casos poseen PAMI y otros dos a otras mutuales. Estos afiliados no desean, por ahora, abandonar la Obra Social estudiada. Aprovechando la encuesta, los afiliados aclararon dudas y efectuaron reclamos, los que se lograron solucionar a su debido tiempo.

Del gráfico se observa que a 4 pacientes se les **suspendió el tratamiento**. Según trascendió de la comunicación telefónica lograron controlar la Glucemia con actividad física y dieta únicamente.

Un 25.00% (N=17), representa el número de pacientes **fallecidos** en el periodo estudiado, causa más que suficiente por la que no habían solicitado la medicación. De ellos, 2 afiliados no estaban actualizados en el sistema informático.

El médico endocrinólogo entrevistado coincide con el resultado del trabajo. Confirma que la mayoría de los pacientes que no solicitan su medicación, desean una marca de medicación en particular y no quieren modificarla a pesar de la gratuidad de la marca entregada.

Por otro lado este profesional establece que un cierto número de sus pacientes tienen otra Obra Social y que no desean solicitar medicación por la mutual estudiada ya que su otra Obra Social les provee la medicación sin necesidad de justificar su marca.

Asimismo se observa que de las llamadas telefónicas efectuadas, y en concordancia con el profesional entrevistado, los usuarios tienen una muy buena escucha y comprensión de la enfermedad y sus consecuencias en caso que no tomen la medicación. Esto refleja una buena educación lo que conlleva una mejor actitud frente a la enfermedad y a las diferentes formas de controlar la diabetes, como la dieta y actividad física. Ambas acciones de muy difícil aceptación por parte de muchos pacientes.

5. Conclusiones

Este estudio permitió demostrar que la falta de solicitud de la medicación por parte de pacientes con enfermedades metabólicas, en este caso, diabetes Mellitus 2, es multifactorial.

El 57.35% (N=39), presentan diferentes causas por las que no solicitaron la medicación, falta de información de cómo solicitarla, falta de adherencia, adquieren la medicación en forma particular o de otra Obra Social.

Entre los resultados obtenidos en este trabajo, es relevante destacar que el 8.82 % no se adhirieron al tratamiento, lo que no se correlaciona con información obtenida de estudios realizados previamente. El autor cree que este comportamiento tiene que ver con la educación que poseen los afiliados, una Obra Social a la que se ingresa con previa instrucción y selección.

De las llamadas telefónicas realizadas, se observó que los afiliados demostraron una muy buena escucha y comprensión de lo que quiere comunicar el médico y mayor percepción de las consecuencias que conlleva no adherirse al tratamiento.

Cabe señalar nuevamente que la mayor parte de los pacientes que no se adhirieron al tratamiento reflejan un comportamiento negativo hacia la enfermedad no aceptando los cambios recomendados.

Otro dato a destacar es que el 95.00% de los pacientes que respondieron reconoció una alta satisfacción al ser contactados por teléfono para este tipo de encuesta. Muchos aprovecharon a evacuar dudas y plantear problemas muchos de los cuales se solucionaron. Agradecieron este contacto señalando ser la primera vez que la Obra Social se dirige a ellos en forma personalizada atendiendo sus necesidades sin que ellos fueran a buscar a la mutual, lo cual podría ser relevante para hacer un seguimiento en la adhesión a los tratamientos.

Esta respuesta favorable puede servir como base para investigar el grado de aceptabilidad o de satisfacción de los afiliados mediante indicadores, y de esta manera evaluar la calidad de atención a los usuarios.

Por otro lado, se observó una falta de actualización del sistema informático. Este hecho constituye por un lado una limitación a cualquier trabajo de investigación, por otro, refleja una falla en el proceso de organización y actualización de datos de la Obra Social.

Mejorar este sistema ayudaría a la obtención de datos concretos favoreciendo la comunicación y prestación de servicios incrementando calidad de atención.

Como corolario, surge de este trabajo que es importante acercar la organización a los pacientes, centrarse en el usuario teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas. Medir su grado de satisfacción sería una estrategia para evaluar la calidad de este proceso y para mejorar la adhesión a los tratamientos.

Se debe considerar una mejora continua en los procesos asistenciales.

El afiliado debe ver reflejada la capacitación y el buen trato, la comunicación debe ser fluida. "Mimar" al afiliado es una forma de facilitar el acceso a atención de calidad, a satisfacer sus aspiraciones y reclamos, sin que por ello se incrementen los gastos para la Obra Social. El afiliado debe sentir que la Obra Social lo contiene y que puede ayudarlos y en este contexto disminuir, en lo posible, la actitud del paciente a suspender un tratamiento.

En la medida que utilicemos indicadores y que evaluemos los resultados, será sostenible el acceso y facilitará la adhesión de los pacientes a los tratamientos indicados por los profesionales.

Lo que se creía como falta de adhesión resultó ser falta de comunicación con el paciente y falta de información y seguimiento del paciente respecto a la forma de adquisición de la medicación indicada.

6. Bibliografía

1. Ministerio de la Salud de la Nación. Resolución 1156/2014. Buenos Aires. 23/Jul/ 2014.
2. Ortiz, M.; Ortiz, E.; Gatica, A.; Gomez, D. "Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2". Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Terapia Psicológica 2011, Vol.29, nº1, p.5-11.
3. Ortuño, M. Desarrollo de un proyecto de investigación, sobre la adherencia en el tratamiento de la diabetes tipo 2, en pacientes que acuden a un servicio público de salud. María Puerto Ortuño. Universidad Europea de Madrid-Madrid Salud Master Universitario en Salud Pública Municipal.
4. Ralph¹, Horwitz, MD; Sarah M. Horwitz, PhD. Adherence to Treatment and Health Outcomes, *Arch Intern Med*. 1993; 153(16):1863-1868. doi:10.1001/archinte.1993.
5. Maglio, F. Intra Med, El "escuchatorio" en la relación médico-paciente.
6. Deaton, A. "El Gran Escape". Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad. CABA: Fondo de Cultura Económica, 2015. p.363.
7. Asche, C. La Fleur, J. Conner, C. "A Review of Diabetes Treatment Adherence and the Association with Clinical and Economic Outcomes". *Clinical Therapeutics*, 2011. Vol 33, Number 1.
8. Lain, Entralgo. "La relación médico – enfermo". Acento, Madrid, 1990.
9. Geneva, World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1., 1999 (WHO/NCK/NCS/99.2)
10. Ciechanowski, P.; Katon, W.; Russo, J.; Walker, E. "The Patient-Provider: Attachment Theory and Adherence to treatment in Diabetes". *The American Journal of Psychiatry*, Vol 158, Issue 1, January 2001, p. 29-35.
11. Suñol, Rosa. Ponències , Jornades: "LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN" Àlvar Net. Presidente de la Fundación Avedis Donabedian. Rosa Suñol: Directora de la Fundación Avedis Donabedian.
12. Orozco, Miguel. IV Curso Internacional de Desarrollo de Sistemas de Salud. Calidad en Salud, CIES-UNAN, Nicaragua. 2009.
13. Gonzalez Garcia, G.; De la Puente, C.; Tarragona, S. "Medicamentos: Salud, Política y Economía". ISALUD. 2005, p.294.

14. Cormillot, A. Publicación ISALUD ,Oct 2015.Vol 10, pág. 29
15. Fundación para la Diabetes, Cetoacidosis diabética
16. American Diabetes Association, cetoacidosis.
17. Ministerio de Salud de la Nación, Infoleg: SALUD PÚBLICA. Resolución 326/2002
18. Bianconi Z. Instrumentos para la Gestión de Calidad. Aplicación de Herramientas y técnicas a circuitos de mejora continua en la resolución de problemas. Notas de clase (2015)
19. Silva G.;Galeano,E.;Correa,J.. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. • BOGOTÁ, D.C .ACTA MÉDICA COLOMBIANA VOL. 30 Nº 4 ~ OCTUBRE-DICIEMBRE ~ 2005
20. Ojeda Vargas Ma. Guadalupe,Nicolás Padilla Raygoza ,María de Guadalupe Navarro Elías. Los determinantes Sociales de la Salud en adherencia al tratamiento de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.MEyAS. José Manuel Rodríguez Flores jrodriguez58@hotmail.com.Dr. Fredy Hernán Polo Campos epifam@gmail.com. Diversidad, cultura y salud. México.
21. Libertad Martín AlfonsoI; Héctor Bayarre VeaiI; Yadmila La Rosa MatosIII; María de la Concepción Orbay ArañaIV; Jesús Rodríguez AnayaV; Félix Vento IznagaVI; Magda Acosta GonzálezVI. "Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente". Revista Cubana Salud Pública v.33 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2007. INVESTIGACIÓN.
22. Ramírez I Liudmila Aponte; Dr. Roger Ramírez ZayasII; Dra. Silvia Hernández GonzálezIII; Dr. Dariel Somontes Zamora."Los procesos de glucosilación no enzimática". Revista Archivo Médico de Camagüey,versión On-line ISSN 1025-0255.AMC v.13 n.6 Camagüey nov.-dic. 2009. ARTÍCULOS DE REVISIÓN.
23. Díaz, Carlos A. La Gestión Clínica. Como vencer al despotismo ilustrado y los resabios del iluminismo.1ra edición. CABA: ISALUD, 2016.p 500.

7. Anexos

ANEXO 1. Aspecto LEGAL

El Ministerio de Salud, por medio de la Ley Nº 23.753 coordina acciones con el fin de asegurar a los pacientes diabéticos los medios terapéuticos y de control evolutivo.

Por el art 5º, incorporado por Ley Nº 26.914, se dispone que este Ministerio debe establecer las Normas de Provisión de Medicamentos e Insumos, las que deberán ser revisadas y actualizadas como mínimo cada dos años.

Por Resolución Nº 301 del 16 de abril de 1999 se aprobó el PROGRAMA NACIONAL DE DIABETES (PRONADIA) y las Normas de provisión de medicamentos e insumos.

La Resolución Nº 2271 del 17 de diciembre de 2010 pone en cabeza de la DIRECCION DE PROMOCION DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES la misión de coordinar los programas dirigidos a la prevención y control de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.

Esta DIRECCION ha elaborado una propuesta de modificación del Programa Nacional de Diabetes, PRONADIA.

Por Resolución Nº 1156/2014 del 23 de julio de 2014, art Nº 1 se aprueba el "PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS"

Este PROGRAMA considera actividades y objetivos, entre ellos mejorar la educación diabetológica, **el grado de adhesión al tratamiento** y fomentar el automanejo.

Por art Nº 3 de esta Resolución se aprueban las "NORMAS DE PROVISION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PERSONAS CON DIABETES" que se detallan en el ANEXO II de dicha Resolución.

En el caso de pacientes con hipoglucemiantes orales se cubre medicación e insumos:

- Biguanidas y Sulfonamidas: clorhidrato de metformina, glibenclamida, glipizida, glimepirida Según prescripción médica.
- Provisión de **tiras reactivas** para glucosa en sangre:
 - 50 anuales: en el caso de consumir únicamente METFORMINA
 - 100 anuales: corresponden a pacientes con SULFONAMIDAS.
- **Lancetas descartables** para punción digital: 50 anuales.
- **Reflectómetro** para la lectura de las tiras reactivas para glucosa en sangre: 1 cada 2 años.

ANEXO 2. Planilla de SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

DIRECCION DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA ARMADA SOLICITUD DE PROVISION DE MEDICAMENTOS
PARA TRATAMIENTOS PROLONGADOS POR ENFERMEDADES CRÓNICAS

A LLENAR POR EL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE: _____

AFILIADO N°: _____ OTRAS INSTITUCIONES: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ DOCUMENTO N°: _____

DOMICILIO ACTUAL: _____ CP: _____

TEL: _____ PESO: ALTURA: _____

FIRMA DEL AFILIADO

A LLENAR POR EL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

APELLIDO Y NOMBRE: _____ (DEL PROFESIONAL)

DOMICILIO: _____

ESPECIALIDAD: _____ INSTITUCION: _____

MATRICULA NACIONAL: _____ PROVINCIAL: _____

DIAGNOSTICO PRINCIPAL (Código. OMS): _____ FECHA COMIENZO TRATAMIENTO: _____

DURACION EN MESES: _____

HISTORIA CLINICA PROCEDENCIA (HOSPITAL, CLINICA, ETC) DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO
MONODROGA PRESENTACION DOSIS DIARIA ENVASES EN MILIGRAMOS MENSUALES

Rp/1) _____

Pp/2) _____

Rp/3) _____

Rp/4) _____

Rp/5) _____

LUGAR Y FECHA FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO Y UTILIZACION La confección de la planilla para afiliado con tratamiento prolongado por patologías crónicas de carácter obligatorio y deberá ser llenado por el médico tratante en todos sus ítems. El profesional podrá llenar tantas recetas con fecha adelantada como necesite el afiliado entre una y otra visita de control, no excediendo los 3 (tres) meses de tratamiento. Se autoriza a que en cada receta puedan indicarse hasta 3 (tres) envases chicos o hasta 1 (un) grande por cada medicamento. **JUSTIFICACION DEL TRATAMIENTO.**