



**CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdcl2024, (mayo 2024) ISSN 2415-0282**

Afinidad a la terapéutica en adultos mayores con diabetes mellitus en centros de atención primaria de salud

Isabel Góngora Lissabet\*

Rogelio Guerreiro Correa\*

Diana Rodríguez Vila\*

Yisel Valdes Forte\*

\*Estudiantes de 6to Año de la Carrera de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas ``Victoria de Girón``. Policlínico Universitario ``Cristóbal Labra``

### **Resumen:**

El término Diabetes Mellitus describe un síndrome en el que existe un trastorno metabólico de etiología múltiple; caracterizado por hiperglucemia crónica con alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas como resultado de defectos en la secreción o en la acción de la insulina. Sin tratamiento la enfermedad progresa hacia la deshidratación, la hiperosmolaridad, la cetoacidosis, el coma y la muerte; o hacia complicaciones crónicas; pero, la complejidad de este tratamiento, su realización de por vida, son factores fundamentales que influyen en la baja afinidad a la terapéutica en adultos mayores con esta patología en centros de atención primaria de salud.

### **Introducción:**

La diabetes mellitus(DM) es una enfermedad crónica no trasmisible, metabólica caracterizada por hiperglucemia (aumento de los niveles de glucosa en sangre), resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o ambos, la cual repercute no sólo sobre la calidad de vida del individuo y su familia, sino que además impacta social y económicamente a los servicios de

salud y la sociedad en general. A nivel mundial, se estima un incremento en la prevalencia de diabetes de 285 millones (6,4 %) en el año 2020 a casi 439 millones (7,7%) en el año 2030; en Latinoamérica, que incluye 21 países, con casi 500 millones de habitantes y se espera un aumento del 14 % en los próximos diez años, mucho más de lo esperado por el simple crecimiento poblacional. <sup>(1),(2)</sup>

De otro lado, las previsiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2030 son de 366 millones de personas con diabetes en todo el mundo y señalan una dimensión de auténtica epidemia, que es el doble de frecuente en las personas de nivel social más bajo respecto a los de nivel más elevado. De esta manera, dentro del panorama epidemiológico de la DM2, es preocupante que esta enfermedad se sitúe en segundo lugar como factor de riesgo causante de muerte por enfermedades cardiovasculares es la causa más frecuente de infarto cerebral, además, es la primera causa de ceguera, insuficiencia renal, amputaciones no debidas a traumas e incapacidad prematura. Se calcula que hasta un 70 % de todas las amputaciones de extremidad inferior están relacionadas con la diabetes y se encuentra entre las diez primeras causas de hospitalización y solicitud de atención médica, sin embargo, la baja afinidad al tratamiento por parte de los pacientes, constituye un problema para su control. <sup>(2), (3)</sup>

Todo lo cual pone en evidencia, la necesidad de un proceso de educación terapéutica que, unido a los cuidados clínicos, garanticen la eficacia en el tratamiento de las personas con esta enfermedad.

**Objetivo:** Caracterizar las causas de la baja afinidad a la terapéutica en adultos mayores con diabetes mellitus en centros de atención primaria de salud.

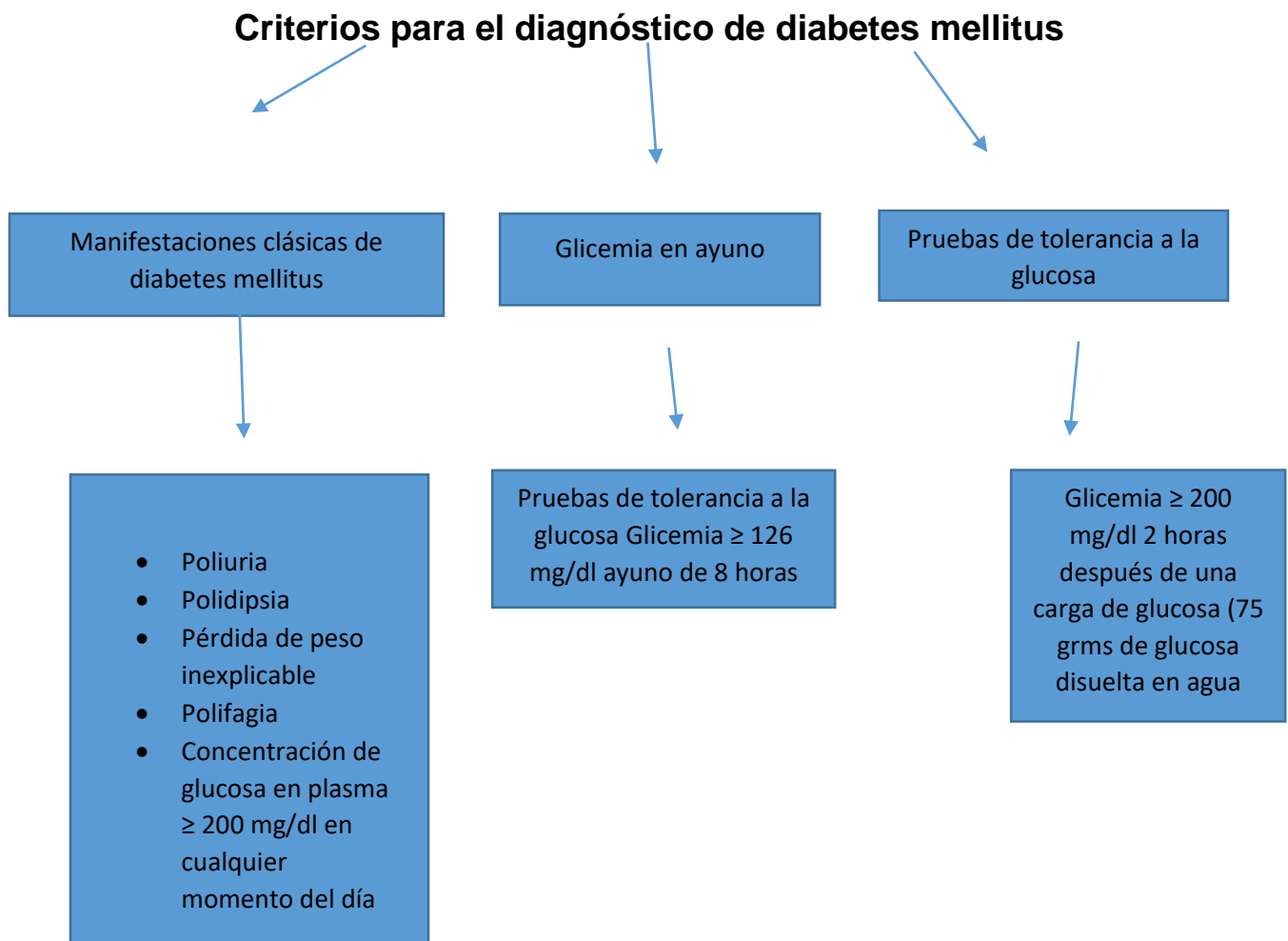
## **Desarrollo**

En Cuba alrededor del 3% al 6% de la población padece de diabetes mellitus. Desde 1960, se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte con predominio hacia el aumento, justificado por las condiciones creadas en los hábitos y costumbres específicas de esta población. <sup>(3)</sup>

Debido a su elevada incidencia en la población, por ser motivo frecuente de consulta en las disimiles unidades asistenciales, así como por la variedad de sus manifestaciones clínicas,

formas de presentación y las temibles complicaciones de esta epidemia endocrino metabólica, se hace imprescindible unificar criterios sobre su manejo ya que puede cobrar no solo vidas, sino años de vida socialmente activa desde el punto de vista laboral con gran influencia en la economía. <sup>(4)</sup>

Existen tres métodos para el diagnóstico de la diabetes mellitus, estos son:



Cualquiera de los tres criterios puede utilizarse, sin embargo, los casos de hiperglicemia deben ser confirmados repitiendo la prueba seleccionada, pero en un día diferente. El tercer criterio (prueba de tolerancia oral a la glucosa) no es recomendado como de rutina. El uso de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) no se recomienda para el diagnóstico de diabetes. <sup>(5), (6)</sup>

### Clasificación de la diabetes mellitus

- Diabetes mellitus tipo 1
- Diabetes mellitus tipo 2
- Diabetes gestacional
- Otros tipos específicos de diabetes.

a. Diabetes mellitus tipo 1: La diabetes mellitus tipo 1, se produce por la destrucción de las células beta del páncreas, lo que conduce a una deficiencia absoluta de insulina.

a.1. Diabetes mellitus mediada por respuesta inmune: Esta forma de diabetes representa el 5 al 10% de aquellos pacientes diabéticos que anteriormente estaban clasificados como insulino dependientes, diabetes tipo 1 o diabetes juvenil, la cual es el resultado de una destrucción autoinmune de las células beta del páncreas. La velocidad de destrucción es variable, siendo más rápida en algunos individuos principalmente en la población en edad preescolar y escolar y más lento en otros, principalmente en adultos. Algunos pacientes (niños y adolescentes) pueden presentar cetoacidosis como la primera manifestación de la enfermedad. Otros tienen una hiperglucemia moderada que puede transformarse rápidamente a hiperglucemia severa y/o cetoacidosis en presencia de infección o estrés.

La diabetes mellitus mediada por un proceso inmune generalmente ocurre en niños y adolescentes, pero también puede aparecer a cualquier edad inclusive en adultos mayores.

b. Diabetes mellitus tipo 2: Esta forma de diabetes la cual representa entre el 90 al 95% de la población diabética es la que se le conocía como diabetes no insulino dependiente, diabetes tipo II o diabetes del adulto, que se refiere a individuos con resistencia a la insulina y que presentan un déficit de la secreción de insulina. La mayor parte de los pacientes con este tipo de diabetes presentan exceso de peso u obesidad, lo que causa resistencia a la insulina y representa un estado inflamatorio crónico de baja intensidad que puede terminar destruyendo las células beta de los islotes pancreáticos.

c. Diabetes mellitus gestacional: Se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa diagnosticada por primera vez durante el embarazo. Esta definición aplica ya sea que se trate a la paciente con insulina o mediante modificación de la dieta.

La alteración de la tolerancia a la glucosa ocurre normalmente durante el embarazo especialmente durante el tercer trimestre.

d. Otros tipos específicos de diabetes:

d.1. Enfermedades pancreáticas: Cualquier situación que produzca un daño difuso del páncreas puede causar diabetes. Entre estas situaciones adquiridas están: la pancreatitis, trauma, infecciones, pancreatectomía y el carcinoma pancreático.

d.2. Endocrinopatías: Diversas hormonas (Ejemplo: hormona del crecimiento, cortisol, glucagón, epinefrina) antagonizan la acción de la insulina.

d.3. Diabetes inducida por drogas o químicos: Algunas drogas pueden afectar la secreción o la sensibilidad a la insulina. Estas drogas no causan diabetes por si mismas, pero pueden precipitar el desarrollo de la enfermedad en individuos con resistencia a la insulina. Algunos ejemplos incluyen el ácido nicotínico, glucocorticoides, tiazidas, alfainterferon, agonista beta adrenérgicos, antiretrovirales, antipsicóticos atípicos, entre otros.

d.4. Síndromes genéticos asociados con diabetes mellitus: Algunos síndromes genéticos están acompañados por un incremento en la incidencia de diabetes mellitus. Entre ellos están el Síndrome de Down, Síndrome de Klinefelter y Síndrome de Turner, entre otros. <sup>(7)</sup>

## **Protocolo de atención**

1. Normas generales:

Se investigará por diabetes a toda persona que manifieste los síntomas de la enfermedad (polifagia, polidipsia, poliuria, pérdida de peso, astenia), o que se considera de alto riesgo, a saber:

a. Individuo con antecedentes familiares de diabetes mellitus en primer grado de consanguinidad.

b. Personas con sobrepeso y obesidad.

c. Personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular o con enfermedad cardiovascular.

d. Gestante con antecedentes patológicos:

- Abortos espontáneos a repetición
- Toxemia
- Polihidramnios
- Macrosomía fetal (de 4.5 Kg. o más)
- Mortalidad fetal perinatal (cuatro semanas antes o una semana después)
- Malformaciones congénitas de los hijos
- Obesidad durante o después del embarazo.

e. Personas con dislipidemia comprobada.

f. Mujeres con vulvovaginitis recurrentes (moniliásica).

2. En la primera consulta por diabetes mellitus, debe realizarse y registrarse en el expediente:

• Historia clínica y examen físico completo: con énfasis en presión arterial, evaluación cardiovascular, examen del fondo de ojo, pulsos periféricos, exámen neurológico (trastornos en la sensibilidad, reflejos, etc.), exámen de los pies (pie diabético), infecciones o lesiones en la piel.

- Peso
- Talla
- Registro del índice de masa corporal
- Diagnóstico del estado nutricional
- Diámetro de cintura
- Solicitud de electrocardiograma
- Solicitud de radiografía de tórax.

b. Pruebas de laboratorio:

- Biometría hemática completa (BHC)

- Solicitud de glucemia en ayunas

HbA1c (Hemoglobina glicosilada)

- Solicitud de perfil lipídico completo (colesterol, triglicéridos, HDL, LDL)

- Solicitud de creatinina plasmática y nitrógeno de urea

- Urinálisis completo

- Microalbuminuria en una muestra de orina al azar

- Transaminasas, CPK y fosfatasa alcalina

- Ácido úrico

- Amilasa

- Electrolitos

c. Manejo interdisciplinario:

En la primera consulta médica debe contar registro en el expediente que el paciente ha sido referido a los servicios de enfermería, odontología, salud mental, trabajo social, nutrición y oftalmología para de esta forma recibir una atención integral.

d. Educación diabetológica.

e. Educación de estilo de vida saludable (actividad física, orientación nutricional, no fumar, entre otros). <sup>(7), (8)</sup>

### **Objetivos en el tratamiento de la DM 2 son:**

- Mantener al paciente libre de síntomas y signos relacionados con la hiperglicemia e impedir las complicaciones agudas.
- Disminuir o evitar las complicaciones crónicas.

- Que el paciente pueda realizar normalmente sus actividades física, mental, laboral y social, con la mejor calidad de vida posible.

Dentro del tratamiento no farmacológico es fundamental la modificación del estilo de vida y en especial la reducción del peso corporal en el paciente sobrepeso, es el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de las personas con diabetes.

### **Nutrición adecuada**

Está dirigida a contribuir a la normalización de los valores de la glicemia durante las 24 horas, y a favorecer la normalización de los valores lipídicos. Estos objetivos se deben lograr sin afectar la calidad de vida de los enfermos y deben contribuir a evitar la hipoglucemia

### **Actividad física**

Las ventajas fisiológicas inmediatas de la actividad física son mejoría de la acción sistémica de la insulina de 2 a 72 h, mejoría de la presión sistólica más que la diastólica y aumento de la captación de glucosa por el músculo y el hígado.

**Tratamiento farmacológico:** debe considerarse su empleo en el paciente cuando con la dieta y el ejercicio físico no se consiga un adecuado control de la diabetes Mellitus, tras un período razonable. (4-12 semanas) después del diagnóstico

### **Medicamentos para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2**

1.-Aumentan la secreción de insulina independiente del nivel de glucosa.

Sulfonilureas: primera generación (clorpropamida, tolbutamida). Segunda generación: glibenclamida, glicazida, glipizida, glimepirida. Meglitinidas: repaglinida, nateglinida.

2.-Disminuyen la insulino-resistencia.

Biguanidas: metformina. Tiazolidinedionas: pioglitazona, rosiglitazona.

3.-Disminuyen las excursiones de glucosa actuando en el tracto digestivo.



Inhibidores de las alfa glucosidasas: acarbosa, miglitol. Secuestrador de ácidos biliares: colesevelam.

4.-Aumentan la secreción de insulina dependiente del nivel de glucosa y suprimen la secreción de glucagón.

- Inhibidores de DPP4
- Agonistas del receptor de GLP1
- Análogos de amilina: pramlintida.

5.- Inulinas y análogos de insulina.

Insulina basal: insulina NPH.

Análogos basales: glargina, detemir.

Insulina prandial: insulina cristalina.

Análogos prandiales: lyspro, aspart, glulisina.

Entre las barreras más frecuentes para el cumplimiento del tratamiento se destacan las psicológicas y las de orden económico. Es reconocida la relación entre salud y personalidad, esta última como reguladora y autorreguladora del comportamiento humano a través de funciones como la autodeterminación, la flexibilidad, los negativos, el temor a la dependencia, el sentirse estigmatizado por la enfermedad, la variedad de intereses y proyectos futuros, el estrés.

En estudios realizados los pacientes refirieron como aspectos que desmotivan: la complejidad del tratamiento, la realización de por vida del tratamiento y la ausencia de beneficios relacionados al cumplimiento. Así como la motivación hacia los diferentes pilares del tratamiento no ocurre con la misma intensidad; destacándose, el ejercicio físico, el autocontrol de la glucosa y la asistencia a las consultas de seguimiento, aspectos con poca motivación. <sup>(9)</sup>

La educación como elemento esencial en la atención integral al paciente diabético, persigue como objetivos principales proporcionar información y conocimientos sobre la diabetes; entrenar y adiestrar en la adquisición de habilidades y hábitos; pretende crear en el enfermo una real conciencia de su problema, que le permite lograr cambios en su estilo de vida, para una mejor atención en su estado de salud. Debe ser progresiva, continua y ajustada a las condiciones clínicas del enfermo. Dirigido a lograr la incorporación activa del paciente y sus familiares al tratamiento. <sup>(10)</sup>

## Conclusiones

Como factores influyentes principales, en el incumplimiento del tratamiento se describe el olvido, la complejidad del tratamiento, su realización de por vida considerando que la educación es la piedra angular del tratamiento debe mantenerse invariablemente, identificando deficiencias, ampliar los conocimientos para influir en los cambios de conducta, lograr un estilo de vida propio de la condición diabética, siendo esto fundamental para controlar la enfermedad y disminuir las complicaciones.

## Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Diabetes. 2020 [citado 2024 marzo 03] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> [ Links ]
2. Monterrey-Hernández M, Linares-Canovas L, Toledo-del-LLano R, Vazquez-Ramos A, Morales-Monterrey C. Adherencia farmacológica y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores hipertensos. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río 2021;25(2):4989. [citado 2024 marzo 03] Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4989>
3. Rodríguez-Sardiñas L, Montier-Iglesias A, Díaz-Cabrera J, Fuentes-De-La-Rosa Y, Pérez-Martin M. Síndrome metabólico en adultos mayores del hogar de ancianos "Carlos Castellano Blanco". Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río 2023; 27:5749. <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5749>
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2021. La Habana: MINSAP, Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2023 [citado 2024 marzo 04]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
5. Betancourt Constante, Myriam Verónica; Rovalino Castro, Marilyn Ivette. Revisión bibliográfica sobre diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con síndrome metabólico Universidad Técnica de Ambato/ Facultad de Ciencias de Salud; 2023 [citado 2024 marzo 03] Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/38787>
6. Fiallos Zurita, A y Ojeda Sánchez (2023) Manejo diagnóstico y terapéutico del debut de diabetes mellitus en adultos(Tesis de Pregrado) Universidad Nacional de Chimborazo,

Riobamba, Ecuador 2023 [citado 2024 marzo 03] Disponible en:  
<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/11401>

7. Ruano Imbaquingo, D. E., Ruano Imbaquingo, H. J., Yépez Salazar, D. A., Herrería Rodríguez, M. A., Falcón León, K. D., & López Hoyos, E. J. (2023). Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(2), 379-395. [citado 2024 marzo 05] Disponible en: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v7i2.5300](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5300)
8. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015 [citado 2024 marzo 06] Disponible en: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Conv\\_637/GPC\\_diabetes/DIABETES\\_TIPO\\_2\\_COMPLETA.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_637/GPC_diabetes/DIABETES_TIPO_2_COMPLETA.pdf)»  
[http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Conv\\_637/GPC\\_diabetes/DIABETES\\_TIPO\\_2\\_COMPLETA.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_637/GPC_diabetes/DIABETES_TIPO_2_COMPLETA.pdf)
9. Carrasco E, Flores G, Gálvez C, Miranda D, Pérez ML, Rojas G. Manual para educadores en diabetes mellitus [Internet]. Santiago: Gobierno de Chile; 2007. [citado 2024 marzo 05] Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/189130/918750/file/ENTDiabetes,Manualpara educadores.PDF>
10. López-Ríos, Jennifer Marcela; Herrera-Franco, Elizabeth; Educación dirigida a personas con diabetes: abordajes pedagógicos, teóricos y prácticos en tensión. [Internet]. Facultad Nacional de Salud Pública, Grupo de investigación Salud y Sociedad, Universidad de Antioquia. 2023 [citado 2024 marzo 03] Disponible en: <https://doi.org/10.1590/interface.220235>