

Trabajo de Titulación Previa la Disertación de Grado para la Obtención de Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Tema: Relación Médico Paciente en el Cumplimiento de las Metas Terapéuticas en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, Atendidos por Médicos Familiares en los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública del Distrito 10 D01 de la Ciudad de Ibarra, Durante el Período 2017-2021

Integrantes: Juma Perugachi Juan Pablo

Pérez Chapues María Fernanda

Directora de Trabajo de Titulación**.**

Dra. Elva Beatriz Arias Terán

Ibarra 2021

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por darnos la oportunidad de estar con vida en esta pandemia COVID-19.

A nuestras familias que con su apoyo nos motivaron a culminar nuestra especialización. Nuestro más sincero agradecimiento a nuestra directora de trabajo de tesis la Dra. Elva Arias, que con paciencia nos guío durante todo este trabajo de investigación.

A si mismo a las autoridades de las instituciones tanto de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, como a los del ministerio de salud pública de la ciudad de Ibarra quienes nos autorizaron la realización del presente trabajo.

De igual manera a nuestra amiga Isabel Salazar quien nos acompañó de manera desinteresada en las instituciones de salud pública y a todos quienes fueron parte integral de este estudio.

Los autores:

Juma Perugachi Juan Pablo

Pérez Chapues María Fernanda

Dedicatoria

El presente trabajo le dedico a mi hija Luciana y a mis padres Manuel y Mariana quienes son la razón de mi existir, ellos son el pilar que me sostiene en los momentos más duros de mi vida.

Pablo

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo de tesis a mi esposo Andrés e hijos Julián y Darío quienes son mi motivación para luchar por mis objetivos.

A mis padres Norma y Segundo quienes me acompañaron en este arduo camino de preparación.

A mis hermanos que gracias a su apoyo se culminó mi objetivo de realizar mi especialización como Médico Familiar.

María Fernanda

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO 2

ÍNDICE DE TÉRMINOS 15

"RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, ATENDIDOS POR MÉDICOS FAMILIARES EN LOS CENTROS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO 10 D01 DE LA CIUDAD DE IBARRA, DURANTE EL PERÍODO 2017-2021". 16

1. RESUMEN 17

ABSTRACT 18

CAPITULO 1 20

INTRODUCCIÓN 20

MARCO TEÓRICO 21

Relación Médico Paciente 21
- Definición de la relación médico paciente: 21
- Historia sobre la relación médico paciente. 22
- Tipos de relación médico paciente. 23
- Principales problemas de la relación médico paciente. 25
- Situación actual de la relación médico paciente. 26
- De que se quejan los pacientes (del médico que lo atendió). 28
- Qué cualidades del médico esperan los pacientes. 29
- Satisfacción de la relación médico paciente. – 30

Diabetes mellitus tipo II. 32
- Definición. 32
- Epidemiología. 32
- Fisiopatología. 33
- Criterios diagnósticos. 34
- Factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 35
- Manejo de diabetes. 36
- Objetivos terapéuticos. 37

Complicaciones: 38
Recomendaciones 41

Justificación 43

Pregunta de investigación 44

Problema de investigación 44

Objetivo general: 46
Objetivos específicos: 46

Hipótesis 47

1. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO 47

Instrumentos de investigación 47
Encuesta de satisfacción de la relación médico paciente PDQR-9 48
Control glucémico y metabólico 48

Operacionalización de variables 49

Operacionalización de las variables del estudio 49
Variables sociodemográficas 49
Variables dependientes 53

Muestreo 62
Tipo de estudio: 64
Criterios de inclusión. – 64
Criterios de exclusión. - 65
Procedimientos de recolección de información 65

Aspectos Bioéticos 66

RESULTADOS 66

1. Análisis Uni-variado 67
Características sociodemográficas 67
Comorbilidades 72
Cuestionario PDQR-9 75
Metas terapéuticas 81
Metas terapéuticas en los últimos 5 años 86
Adherencia terapéutica 90
Acceso a la medicación 91

Análisis bivariado PDQR-9 y variables sociodemográficas 92

2. Análisis bivariado PDQR-9 y de metas terapéuticas 93

3. Análisis bivariado entre PDQR-9 y el Control metabólico 98

Comorbilidades 99

4. Análisis bivariado entre PDQR-9 y adherencia al tratamiento. 100

5. Análisis bivariado entre PDQR-9 y accesibilidad a la medicación. 102

Comparación de las metas terapéuticas antes y durante la pandemia COVID-19 104

6. Correlación entre el PDQR-9 y el control glucémico mediante HbA1C. 105

DISCUSIÓN 107

LIMITACIONES: 111

CONCLUSIONES: 111

RECOMENDACIONES. 112

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 114

ANEXOS 117

ANEXO 4 122

CONSENTIMIENTO INFORMADO. 122

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO 125

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 126

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 67

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES SEGÚN EL SEXO..... 67

FIGURA 2..... 68

HISTOGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES SEGÚN LA EDAD. 68

FIGURA 3..... 68

PROMEDIO DE NÚMERO DE ATENCIONES POR AÑO, EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS..... 68

FIGURA 4..... 69

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES SEGÚN LOS CENTROS DE SALUD. 69

FIGURA 5..... 69

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN LA ETNIA EN LOS PARTICIPANTES..... 69

FIGURA 6..... 70

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA..... 70

FIGURA 7..... 70

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN..... 70

FIGURA 8..... 71

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES SEGÚN EL ESTADO CIVIL..... 71

FIGURA 9..... 72

PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD VISUAL EN LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO. 72

FIGURA 10..... 73

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE TIENEN HIPOTIROIDISMO EN EL ESTUDIO..... 73

FIGURA 11..... 73

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE TIENEN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ESTUDIO. 73

FIGURA 12..... 74

PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN EL NÚMERO DE COMORBILIDADES 74

FIGURA 13..... 75

RESPUESTA DE LOS PACIENTES ANTE LA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO PDQR-9 ¿MI MÉDICO ME AYUDA? 75

FIGURA 14..... 75

RESPUESTA DE LOS PACIENTES ANTE LA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO PDQR-9 ¿MI MÉDICO TIENE SUFICIENTE TIEMPO PARA MÍ? 75

FIGURA 15..... 76

RESPUESTA DE LOS PACIENTES ANTE LA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO PDQR-9 ¿CREO EN MI MÉDICO? 76

FIGURA 16..... 77

RESPUESTA DE LOS PACIENTES ANTE LA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO PDQR-9 ¿MI MÉDICO ME ENTIENDE?..... 77

FIGURA 17..... 77

RESPUESTA DE LOS PACIENTES ANTE LA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO PDQR-9 ¿MI MÉDICO SE DEDICA AYUDARME? 77

FIGURA 18..... 78

RESPUESTA DE LOS PACIENTES ANTE LA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO PDQR-9 ¿MI MÉDICO Y YO ESTAMOS DE ACUERDO A LA NATURALEZA DE MIS SÍNTOMAS? 78

FIGURA 19..... 78

RESPUESTA DE LOS PACIENTES ANTE LA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO PDQR-9 ¿PUEDO HABLAR CON MI MÉDICO? 79

FIGURA 20..... 79

RESPUESTA DE LOS PACIENTES ANTE LA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO PDQR-9 ¿ME SIENTO CONTENTO CON EL TRATAMIENTO DE MI MÉDICO? 79

FIGURA 21..... 80

RESPUESTA DE LOS PACIENTES ANTE LA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO PDQR-9 ¿SIENTO A MI MÉDICO FÁCILMENTE ACCESIBLE? 80

FIGURA 22..... 81

PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE MEDIANTE EL TEST PDQR-9. 81

FIGURA 23..... 81

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE CUMPLEN LAS METAS TERAPÉUTICAS DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN EL AÑO 2021. 81

FIGURA 24..... 82

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE CUMPLEN LAS METAS TERAPÉUTICAS EN LAS CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL EN EL AÑO 2021. 82

FIGURA 25..... 83

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE CUMPLEN LAS METAS TERAPÉUTICAS EN LOS NIVELES SÉRICOS DE COLESTEROL TOTAL EN EL AÑO 2021..... 83

FIGURA 26..... 84

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE CUMPLEN LAS METAS TERAPÉUTICAS EN LOS NIVELES SÉRICOS DE COLESTEROL HDL EN EL AÑO 2021. 84

FIGURA 27..... 84

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE CUMPLEN LAS METAS TERAPÉUTICAS EN LOS NIVELES SÉRICOS DE COLESTEROL LDL EN AÑO EL 2021. 84

FIGURA 28..... 85

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE CUMPLEN LAS METAS TERAPÉUTICAS EN LOS NIVELES SÉRICOS DE TRIGLICÉRIDOS EN AÑO EL 2021. 85

FIGURA 29..... 85

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE CUMPLEN LAS METAS TERAPÉUTICAS EN LOS NIVELES SÉRICOS DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN AÑO EL 2021..... 85

FIGURA 30..... 86

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE CUMPLEN LAS METAS TERAPÉUTICAS EN LOS NIVELES GLUCOSA BASAL EN AÑO EL 2021. 86

FIGURA 31..... 87

PROMEDIO CIFRAS DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL IMC DURANTE EL PERIODO 2017-2021. 87

FIGURA 32..... 87

PROMEDIO DE LOS NIVELES DE COLESTEROL TOTAL EN MG/DL EN EL SUERO DE PACIENTES DURANTE EL PERIODO 2017-2021. 87

FIGURA 33..... 88

PROMEDIO DE LOS NIVELES DE COLESTEROL HDL EN MG/DL DURANTE EL PERIODO 2017-2021. 88

FIGURA 34..... 88

PROMEDIO DE LOS NIVELES DE COLESTEROL LDL DURANTE EL PERIODO 2017-2021..... 88

FIGURA 35..... 89

PROMEDIO DE LOS NIVELES DE TRIGLICÉRIDOS DURANTE EL PERIODO 2017-2021. 89

FIGURA 36..... 89

PROMEDIO DE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA HBA1C DURANTE EL PERIODO 2017-2021. 89

FIGURA 37..... 90

PORCENTAJE DE PACIENTES PARTICIPANTES DEL ESTUDIO QUE TIENEN BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO SEGÚN LA ESCALA DE MORISKY GREEN DURANTE EL AÑO 2021. 90

FIGURA 38..... 91

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RESPONDIERON TENER BUEN ACCESO A LA MEDICACIÓN DURANTE EL AÑO 2021. 91

FIGURA 39..... 91

PORCENTAJE DE RESPUESTAS ANTE LA PREGUNTA ¿USTED PUEDE ACCEDER A LA MEDICACIÓN? 91

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 71

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES SEGÚN EL NÚMERO DE AÑOS CON DIABETES. 71

TABLA 2 92

CRUCE DE VARIABLES MEDIANTE CHI CUADRADO ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE MEDIANTE EL PDQR-9 Y EL LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS PARTICIPANTES EN EL AÑO 2021. 92

TABLA 3 93

CRUCE DE VARIABLES MEDIANTE CHI CUADRADO ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE MEDIANTE EL PDQR-9 Y EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS TERAPÉUTICAS EN LOS NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL DE LOS PARTICIPANTES EN EL AÑO 2021. 93

TABLA 4 94

CRUCE DE VARIABLES MEDIANTE CHI CUADRADO ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE MEDIANTE EL PDQR-9 Y EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS TERAPÉUTICAS EN LOS NIVELES DE COLESTEROL TOTAL DE LOS PARTICIPANTES EN EL AÑO 2021. 94

TABLA 5 95

CRUCE DE VARIABLES MEDIANTE CHI CUADRADO ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE MEDIANTE EL PDQR-9 Y EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS TERAPÉUTICAS EN LOS NIVELES DE COLESTEROL HDL DE LOS PARTICIPANTES EN EL AÑO 2021. 95

TABLA 6 96

CRUCE DE VARIABLES MEDIANTE CHI CUADRADO ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE MEDIANTE EL PDQR-9 Y EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS TERAPÉUTICAS EN LOS NIVELES DE COLESTEROL LDL DE LOS PARTICIPANTES EN EL AÑO 2021. 96

TABLA 7 97

CRUCE DE VARIABLES MEDIANTE CHI CUADRADO ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE MEDIANTE EL PDQR-9 Y EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS TERAPÉUTICAS EN LOS NIVELES DE TRIGLICÉRIDOS DE LOS PARTICIPANTES EN EL AÑO 2021. 97

TABLA 8 98

CRUCE DE VARIABLES MEDIANTE CHI CUADRADO ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE MEDIANTE EL PDQR-9 Y EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS TERAPÉUTICAS EN EL CONTROL METABÓLICO DE LOS PARTICIPANTES EN EL AÑO 2021. 98

TABLA 9 99

CRUCE DE VARIABLES MEDIANTE CHI CUADRADO ENTRE PACIENTES QUE PRESENTAN HIPOTIROIDISMO Y EL SEXO DE LOS PARTICIPANTES DURANTE EL AÑO 2021. 99

TABLA 10 100

CRUCE DE VARIABLES MEDIANTE CHI CUADRADO ENTRE PACIENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL Y EL LUGAR DE RESIDENCIA DE PACIENTES PARTICIPANTES DURANTE EL 2021. 100

TABLA 11 101

CRUCE DE VARIABLES MEDIANTE CHI CUADRADO ENTRE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE MEDIANTE EL CUESTIONARIO PDQR-9 Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MEDIANTE LA ESCALA MORISKY GREEN DURANTE EL AÑO 2021. 101

TABLA 12 102

CRUCE DE VARIABLES CHI CUADRADO ENTRE LA PERCEPCIÓN DEL ACCESO A LA MEDICACIÓN Y LA ETNIA DE LOS PARTICIPANTES DURANTE EL AÑO 2021. . 102

TABLA 13 103

CRUCE DE VARIABLES MEDIANTE CHI CUADRADO ENTRE LA PERCEPCIÓN DEL ACCESO A LA MEDICACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS METAS TERAPÉUTICAS DE LAS CIFRAS DE GLUCOSA BASAL EN LOS PARTICIPANTES DURANTE EL AÑO 2021 103

TABLA 14 104

COMPARACIÓN MEDIANTE T DE STUDENT DE LAS METAS TERAPÉUTICAS ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19. 104

TABLA 15 105

PRUEBA DE NORMALIDAD DE LAS VARIABLES PDQR-9 Y HBA1C..... 105

CORRELACIÓN DE SPERMAN ENTRE LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA Y PDQR-9..... 106

ÍNDICE DE TÉRMINOS

ACV: Accidente cerebro vascular.

ADA: Asociación Americana de Diabetes.

ARA 2 inhibidos de los receptores de angiotensina.

ASA: Acido acetil salicílico.

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2

ERC: Enfermedad renal crónica.

GLP: insulina de liberación prolongada glargina.

HAQ: Cuestionario de alianza terapéutica.

HbA1C: Hemoglobina glicosilada.

HDL: Colesterol de alta densidad.

IAM: Infarto agudo de miocardio.

IECA: inhibidor de la enzima angiotensina

IMC: índice de masa corporal.

INEC: Instituto ecuatoriano de estadísticas y censos.

Kg: kilogramos.

LDL: Colesterol de baja densidad.

M2: metros cuadrados.

MAIS-FCI: Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria e intercultural.

Mg: miligramos

NPH: Insulina de acción intermedia.

OMS: Organización mundial de la salud.

OR: Odds ratio.

PDQR-9 cuestionario de satisfacción de la relación médico paciente versión de 9 preguntas.

PRAS: Plataforma de registro de atención en salud.

RMP: Relación médico paciente.

TFG: Tasa de filtración glomerular.

UI: unidades internacionales.

UKPS: United Kingdom prospective diabetes study.

VEGF: Factor de crecimiento de endotelio vascular

“RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, ATENDIDOS POR MÉDICOS FAMILIARES EN LOS CENTROS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO 10 D01 DE LA CIUDAD DE IBARRA, DURANTE EL PERÍODO 2017-2021”.

Lugar y temporalidad. -

La presente investigación se realizó en los centros de salud tipo A y B de la ciudad de Ibarra, Centros de salud tipo A de Caranqui, Priorato, Pugacho, Alpachaca, San Antonio, El tejar, La Esperanza y Centro de salud tipo B de número 1 de Ibarra, durante el periodo 2017 – 2021.

AUTORES: JUMA PERUGACHI JUAN PABLO CI 1002692422

Correo electrónico: juanpablojuma@gmail.com

PÉREZ CHAPUES MARÍA FERNANDA CI 1002879581

Correo electrónico: mariafernandap1982@hotmail.com

TUTOR: DRA. ELVA BEATRIZ ARIAS TERÁN

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN.

Línea de investigación: Salud y bienestar.

Gestión y calidad de servicios.

1. RESUMEN

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS TERAPÉUTICAS EN DIABÉTICOS TIPO 2.

La literatura científica relata que existe una relación estrecha, entre la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2.

El objetivo de este trabajo de investigación es identificar si existe una relación entre la percepción de la satisfacción de la relación médico paciente desde el punto de vista del usuario, con el cumplimiento de las metas terapéuticas.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio epidemiológico analítico transversal.

Se tomó una muestra de 230 pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2, que asisten a los controles rutinarios en ocho centros de salud del ministerio de salud pública del Ecuador de la ciudad de Ibarra en el periodo 2017-2021.

Las herramientas utilizadas son el cuestionario validado PDQR-9 que valora la percepción de la relación médico paciente desde el punto de vista del usuario en la consulta de Medicina Familiar, así como las historias clínicas de los centros de salud.

Resultados:

EL 71% corresponden al sexo femenino, 21% viven en el área rural, un promedio de 7,9 años de diagnóstico de diabetes mellitus, el 60% de los participantes son hipertensos.

En el cumplimiento de las metas terapéuticas, 75% con los niveles de HDL, 72,8% con cifras de tensión arterial, 48,8% con colesterol total, 48,5% con triglicéridos, 47,5% con hemoglobina glicosilada, 32% con glucosa basal, 28,5% con LDL y 27% cumplen con el índice de masa corporal.

El 95.26% contestaron tener un alto nivel de percepción de la relación médico paciente, Se encontró una relación lineal entre la percepción de la relación médico paciente y el control glucémico, sin embargo, no se encontró una relación entre la percepción de la relación médico paciente con las metas terapéuticas en el control metabólico.

Conclusiones:

Existe una relación lineal entre la percepción de la relación médico paciente y el control glucémico, pero no con el control metabólico.

ABSTRACT

DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP IN THE COMPLIANCE OF THE THERAPEUTIC GOALS IN TYPE 2 DIABETICS.

Scientific literature reports that there is a close relationship between the doctor-patient relationship and adherence to treatment in chronic diseases such as type 2 diabetes.

The objective of this research work is to identify if there is a relationship between the perception of satisfaction of the doctor-patient relationship from the user's point of view, with the fulfillment of therapeutic goals.

Materials and methods:

A cross-sectional analytical epidemiological study was carried out.

A sample of 230 patients suffering from type 2 diabetes mellitus was taken, who attend routine controls in eight health centers of the Ministry of Public Health of Ecuador in the city of Ibarra in the period 2017-2021.

The tools used are the PDQR-9 validated questionnaire that assesses the perception of the doctor-patient relationship from the user's point of view in the Family Medicine consultation, as well as the medical records of the health centers.

Results:

71% corresponds to the female sex, 21% live in rural areas, an average of 7.9 years of diagnosis of diabetes mellitus, 60% of the participants are hypertensive.

In meeting the therapeutic goals, 75% with HDL levels, 72.8% with blood pressure figures, 48.8% with total cholesterol, 48.5% with triglycerides, 47.5% with glycosylated hemoglobin, 32 % with basal glucose, 28.5% with LDL and 27% comply with the body mass index,

95.26% answered having a high level of perception of the doctor-patient relationship, a linear relationship was found between the perception of the doctor-patient relationship and glycemic control, however, no relationship was found between the perception of the doctor-patient relationship with therapeutic goals in metabolic control.

Conclusions:

There is a linear relationship between the perception of the doctor-patient relationship and glycemic control, but not with metabolic control.

Key words: Doctor-patient relationship, Diabetes type 2, PDQR-9.Therapeutic goals.

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

La relación médico paciente a través de la historia ha presentado cambios, desde aquella donde el médico mostraba una actitud paternalista, hasta aquella donde la participación del paciente cobra importancia en la toma de decisiones en el control y cuidado de su salud.

Un modelo centrado en el paciente ha permitido desarrollar estrategias para mejorar la relación médico paciente y comunidad.

La competencia del profesional en Medicina Familiar facilita la atención con estándares de calidad, que buscan el beneficio y compromiso del paciente.

En Ecuador la Especialidad de medicina Familiar data del año 1987 y desde el año 2014 el gobierno y las instituciones de educación superior ampliaron la oferta académica y formativa, mediante becas de estudio que han logrado incrementar el número de profesionales especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria a nivel nacional.

La diabetes mellitus tipo 2 es la segunda causa de mortalidad en el Ecuador seguido de la cardiopatía isquémica, es una enfermedad controlable con buenos hábitos alimentarios, deporte, buena adherencia a la medicación, siempre y cuando el paciente tome conciencia y cumpla con los

acuerdos llegados con su médico, con el objetivo de prevenir las complicaciones tanto microvasculares y macrovasculares. (INEC,2016)

El cumplimiento de las metas terapéuticas de la diabetes mellitus tipo 2 disminuyen la progresión de las complicaciones tanto microvasculares como macrovasculares y así previniendo el daño de los órganos diana de nuestra economía.

En el presente estudio participaron 230 pacientes a quienes por medio de encuestas se investigó, relación médico paciente y el cumplimiento de metas terapéuticas, una vez que han sido manejadas por médicos de familia.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Relación Médico Paciente.

La relación médico paciente es tan antigua como la misma humanidad antes de que exista la medicina, ya existía relación entre la persona que sentía dolor ya sea físico o espiritual, las personas acudían al más sabio llamado chamán, quienes con sus conocimientos empíricos aliviaban el dolor. (Arruabarrena, 2011)

Definición de la relación médico paciente:

"Es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Se trata de una relación sin condiciones, donde el profesional médico entrega sus conocimientos a favor de las personas que requieren atención en su salud ya sea biológica, física, psicológica, espiritual, sin esperar nada a cambio, de manera desinteresada. (Boshniakov, 1988).

"La práctica médica, desde sus orígenes ha estado estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y al desarrollo de las habilidades clínicas. la relación médico paciente se relaciona con la misma sociedad desde su nacimiento" (Pérez, 2003. et al).

La relación médico paciente tiene como fin inmediato restaurar la salud del enfermo. Conlleva responsabilidad compartida, el médico tiene responsabilidad con el paciente y consigo mismo, el paciente tiene responsabilidades con el médico y consigo mismo. (Mejía & Romero, 2017)

Historia sobre la relación médico paciente.

"En la época de Hipócrates las enfermedades se consideraban como producto de los espíritus malignos, por lo tanto, el médico era quien sacaba los demonios de los cuerpos porque era un ser sagrado". (Laín, 1969)

En la biblia se encuentra escrita que la medicina se confundía con la iglesia, y la moral. Así la lepra era considerada como un producto del castigo divino y la persona que lo padecía era una persona impura y la curación de esta era producto que Dios ya le perdonó sus pecados. (Gómez, 2002)

"En el siglo XVII El médico era como un chamán, como un médico-sacerdote que se le reconocía en el nivel más alto de la sociedad". (Lázaro & Gracia, 2006)

Desde los 500 años antes de cristo hasta 1960 se instauró la relación médico paciente paternalista (vertical) en la cual el médico era quien decidía qué es lo bueno y malo para el paciente y el paciente era un ser pasivo, disciplinado en cumplir las recomendaciones del médico. (Truog, 2012)

En 1960 en Estados Unidos de creo los derechos del paciente, el paciente empieza a tener potestad sobre su propio cuerpo, viene la autonomía del paciente y aparece el consentimiento informado en el cual el paciente tiene que informarse sobre sus riesgos antes de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, además la responsabilidad es compartida. (Lázaro & Gracia, 2006)

La comercialización de los servicios de salud obliga al médico a atender en un tiempo determinado, el mismo que es insuficiente para lograr una buena relación, además las consultas subsecuentes son con diversos médicos que no escogió el paciente modelo mecanicista.

En 1990 debido a la autonomía del paciente, los avances en la tecnología y el capitalismo globalizado, aparece la atención centrada en el paciente, como respuesta la atención médica se preocupa más en mejorar la capacidad de comunicación con el paciente y así mejorando la relación médico paciente. (Saenz, 2008)

La relación médico paciente tiene una enorme importancia por ser el principal factor que interviene en la adherencia al tratamiento y recomendaciones, el cumplimiento de las metas terapéuticas que acuerdan el médico y el paciente.

"La importancia del proceso de comunicación en dicha interacción ha sido estudiada por varios autores, que apuntan a la correlación existente entre la calidad del proceso comunicativo, la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los tratamientos". (Cófreces & Ofman, 2014)

Tipos de relación médico paciente.

En las últimas décadas se han creado confrontaciones sobre la autonomía del paciente y el respeto al médico, las expectativas del médico y del paciente, la ética, las legislaciones han tratado de encontrar un tipo de relación médico paciente ideal.

Relación médico paciente activo-pasiva.

"En este modelo el médico decidía lo que es mejor para el paciente, sin que la opinión de este sea la que determina". (Mendoza, 2017)

Modelo paternalista: Como su nombre lo indica el médico ente activo juega un rol de padre autoritario que ve lo mejor para su paciente y es obligado a no hacer el mal, pero al criterio del médico, como si fuera a tratar a sus hijos, los pacientes son un ente pasivo que cumplen su tratamiento sin participar en la toma de decisiones. (Burke.1980)

Relación médico paciente cooperación guiada.

Modelo informativo. - Este modelo se refiere a que el médico se encarga de darle información necesaria, para que sea el paciente quien tome la decisión de algún tratamiento. (Burke, 1980)

Modelo interpretativo. – "El médico trabaja haciendo de interprete de los términos médicos para que el paciente comprenda y pueda tomar la decisión, el médico actúa como un consejero". (Emanuel & Emanuel)

La relación médico paciente con participación mutua.

En este modelo se establece una buena comunicación, se informa al enfermo y la familia, lo referente a su enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, así como la posibilidad de complicaciones. Se aclaran sus dudas y se trata de disipar sus temores; se discuten las alternativas y en forma conjunta se toma la mejor decisión. (Illera, 2010)

Es uno de los modelos ideales a seguir, en este modelo el médico le ayuda a tomar una mejor decisión al paciente que se encuentra en el dilema de no poder tomar una decisión, sin coartar su voluntad.

Modelo mecanicista.

Este modelo es el que siguen las instituciones burocráticas en la que sigue protocolos rígidos para cubrir las demandas en la que los tiempos son cortos, las esperas son largas, se cambia constantemente de profesional, este tipo de atención prestan las instituciones públicas y aseguradoras. (Arrubarrena V, 2011)

Principales problemas de la relación médico paciente.

Comercialización de la atención médica.

La gran industria de proveedores de salud debilita la relación médico paciente, a la industria le interesa los números de atenciones dejando a un lado la calidad de la atención, disminuyendo el tiempo de atención, cambios de médicos en los seguimientos subsecuentes, donde el único objetivo es el crecimiento económico de la industria dejando a un lado el beneficio del paciente. (Arrubarrena V, 2011)

La especialización de la medicina.

La fragmentación de la medicina de manera analítica hacia las diferentes especialidades hace que el médico se centre en un solo objetivo de alguna parte del cuerpo dejando a un lado la parte social, psicológica e integral del cuerpo. Solucionando solo la parte que le corresponde al especialista.

"De este problema nace la solución del Médico Familiar quien debe ser un sintetizador de la información de los diferentes especialistas. Con el fin de integrar el diagnóstico y manejo integral del paciente". (Bascuñán M, 2005)

La deshumanización justificada.

"En el cual el médico sólo es un técnico que aplica sus conocimientos, tiene la obligación de ser cortés, saludarle, pero no humano es decir no se mete en el lugar del paciente". (Ávila, 2017)

Insuficiente tiempo que le asignan por cada paciente.

Debido a la gran demanda de pacientes el sistema sanitario le obliga al médico atender en un tiempo determinado de 20 minutos el mismo que es insuficiente para llegar entablar una buena relación médico paciente, generando estrés en su trabajo lo que se llama burnout. (Outomuro D, 2013)

Situación actual de la relación médico paciente.

En el modelo médico actual, enfocado en el paciente y su cuidado, el médico de atención primaria es la piedra angular para la prestación de una atención integral, centrada en el paciente, y accesible, se necesitan estudios sobre la calidad médica. (Porcerelli, 2014)

Situación a nivel mundial.

La situación actual a nivel mundial la relación médico paciente tiene una tendencia a la bajada, esto es debido en parte a los avances de la tecnología, tanto para diagnóstico como para tratamiento, mermando el método clínico en el cual el médico interactúa con su paciente, perdiendo la empatía, la confianza y la falta de comunicación. (Gracia, 2004)

El enfermo es considerado en todo momento como un sujeto autónomo, con sus principios y valores propios, como un individuo a quien su situación de enfermedad no lo disminuye de su capacidad para tomar decisiones y deja de ser un actor pasivo para convertirse en parte activa de la atención a su salud. (Arellano J, 2016)

Situación a nivel de Latinoamérica.

Las interconsultas con médicos especializados, que provoca un sentimiento difuso respecto de la responsabilidad de cada uno en la toma de decisiones e impide al paciente reconocer a un médico como referente, además en América Latina subsiste la creencia arraigada de que la población que demanda los servicios asistenciales no posee las aptitudes necesarias para participar en la toma de decisiones referidas a su salud. (Ramalho, 2008)

"Una encuesta realizada entre abogados argentinos que defienden médicos mostró, que el 70% de los juicios por mala praxis fueron aparentemente precipitados por una pobre comunicación del médico o por actitudes negativas del mismo hacia el paciente" (Ramalho, 2008)

Situación a nivel del Ecuador.

Según Ernesto Carrasco un problema que ha aportado a la reducción de la confianza en los médicos es el poco tiempo de consulta, "no podemos lograr una buena relación en 15 minutos, a veces vemos hasta 7 pacientes por hora, cuando deberían ser hasta 4. Así no se puede trabajar, se está considerando a los médicos por su producción y no por su calidad". (Mosquera D, 2016)

La relación médico paciente se ha deteriorado, el médico no aplica principios bioéticos en la atención de sus pacientes y los pacientes comienzan a ver sus médicos como responsables de sus eventos adverso en la evolución de una patología o un tratamiento, fruto en la mayoría de las veces de la normal evolución de una enfermedad. (García, 2012)

La gran mayoría de los reclamos por responsabilidad médica son producto de una inadecuada comunicación con sus pacientes.

La mayoría de las demandas por responsabilidad médica son debidos a que el médico no crea una buena relación médico paciente, lo que trae consigo una mala comprensión del paciente y un mal tratamiento y seguido de las complicaciones.

La implementación de la historia clínica digital por parte del ministerio de salud como del IESS es una barrera para que se desarrolle una buena relación médico paciente.

Así mismo los tiempos que asignan por cada paciente de 20 minutos es insuficiente para establecer una buena relación médico paciente, ocasionando una sobrecarga laboral burnout. (García, 2012)

De que se quejan los pacientes (del médico que lo atendió).

Los pacientes se quejan de la forma en que se les trata, la falta de amabilidad, el no lograr la empatía con el paciente, no llegar a una confianza con el médico, así como el cambio de médico en cada consulta. (Orestes, Baró, & González, 2014)

¿Cuál es la queja de los pacientes?

No se preocupa por mi opinión.

No me enseñó hábitos saludables.

No me advirtió los efectos adversos.

No me examino.

Me hizo esperar mucho tiempo.

No me hizo preguntas.

Pasa siempre ocupado.

No se interesó en mis emociones.

Qué cualidades del médico esperan los pacientes.

Las características más valoradas fueron la ‘confiabilidad’ y el ‘trato respetuoso’; las menos valoradas fueron la ‘participación en la toma de decisiones’ y la ‘aceptación de pruebas demandadas por el paciente’. Respecto al grado de cumplimiento de dichas cualidades, destacan el ‘trato respetuoso’ y la ‘confiabilidad. (Motilla Fraile et al., 2009)

Confianza: Es la creencia que una persona tiene sobre la otra persona que es capaz de solucionar el problema que le afecta.

“La situación de confianza solo se da si las expectativas confiadas son determinantes para tomar decisiones, caso contrario solo se trata de una esperanza” (Kottow, 2015)

Empatía: Sentimiento de solidaridad del que comparte los afectos o emociones de otra persona o grupo. (Santana Mondragón, 2017)

Es la capacidad que tiene el médico de interactuar con el paciente de manera que el médico se ponga en lugar del paciente y sentir lo que siente el paciente.

Humanidad: Es la capacidad que tienen los seres humanos de sentir comprensión solidaridad afecto hacia las otras personas.

Respeto: Es la consideración especial que tiene una persona hacia la otra persona.

Confidencialidad: Es saber guardar secreto de la información sobre alguna condición de alguna persona.

Comunicación. - Es la transferencia de información de una persona a otra, logrando entender el mensaje.

El éxito de la entrevista entre el médico y el paciente es la habilidad de comunicación.

La comunicación debe ser un medio de intercambio de información en dirección médico – paciente y viceversa con el fin de la comprensión de la enfermedad, y la participación activa del paciente en el proceso salud enfermedad. (Hernández, et al. 2006)

Comunicación efectiva. - La comunicación efectiva es aquella en la que el emisor y el receptor codifican un mensaje en forma equivalente. Así, el mensaje es transmitido de forma exitosa: el receptor comprende el significado y la intención del mensaje emitido. (Raffino, 2020)

Satisfacción de la relación médico paciente. –

Definición de satisfacción

La satisfacción del paciente puede ser mejor entendida como una "entrada" (input) a esa interacción, porque se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y condiciona su conducta ante las enfermeras y médicos, principalmente. (Caferata, 1978)

Otros autores definen como "una actitud positiva individual del paciente hacia

distintas dimensiones de los servicios de salud", entendiendo por actitud "una idea cargada de emoción que predispone para un conjunto de acciones" (Wolf, et al. 1978).

Resumiendo, podemos decir que es el cumplimiento de las expectativas del paciente en cuanto a la atención obtenida por su médico tratante.

Escalas de valoración de la relación médico paciente desde el punto de vista del paciente. -

Existen escalas de valoración de la relación médico paciente valoradas desde el punto de vista del médico, así como desde el punto de vista del paciente.

En este sentido, Hahn et al desarrollaron un cuestionario para evaluar las dificultades en la relación médico-paciente. En esta investigación los autores detectaron una serie de características propias del paciente difícil, tales como trastornos psiquiátricos, discapacidad funcional e insatisfacción con el cuidado. (Hahn, 1994)

Cuestionario PDQR-9.-

"Patient-Doctor Relationship Questionnaire, (PDRQ-9) con 9 preguntas", 2 que mide la satisfacción, 4 que miden la comunicación y 3 preguntas que miden la confianza de los pacientes respecto a su relación con el médico.

El PDRQ-9 se desarrolló a partir del Cuestionario Helping Alliance de Luborsky, una escala que mide la alianza terapéutica en Psicoterapia.

La Dra. Christina M. Van Der Feltz-Cornelis validó el cuestionario PDQR -9 a partir del Cuestionario de Alianza Terapéutica (HAQ) de Luborsky valoro sus cualidades psicométricas y validez en la práctica general, con la colaboración de 110 médicos generales pacientes y 55 pacientes en una Clínica de Epilepsia. (Van Der Feltz-Cornelis, et al. 2004)

En el 2009 Mingote Adán valida el PDQR-9 al idioma español, Este instrumento permite evaluar la calidad de la relación médico-paciente, permitiendo la obtención de una importante visión de conjunto más que el conocimiento parcial de algunos de sus aspectos estudiados en la literatura como son los niveles de comunicación o satisfacción del paciente, teniendo en cuenta la posible variabilidad en función de la edad. (Mingote Adán, et al. 2009)

"Este instrumento tiene una sensibilidad de 84,91%, una especificidad de 89,47% y un valor predictivo positivo de 99,12%". (Mingote Adán, et al. 2009)

Diabetes mellitus tipo II.

Definición.

La diabetes es una enfermedad crónica que se produce cuando el páncreas no sintetiza suficiente insulina o esta no es utilizada de forma efectiva por el organismo, este déficit tiene efectos crónicos como daños en los capilares sanguíneos y las terminaciones nerviosas que repercuten en el funcionamiento de órganos y sistemas. (ADA, 2021)

Epidemiología.

Situación a nivel mundial

La Federación Internacional de Diabetes estimó en el 2017 que la prevalencia ajustada de diabetes en la región era de 9.2% entre los adultos de 20 a 79 años, solo Norteamérica (11.1%) y el Sur de Asia (10.8%) tenían tasas mayores. (ALAD, 2019).

Según la Organización Mundial de la Salud países como Chile, Estados Unidos, Canadá, Argentina y Uruguay, tienen una alta prevalencia, con valores entre 6.1 y 8.1%. Los cambios en el estilo de vida de la población, como una vida sedentaria y consumo de alimentos hipercarbonados, nos predispone a la obesidad y a la resistencia a la insulina (Pérez, et al. 2009).

Factores ambientales como los cambios en los patrones de alimentación, el incremento en el acceso y consumo de alimentos y bebidas con alta densidad calórica, la disminución del tiempo dedicado a la actividad física y el incremento de los periodos asignados a labores sedentarias son las causas mayores del incremento en la prevalencia de la obesidad. (Pérez, et al. 2009).

La prevalencia de diabetes es menor en regiones rurales. Sin embargo, este fenómeno se encuentra en transición por la creciente migración y urbanización de las comunidades.

El componente genético amerindio aumenta el riesgo de tener diabetes. Existen variantes en los genes SLC16A11 y HNF1A que aumentan la susceptibilidad a la enfermedad; su prevalencia es mayor en mestizos que lo informado en otros grupos étnicos. La población de origen nativo americano expresa la diabetes a una edad menor y con índices de masa corporal más bajos comparado con los caucásicos. (ALAD, 2019).

Situación en Ecuador

"En Ecuador la diabetes Mellitus es la segunda causa de muerte, después de las enfermedades isquémicas del corazón. Fallecen más mujeres que hombres por esta enfermedad" (INEC 2016).

"En el ecuador 7.8% de la población ecuatoriana tendría diabetes de los cuales el 50% aún no está diagnosticada, 92.629 pacientes reciben tratamiento. (INEC 2016).

En la provincia de Imbabura se estima que existen 1.527 casos confirmados sin contar casos de diabetes tipo 1. (Vasquez & Molina, 2013)

Situación en Ibarra

La ciudad de Ibarra tiene una población de 108535 habitantes, se esperaría que existan 8465 diabéticos dentro de la ciudad, de los cuales el 50% estarían en tratamiento, es decir 4232 paciente diabéticos repartidos en los centros de salud Caranqui, San Antonio, centro de salud N°1, El Tejar, Alpachaca, Priorato y Pugacho (INEC 2016).

Fisiopatología.

Los mecanismos que intervienen para su desarrollo, es un estado de resistencia a la insulina más marcada a nivel de los tejidos periféricos como musculo y tejido adiposo, donde existe una sobreproducción de insulina que no alcanza a regular la homeostasis de la glucosa y la disminución del funcionamiento de las células beta- pancreáticas, por lo disminuye la síntesis de la hormona apareciendo la hiperglucemia en ayunas. (Pérez, et al. 2009)

Las alteraciones se desencadenan en distintos niveles como los pre-receptores: anticuerpos anti-receptores, anticuerpos anti insulinas, a nivel del receptor de insulina: presencia de mutaciones aberrantes y alteraciones que condicionan la funcionalidad del receptor y a nivel de post-receptor: presencia de variantes genéticas asociadas a señalización intracelular alterada, tanto en la síntesis de gluco-transportadores, como en su expresión a nivel de membrana celular. (Pérez F, et al., 2009)

Criterios diagnósticos.

"Glucosa en ayuno ≥ 126 mg/dL, no haber tenido ingesta calórica en las últimas 8 horas" (ADA, 2021)

"Glucosa plasmática a las 2 horas de ≥200 mg/dL durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa que se realiza con una carga de 75 gramos de glucosa disuelta en agua". (ADA, 2021)

"Hemoglobina glucosilada (HbA1C) ≥ 6.5%, debe realizarse en laboratorios certificados de acuerdo a los estándares internacionales". (ADA, 2021)

"Paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia con una glicemia al azar ≥ 200 mg/dl". (ADA, 2021)

Factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2

Pacientes adultos con un índice de masa corporal ≥ 25 kg/m2 o ≥ 23 kg/m2 en asiáticos y con factores de riesgo adicionales (ADA, 2021)

a. Inactividad física.

b. Familiar de primer grado con diabetes.

c. Etnia de alto riesgo (afroecuatorianos, latinos, nativos americanos, asiáticos).

d. Mujeres que han concebido recién nacidos con un peso > 4 kg o que fueron diagnosticadas con diabetes gestacional.

e.- Hipertensión (≥140/90 mmHg o en tratamiento para hipertensión)

f. HDL < 35 mg/dL y/o triglicéridos > 250 mg/dL.

g. Mujeres con síndrome de ovario poliquístico.

i. Resistencia a la insulina.

j. Antecedentes de enfermedad cardiovascular.

2. Para todos los pacientes la evaluación deberá iniciar a los 45 años. 3. Si las pruebas son normales, deberán ser reevaluados al menos cada 3 años. (Aquellos pacientes con prediabetes deberán ser evaluados cada año). ADA, 2021.

Manejo de diabetes.

Tratamiento farmacológico

Antidiabéticos orales:

La metformina es una biguanida recomendada como medicamento de primera línea en el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, dosis inicial es de 500 mg, incrementando progresivamente cada 10 a 15 días hasta conseguir dosis terapéuticas, no se debe sobrepasar la dosis máxima que es 2550 mg/día, y en el adulto mayor la dosis máxima es de 1700 mg/día. (ADA, 2021)

Está contraindicado en cetoacidosis, procedimientos quirúrgicos donde se utilice anestesia general, pacientes con tasa de filtrado glomerular < 30 ml/min/1.73. Dentro de los principales efectos colaterales tenemos intolerancia gástrica, diarreas (MSP, 2017)

Si falla la monoterapia se debe combinar con un segundo antidiabético oral, una sulfonilurea de segunda o tercera generación, se debe considerar no usar en pacientes mayores de 65 años. (ADA, 2021)

Insulinas:

"Si no se alcanza los objetivos glucémicos con los antidiabéticos orales, se debe adicionar insulina basal, insulina NPH humana, la desventaja es que son inyectables". (ADA, 2021)

La dosis inicial de la insulina se calcula en función del peso (0,1 a 0,2 unidades / kg / día) y el grado de hiperglucemia, la acción principal de la insulina basal es contener la neoglucogénesis hepática, controlar la glicemia durante la noche y entre las comidas. (ADA, 2021)

Objetivos terapéuticos.

CONTROL GLUCÉMICO: controlados con los niveles de hemoglobina glicosilada.

Menores de 65 años:

Sin comorbilidades: "Los objetivos glucémicos más bajos son HbA1C <7% [58 mmol / mol])-

En aquellos con múltiples comorbilidades, deterioro cognitivo, o la dependencia funcional debe tener objetivos glucémicos menos estrictos es decir una HbA1C <8,0 [64–69 mmol / mol])". (ADA, 2021)

Mayores a 65 años:

Hemoglobina glicosilada menores < a 8.5%.

CONTROL METABÓLICO: Para cumplir la meta terapéutica debe cumplir con todos los siguientes parámetros:

Colesterol total valores menores a 200 mg/ dl

"**Colesterol LDL cifras** menor a 100 mg /dl, en pacientes sin enfermedad cerebro vascular.

Menores a 70 mg dl en pacientes con antecedentes de enfermedad cerebrovascular". (ADA, 2021)

"**Colesterol HDL** en varones mayor a 40 mg/dl, HDL en mujeres a 50 mg/dl". (ADA, 2021)

Triglicéridos: cifras menores a 150 mg / dl.

"**Cifras de tensión arterial** es mantener cifras menores a 140/90 mm Hg". (ADA, 2021)

"**Índice de masa corporal** menor a 25 kg/m2", en mayores de 65 años hasta 28 Kg/m2. (MSP, 2017)

El manejo debe ser individualizado tanto por grupo etario y comorbilidades para lograr los objetivos terapéuticos, se debe tomar en consideración el manejo de ciertos fármacos que benefician a quienes tienen una esperanza de vida menor y que se usan como prevención primaria o intervención (ADA, 2021).

Complicaciones:

Complicaciones Microvasculares.

Retinopatía diabética

La exposición prolongada a la hiperglucemia induce cambios bioquímicos y fisiológicos que a la larga alteran el endotelio, específicamente: la pérdida de los pericitos murales y engrosamiento de la membrana basal, lo que produce oclusión capilar y las áreas de no perfusión capilar; la impermeabilidad de la barrera capilar se altera permitiendo el paso de elementos de la sangre produciéndose las hemorragias, exudados y el edema del tejido. (Valero K, et al. 2012).

Nefropatía Diabética

Las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, algunos hábitos como el tabaquismo y el sedentarismo, son factores de riesgo para desarrollar nefropatía diabética. (UKPDS, 1998)

Después de 10 años de padecimiento de diabetes mellitus tipo 2, se presentó microalbuminuria en un 24.9% de pacientes, proteinuria 5,3% y 0,8% de los pacientes presentaron

enfermedad renal crónica, por lo tanto, todo paciente diabético debe ser controlado los niveles de creatinina sérica anualmente. (UKPDS, 1998)

Neuropatía diabética

"La hiperglicemia crónica produce una microangiopatía que irrigan los nervios distales de los miembros inferiores, afecta tanto nervios sensitivos como motores, de manera bilateral, simétrica, con manifestaciones agudas y crónicas" (Valero K, et al. 2012).

Una hemoglobina glicosilada mayor a 9 ocasiona que disminuya la densidad de fibras nerviosas, como su funcionalidad como la velocidad de conducción de las fibras nerviosas. (Valero K, et al. 2012).

Con un diagnóstico adecuado de la neuropatía diabética se podría evitar la complicación más frecuente que es el Pie diabético que consiste en una neuropatía isquémica e infecciosa, caracterizada por la presencia de lesiones ulcerosas localizadas en los pies.

El pie diabético se puede manifestar con una disfunción neurológica como parestesias, disminución de la sensibilidad somática superficial como propioceptiva profunda, además de una disfunción motora. (Valero K, et al., 2012).

Una adecuada historia clínica y un minucioso examen físico, así como valorar la sensibilidad profunda con diapasón de 128 Hz en el maléolo externo y el primer dedo del pie, la utilización del monofilamento son la clave fundamental para el diagnóstico y abordaje terapéutico del pie diabético. (Valero K, et al., 2012).

Complicaciones Macrovasculares

Accidente cerebro vascular

"Los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 padecen de episodios vasculares cerebrales más frecuentes y de peor pronóstico" (Valero K, et al., 2012).

El tratamiento consiste en hacer una intervención oportuna en el control de factores de riesgo cardio vascular como la hipertensión, la dislipemia, el tabaco, la historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura.

"Se recomienda un IECA o ARA2 para el tratamiento de un paciente con albuminuria superior a 300 mg/día, un control riguroso de la presión arterial, un control glucémico, para la prevención del accidente cerebro vascular". (ADA, 2021)

"El tratamiento oral con metformina redujo la mortalidad por todas las causas un 36% y el accidente cerebro vascular en un 30%". (ADA, 2021)

"Simvastatina a una dosis de 40 mg diarios durante 5 años redujo el 25% de la mortalidad en pacientes diabéticos con una edad comprendida entre 40 y 80 años". (Valero K, et al. 2012).

Infarto agudo de miocardio

Es la primera causa de muerte en el paciente diabético, representa el 50% de las causas de mortalidad, que es de 2 a 5 veces más frecuente (Valdés, et al. 2012).

Infarto agudo de miocardio en el diabético es indoloro, puede manifestarse con sintomatología atípica: malestar, diaforesis (que puede confundirse con hipoglucemia), náuseas o vómitos, disnea. (Valdés, et al. 2012).

Los criterios diagnósticos son: dolor torácico típico o atípico, cambios electrocardiográficos y elevación progresiva de las enzimas cardíacas y la troponina.

Insuficiencia circulatoria.

La Enfermedad arterial periférica consiste en el estrechamiento de los vasos sanguíneos así provocando una reducción en la irrigación sanguínea en los miembros inferiores afectado por placas ateroescleróticas, uno de cada tres diabéticos tiene claudicación intermitente. (UKPDS, 1998)

Los síntomas empiezan con claudicación intermitente, dolor en reposo y luego ulceración, se pude distinguir tres tipos de categorías: paciente asintomático con pulsos muy débiles, paciente con claudicación en pequeños esfuerzos, un paciente con claudicación en reposos y signos de isquemia. (Valero K, et al., 2012).

Wagner clasificó por las características clínicas en 5 grados 0 = sin úlcera, 1 = úlcera superficial, 2 = profunda con celulitis, 3 = profunda con afectación ósea o abscesos, 4 = gangrena localizada y 5 = gangrena difusa. (Valero K, et al., 2012).

El tratamiento médico incluye la modificación de los estilos de vida, tratamiento antiagregante, pentoxifilina y cilostazol. La revascularización requiere un estudio previo por métodos no invasivos y posterior angiografía. Otras técnicas (cámara hiperbárica, etc.) están indicadas en casos muy selectivos. (Valero K, et al., 2012).

Recomendaciones

Indicaciones del Cuidado de los Pies

1. Inspección diaria de los pies incluyendo espacios interdigitales

2. Lavar diariamente los pies con agua y jabón neutro.

3. No mantener los pies mojados más de 10 minutos.

4. Secar adecuadamente con papel absorbente incluyendo los espacios interdigitales.

5. Limar las callosidades y/o durezas alrededor de los pies

6. Aplicar crema hidratante en todo el pie menos en los espacios interdigitales.

7. No usar callicidas ni ácidos que puedan provocar una quemadura.

8. El corte de las uñas será recto y es recomendable que éstas se limen.

9. Las medias deberán ser sin costuras ni elástico, evitando tejidos sintéticos, de preferencia de color blanco.

10. Comprobar el interior del zapato antes de usarlo, por si hubiera cuerpos extraños.

11. Los zapatos serán de piel, tacón bajo, de horma ancha y sin costuras, y abrochen de forma que no comprimen el pie (cordones o velcro).

12. El mejor momento para comprar zapatos es a última hora de la tarde, cuando el pie alcanza el máximo volumen.

13. No caminar descalzo ni usar calefactores ni bolsas de agua caliente. (Valero K, et al., 2012).

Actividad Física

Se recomienda la realización de al menos 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico, con una intensidad moderada (60 a 70 % de frecuencia cardíaca máxima), en no menos de tres sesiones, y con un intervalo entre sesiones no superior a 48 horas. En ausencia de contraindicaciones, las personas con diabetes deben realizar ejercicio de resistencia al menos 2 veces por semana. (ADA, 2021)

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

Justificación

La relación médico paciente es uno de los pilares fundamentales en la atención de salud, el especialista en Medicina Familiar a través de su proceso formativo ha llegado a obtener competencias de comunicación, investigación, docencia y alto nivel de capacidad resolutiva de los problemas más frecuentes en la comunidad que le permiten realizar el control y seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas como la Hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus.

La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico permite el cumplimiento de objetivos terapéuticos, hace seis años ingresaron al sistema de salud pública un mayor número de especialistas en Medicina Familiar quienes han venido laborado al cuidado de los pacientes en las unidades de la provincia de Imbabura.

Por lo que la evaluación de cumplimiento de metas terapéuticas se espera hayan mejorado la calidad de vida de los pacientes.

El presente trabajo de titulación evaluará la influencia de la relación médico paciente prestada por un médico familiar en el cumplimiento de las metas terapéuticas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 donde se espera encontrar una identificación temprana de las complicaciones macro y microvasculares.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto de la relación médico paciente en lograr las metas terapéuticas de la diabetes tipo 2, en pacientes atendidos por especialistas de medicina familiar, en los centros de salud de la ciudad de Ibarra durante el periodo 2017 a 2021?

Problema de investigación

La Constitución Ecuatoriana, desde una visión integral de la salud (Capítulo segundo, Art. 32) reconoce la salud como un derecho fundamental que tiene que ser garantizado por el Estado y cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el Buen Vivir.

El nuevo modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. MAIS-FCI parte de la nueva visión del proceso salud enfermedad entendiendo desde una visión holística biopsicosocial, este nuevo modelo de salud es integral que promueve, previene, trata, rehabilita.

Para que se pueda ejercer y dar cumplimiento a este nuevo modelo de atención de salud familiar y comunitaria se necesita del recurso humano capacitado, en los ámbitos biopsicosocial es decir un médico que tenga competencias de manejo integral del paciente y su familia en el primer nivel de atención.

El ministerio de salud ofertará becas para la formación de médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria en las diferentes universidades del país, especialmente en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador la misma que lleva la tercera cohorte de formación de médicos familiares en la provincia de Imbabura sede Ibarra.

En el perfil de las competencias de la PUCE está que el médico especialista en medicina familiar debe dominar la relación médico paciente mediante una comunicación efectiva entre el médico paciente y la familia.

Relación médico paciente es la interacción entre dos o más personas, una el médico que está dispuesto a compartir todo su conocimiento sus actitudes y su práctica a favor de la persona que solicita ayuda presentando una dolencia.

Diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad metabólica en la que los niveles de azúcar en sangre están elevados, en ayunas >o = a 126 mg dl, postprandial > o =a 200 mg/dl después de 2 horas tras una carga oral de 75 gramos de glucosa, cifras de hemoglobina glicosilada >o = a 6.5%, además de la presencia de síntomas de hiperglucemia como es la poliuria, polidipsia, polifagia y niveles de glucosa > o = a 200 mg /dl. (ADA, 2021)

La diabetes mellitus tipo 2 es una de las morbilidades más frecuentes que afectan a la población ecuatoriana. Si bien es una patología silenciosa, que da complicaciones microvasculares, macrovasculares que conllevan a aumentar la mortalidad.

El buen manejo de la diabetes debe ser integrado entre el paciente y su familia y el médico, para lograr las metas de un buen control metabólico establecido en la guía ADA 2021.

Es sabido que la relación médico paciente influye directamente en la adherencia del paciente al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 estudios en médico generales.

Sin embargo, no sabemos cómo influye la relación médico paciente en lograr las metas de control metabólico en pacientes que son atendidos por médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria, quienes tienen competencias en la comunicación, la empatía, y lograr mejor relación entre médico paciente y sus familiares.

Objetivo general:

Evaluar la percepción de la relación médico paciente y el cumplimiento de metas terapéuticas en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos por especialistas en Medicina Familiar en los centros de salud de Ibarra durante el periodo 2017- 2021.

Objetivos específicos:

1.- Identificar el nivel de satisfacción de la atención recibida por médicos familiares en el control y cumplimiento de metas terapéuticas en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2, atendidos en los centros de salud de Ibarra mediante el cuestionario PDRQ-9 desde el 2017 al 2021.

2.- Establecer el cumplimiento de metas terapéuticas alcanzadas en los pacientes con Diabetes Mellitus durante el período 2017-2021

3.- Establecer la correlación entre el nivel de satisfacción de la relación médico paciente percibida por el usuario con el cumplimiento de las metas terapéuticas alcanzadas

en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acude a control con el médico especialista en medicina familiar en los centros de salud de Ibarra, durante el periodo 2017-2021.

Hipótesis

La percepción de la relación médico paciente influye directamente sobre el cumplimiento de las metas terapéuticas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendido por médicos familiares en los centros de salud del MSP de la ciudad de Ibarra durante el periodo 2017- 2021.

Metodología del estudio

Instrumentos de investigación.

Para la investigación utilizaremos una encuesta semiestructurada que consta de tres partes:

1.- Datos sociodemográficos, que tiene como objetivo identificar y controlar las variables sociodemográficas que influyen en los participantes de la investigación.

2.- Encuesta de satisfacción de la relación médico paciente percibida por los participantes que acuden al control de la diabetes mellitus tipo 2 con el especialista en medicina familiar, mediante la encuesta PDQR-9.

3.- Recopilación de datos de laboratorio, como porcentaje de hemoglobina glicosilada, niveles de colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, índice de masa corporal, cifras de tensión arterial.

Encuesta de satisfacción de la relación médico paciente PDQR-9

Esta encuesta proviene de la teoría psicoterapéutica Helping Alliance Quiestionaire elaborado y validado por la Dra. Van Der Feltz Cornelis en 2004 que tenía como objetivo evaluar de forma objetiva la calidad de la relación médico - paciente desde el punto de vista del paciente en la atención primaria de salud

Adaptada al español por Mingote con 13 preguntas, luego por Martin Fernández un cuestionario de 9 preguntas PDQR-9, tiene una sensibilidad de 84.9% y una especificidad de 89.4%, para mejor comprensión se utilizará la escala de puntuación de Likert como fue realizado en estudios anteriores realizados por Ríos – Álvarez. Dando los siguientes valores:

1 “nunca” 2 “casi nunca” 3 “a veces” 4 “casi siempre” 5 “siempre”

Control glucémico y metabólico

El control glucémico se obtiene mediante los niveles de hemoglobina glicosilada.

Mientras que el control metabólico incluye: el índice de masa corporal, la presión arterial sistólica y diastólica, los niveles de colesterol total HDL, LDL, y triglicéridos.

Los valores de control glicémico y metabólico se obtendrán de la historia Clínica electrónica Prass-Msp previa autorización de las autoridades del MSP, así como de los resultados que tenga el paciente dentro de los últimos 6 meses.

Las metas terapéuticas para evaluarse serán tomadas de la Guía ADA 2021.

Operacionalización de variables

Variable independiente **Variable dependiente**

Relación médico paciente

Cumplimiento de metas terapéuticas

Satisfacción percibida por el usuario

De la relación médico paciente

Operacionalización de las variables del estudio

Variables sociodemográficas

Edad

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	Cuantitativa discreta	Número de años cumplidos	Porcentaje de pacientes por edad sobre / total de la población estudiada	Adulto menor 18-35 años Adulto medio 36-59 años Adulto mayor Mayor a 65 años	primaria	Encuesta semi estructurada

Sexo

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
sexo	Diferencias biológicas que le caracterizan como macho y hembra. El sexo está determinado por las características biológicas de cada persona	Cualitativa Nominal	Características físicas masculinas o femeninas	Porcentaje de los pacientes de sexo masculino, femenino / total de la población estudiada	Masculino Femenino	primaria	Encuesta semi estructurada

Lugar de residencia

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
Lugar de residencia	lugar en que la persona vive en el momento del estudio	Cualitativa nominal.	Categorización de la parroquia en la que viven	Porcentaje de pacientes que viven en un sector urbano o rural / total de la población estudiada	Urbano rural	primaria	Encuesta semi estructurada

Nivel de escolaridad

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
Nivel de escolaridad	años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional	Cualitativa	Personas que completan los estudios de primaria, secundaria, superior.	Porcentaje de pacientes según su nivel de escolaridad/ total de la población del estudio	analfabeto Primaria Secundaria superior	Primaria	Encuesta semi estructurada

Etnia

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
Etnia	Conjunto de personas que pertenecen a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	Cualitativa	Autoidentificación étnica del paciente	Porcentaje de pacientes según su etnia/ total de la población de estudio	Mestizo Blanco Afroecuatoriano indígena	Primaria	Encuesta semi estructurada

Estado civil

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por las relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa nominal	situación de la persona en relación con una pareja.	Porcentaje de los pacientes solteros, casados, viudos, divorciados / total de la población de estudios	Soltero Casado Viudo divorciado	Primaria	Encuesta semi estructurada

Nacionalidad

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
Nacionalidad	Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o	Cualitativa	Procedencia del país de origen	Porcentaje de ecuatorianos, colombianos, venezolanos,	Ecuatoriano Colombiano Venezolano Perua	Primaria	Encuesta semi estructurada

	nación, lo que conlleva una serie de derechos y deberes políticos y sociales.			peruanos/ total de la población de estudio	no otra		

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
Tiempo con diabetes	Tiempo desde el diagnóstico de diabetes hasta la actualidad	Cuantitativa continua	Número de años desde el diagnóstico hasta la actualidad	Porcentaje de pacientes que están en un rango de edad / total de la población de estudio	0-4 años 4-8 años 8-12 años Más de 12 años	Primaria	Encuesta semi estructurada

Variables dependientes

Las metas terapéuticas:

Niveles de glicemia basal

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN

Glicemia basal	Nivel de glucosa que se encuentra en el plasma sanguíneo en estado de ayunas (mínimo 6 u 8 horas)	Cuantitativa continua	mg / dl	Porcentaje que Cumple con la meta terapéutica ADA 2021/ total de los participantes	Cumple la meta terapéutica (70-130 mg/dl) No cumple la meta terapéutica > a 130 mg dl	Primaria resultados de análisis proporcionados por el paciente Secundaria sistema informático de historia clínica PRASS-MSP	Encuesta semi estructurada check list de los datos de laboratorio de historia clínica PRAS-MSP Y resultados de análisis que tenga el paciente

Porcentaje de hemoglobina glicosilada

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
Niveles Hemoglobina glicosilada en sangre periférica	Es la hemoglobina contenida en los glóbulos rojos que tiene incorporadas moléculas de Glucosa	Cuantitativa continua	Porcentaje de hemoglobina glicosilada en sangre	Porcentaje que Cumple con la meta terapéutica ADA 2021/ total de los participantes	**-Menores de 65 años Sin comorbilidades** Cumple la meta terapéutica <a 7 %; No cumple las metas terapéuticas >0= a 7 %	Primaria resultados de análisis proporcionados por el paciente Secundaria sistema informático de historia	Encuesta semi estructurada check list de los datos de laboratorio de historia clínica PRAS-MSP Y resultados de análisis

					Menores de 65 años con comorbilidades Cumplen con las metas terapéuticas < a 8%. No cumple las metas terapéuticas > o = a 8% -M**ayores a 65 años,** cumple la meta terapéutica < a 8.5% No cumple la meta terapéutica >o= a 8.5 %	clínica PRASS-MSP	que tenga el paciente

Niveles de triglicéridos

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
Niveles de triglicéridos en sangre periférica	Niveles de triglicéridos tomados en sangre venosa tomadas en ayunas de por lo	Cuantitativa continua	mg / dl	Porcentaje que Cumple con la meta terapéutica de control de	Cumple la meta terapéutica mg/dl) < a 150	Primaria resultados de análisis proporcionados por el paciente Secundaria sistema	Encuesta semi estructurada check list de los datos de laboratorio de historia clínica

	menos 8 horas			triglicéridos ADA 2021/ total de los participantes	mg/dl No cumple la meta terapéutica > o= a 150 mg dl	informático de historia clínica PRASS-MSP	PRAS-MSP Y resultados de análisis que tenga el paciente

Niveles de colesterol HDL

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
Niveles de colesterol HDL en sangre periférica	Niveles de colesterol HDL tomados en sangre venosa periférica en ayunas de por lo menos 8 horas	Cuantitativa continua	mg / dl	Porcentaje que Cumple con la meta terapéutica ADA 2021/ total de los participantes	Cumple la meta terapéutica mg/dl en hombres> a 40 mg dl En mujeres >a 50 mg /dl No cumple la meta terapé	Primaria resultados de análisis proporcionados por el paciente Secundaria sistema informático de historia clínica PRASS-MSP	Encuesta semi estructurada check list de los datos de laboratorio de historia clínica PRAS-MSP Y resultados de análisis que tenga el paciente

					utica En hombre < o=a 40 mg dl En mujeres <o= a 50 mg dl		

Niveles de colesterol LDL

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
Niveles de colesterol LDL en sangre periférica	Niveles de colesterol LDL tomados en sangre venosa periférica en ayunas de por lo menos 8 horas	Cuantitativa continua	mg / dl	Porcentaje que Cumple con la meta terapéutica ADA 2021/ total de los participantes	Cumple la meta terapéutica < a 100 mg/dl en pacientes sin ECV, <a 70 mg/dl en pacientes con ECV No cumple la meta terapéutica >o= a 100 mg/ dl en	Primaria resultados de análisis proporcionados por el paciente Secundaria sistema informático de historia clínica PRASS-MSP	Encuesta semi estructurada check list de los datos de laboratorio de historia clínica PRAS-MSP Y resultados de análisis que tenga el paciente

					pacientes sin ECV >o=a 70 en pacientes con ECV		

Cifras de presión arterial

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
Presión arterial en consultorio	Niveles de tensión arterial tomada en el brazo derecho o izquierdo del paciente en el consultorio por el médico familiar mediante el esfigmomanómetro, tras reposo de 5 minutos.	Cuantitativa discreta	Milímetros de mercurio mm Hg	Porcentaje que Cumple con la meta terapéutica ADA 2021/ total de los participantes	Cumple la meta terapéutica < a 140/90 No cumple la meta terapéutica >o= a 140/90	secundaria	Encuesta semiestructurada Revisión documental

Índice de masa corporal

VARIABLE	DEFINICIÓN DE	TIPO DE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE	TÉCNICA DE

	VARIABLE	VARIABLE				INFORMACIÓN	RECOLECCIÓN
Índice de masa corporal	Indicador internacional para evaluar el estado nutricional mide la relación entre el peso en kilogramos / la altura en metros cuadrados	Cuantitativa continua	Kg/m2	Porcentaje que Cumple con la meta terapéutica ADA 2021/ total de los participantes	**En menores de 65 años** Cumple la meta terapéutica < a 25 kg/m2 No cumple la meta terapéutica >o =a 25kg/m2. **En adulto mayor a 65 años** cumple con la meta terapéutica un índice de masa corporal menor a 28 kg/m2, no cumple la , meta terapéutica un índice de masa corporal >0 = a 28 kg/m2	secundaria	Encuesta semiestructurada Revisión documental

Nivel de satisfacción de la relación médico paciente

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
Satisfacción de la atención	Cumplimiento de las expectativas del paciente en cuanto a la atención obtenida por su médico tratante	Cuantitativa continua	Nivel de satisfacción de acuerdo con la percepción del paciente	Porcentaje de participantes que refieren estar satisfechos de la atención / total de participantes	1,2,3 bajo grado de satisfacción 4,5 alto grado de satisfacción	primaria	Cuestionario PDRQ-9

Nivel de comunicación en la relación médico paciente

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN

Comunicación	Transferencia de información de una persona a otra.	cualitativa	Nivel de comunicación que tiene el paciente con su médico de acuerdo a la percepción del paciente	Porcentaje de participantes que refiere que tener buena comunicación /total de participantes	1.2.3 bajo grado de comunicación 4,5 alto grado de comunicación	primaria	Cuestionario PDRQ-9

Nivel de confianza en la relación médico paciente

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE DE INFORMACIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
confianza	es la seguridad que tiene hacia una persona	cualitativa	Nivel de confianza que tiene el paciente con su médico de acuerdo a la percepción del paciente	Porcentaje de participantes que refiere tener confianza con su médico / total de participantes	1.2.3 bajo grado de confianza con su médico 4,5 Alto grado de confianza con su médico	primaria	Cuestionario PDRQ-9

Muestreo

Universo.

La población de diabéticos en la ciudad de Ibarra fue calculada en base a estadísticas del INEC 2016.

La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en la población ecuatoriana es del 7.8%, la población de la ciudad de Ibarra es de 131.856 habitantes, obteniendo una población de 8465 diabéticos tipo 2 en la ciudad de Ibarra de los cuales el 50% están siendo tratados según INEC 2016 lo que equivale a una población de 4232 pacientes diabéticos que acuden a los centros de salud de Ibarra.

Caranqui: 17000 h

La esperanza: 6670 h

San Antonio: 13987 h

Alpachaca: 23756 h

Priorato: 9756 h

Sagrario: 47664 h

Pugacho: 27423 h

El tejar: 7000 h

El cálculo de la muestra.

Se realizó en base a una estimación de proporciones para una población finita, con un nivel de confianza del 95% que corresponde a un Z de 1.96, con un error del 5%.

$$n = \frac{N * Z2 * p * (1-p)}{(N-1)* e2 + Z2 * p * (1-p)}$$

$$n = \frac{4232*(1.96)^2*0.2*(0.8)}{(4232-1)*(0.05)^2+(1.96)^2*0.2*(0.8)}$$

Muestra del estudio= 230 pacientes

Dónde:

n: Muestra

N: Universo de paciente diabéticos en la ciudad de Ibarra = 4232

Z: Intervalo de confianza de 1.96 que corresponde al 95%

p: Probabilidad de estudio anterior de (Ríos Álvarez 2011) p=0.2

q: (1-p) = 0.8

e: Error o grado de precisión deseada 5%.

Método de muestreo.

Se realizará un muestreo probabilístico aleatorio simple en 230 pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al consultorio de medicina familiar y aceptan libremente participar en el estudio.

Estratificación de la muestra. - Se realizará proporcionalmente a la población existente en cada parroquia de la ciudad.

Centro de salud tipo B numero 1: 90

Subcentro de salud la Esperanza: 15

Subcentro Caranqui: 25

Subcentro de salud el Tejar: 15

Subcentro de salud Priorato: 15

Subcentro de salud Alpachaca: 25

Subcentro de salud Pugacho: 25

Subcentro de salud San Antonio: 20

El centro de salud Número 1 Tipo B, es el principal centro de salud de la ciudad de Ibarra.

Tipo de estudio:

Diseño epidemiológico analítico transversal.

Mediante este estudio pretendemos demostrar la correlación lineal existente entre la "PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE" desde el punto de vista del usuario, con el CUMPLIMIENTO DE LAS METAS TERAPÉUTICAS que recomienda la guía ADA 2021. En pacientes diabéticos tipo 2 que acuden al control con Médicos familiares en los centros de salud del ministerio de salud pública de la ciudad de Ibarra, como son:

Centro de salud tipo B número 1, centro de salud tipo A Caranqui, centro de salud tipo A Priorato, centro de salud tipo A San Antonio, centro de salud tipo A de Alpachaca, centro de salud tipo A de Pugacho, centro de salud tipo A El tejar, Centro de Salud tipo A la Esperanza, durante el periodo 2017-2021.

Criterios de inclusión. –

	Pacientes diabéticos tipo 2 tratados en centro de salud de la ciudad de Ibarra.

	Pacientes que acepten participar libremente en la investigación.
	Pacientes mayores de 18 años.
	Pacientes que son atendidos en los centros de salud del MSP de la ciudad de Ibarra.
	Pacientes atendidos por médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria.

Criterios de exclusión. -

	Personas sin diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2.
	Pacientes diabéticos que son atendidos por médico general.
	Menores de 18 años

Procedimientos de recolección de información

Técnicas:

Encuesta.

La encuesta se realizará a la salida del consultorio de medicina familiar previa, información del paciente sobre la importancia de la investigación, sobre su confidencialidad y aceptación voluntaria de los participantes, se divide en tres segmentos:

a) Datos sociodemográficos: tienen como objetivo identificar controlar las variables que interfieren a las variables independiente y dependiente.

b) Encuesta de percepción de la relación médico paciente desde el punto de vista del usuario PDRQ-9 de nueve preguntas, las misma que están

distribuidas 2 preguntas para valorar la satisfacción, 4 preguntas que valoran la comunicación, y tres preguntas que valoran la confianza de la relación médico paciente. Esta encuesta fue creada y validada por la Dra Van Der Feltz Cornelis en 2004, modificada al español por Mingote, adaptada a nueve preguntas por Martín Fernández en 2011, posee una sensibilidad de 84.9% y una especificidad de 89.4%.

c) Recolección de los datos de laboratorio de niveles de colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, porcentaje de hemoglobina glicosilada, índice de masa corporal, y cifras de tensión arterial, obtenidos de la historia clínica PRAS-MSP.

Aspectos Bioéticos

El presente trabajo de investigación contó con la aprobación del Sub comité de Bioética de la facultad de Medicina PUCE, y del distrito 10-D01, la unidad docente asistencial, así como el consentimiento informado.

Los autores declaramos que no hay ningún conflicto de interés.

CAPITULO IV

RESULTADOS

En el presente estudio participaron pacientes que padecen diabetes mellitus tipo 2 que son atendidos por médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria en los centros de salud del ministerio de salud pública del cantón Ibarra, como son el centro de salud tipo B Número 1 de la ciudad de Ibarra, el centro de salud tipo A de: Caranqui, La Esperanza, El Tejar, El Priorato, Alpachaca, Pugacho y San Antonio.

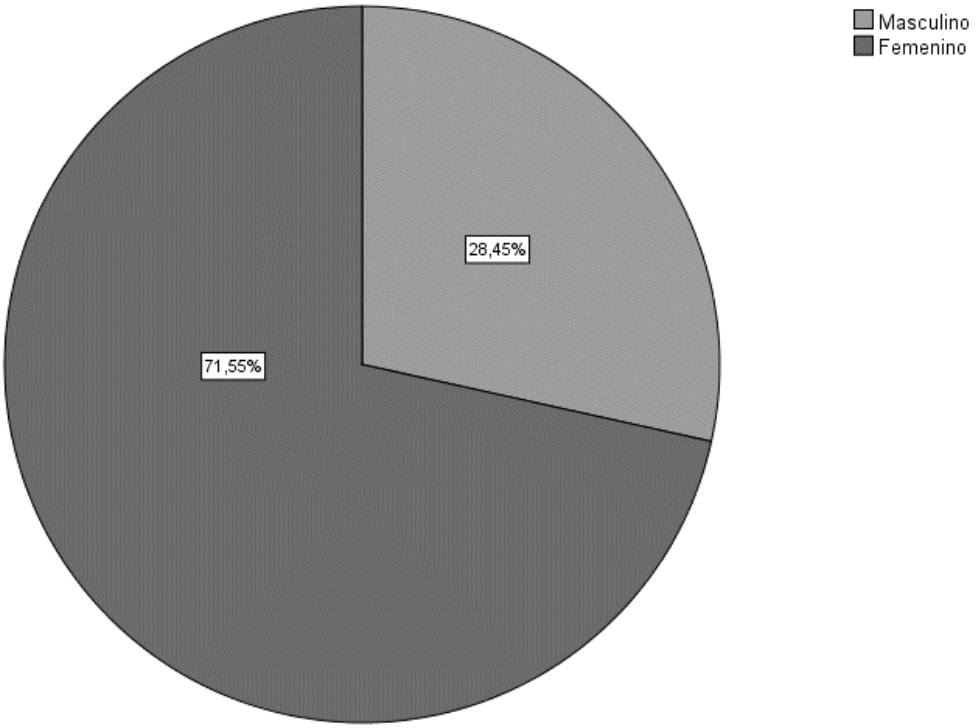
Se analizó las características sociodemográficas, así como el nivel de satisfacción de la relación médico paciente y el cumplimiento de las metas terapéuticas que recomienda el ADA 2021, se obtuvieron los siguientes resultados:

Análisis Uni-variado

Características sociodemográficas

Figura 1

Distribución de los pacientes participantes según el sexo.



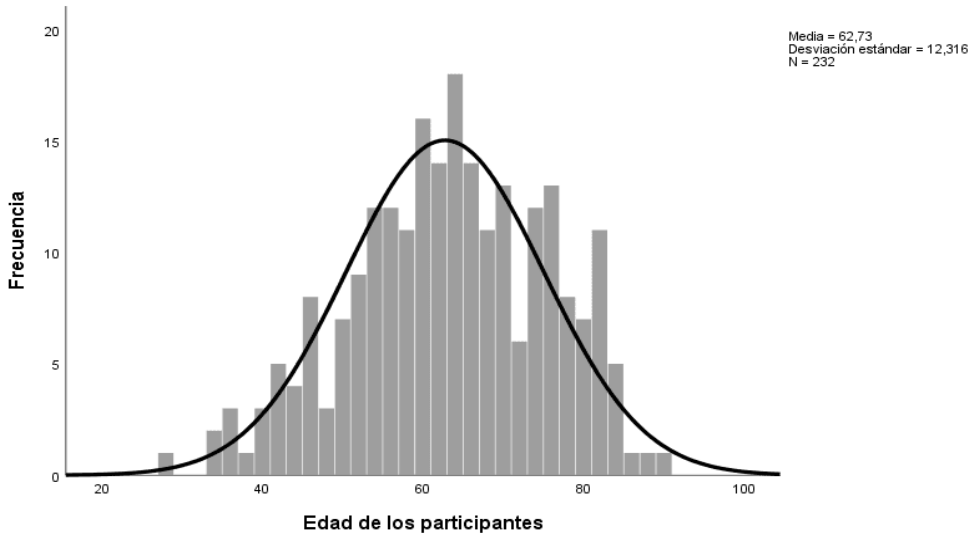
Fuente: Encuestas.

Elaborado por: Los autores.

la mayoría de los participantes del estudio son de sexo femenino, representa el 71,6% y el sexo masculino representa 28,4%.

Figura 2

Histograma De Distribución De Los Pacientes Participantes Según La Edad.



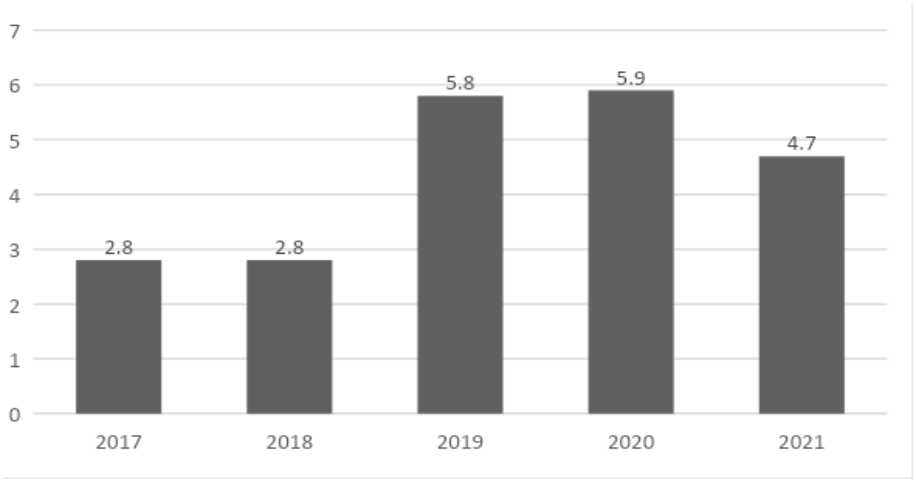
Fuente: Encuestas.

Elaborado por: Los autores.

La edad promedio de participantes es de 62.73 años con un desvió estándar 12.31, la curva del histograma adquiere una forma de campana de Gauss.

Figura 3

Promedio De Número De Atenciones por Año, En Los Últimos 5 Años.



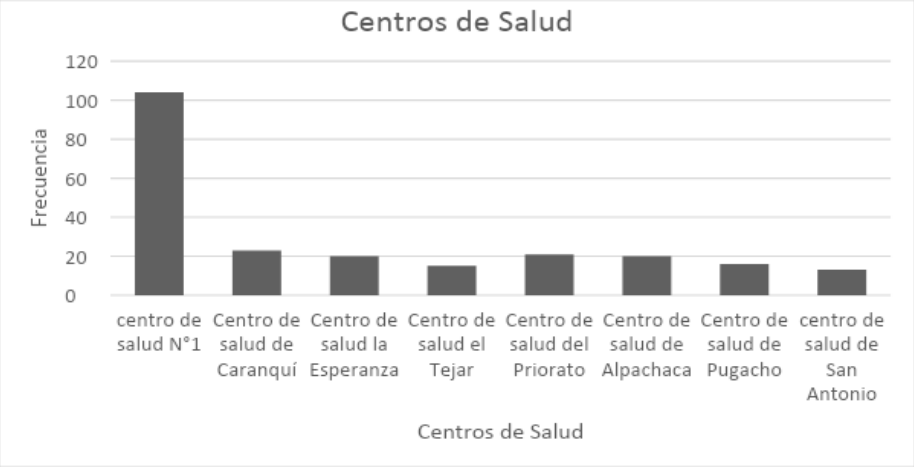
Fuente: Encuestas.

Elaborado por: Los autores.

En los años 2019 y 2020 se presentó el mayor número de atenciones, según el estudio 2017-2021.

Figura 4

Distribución De Los Pacientes Participantes Según Los Centros De Salud.



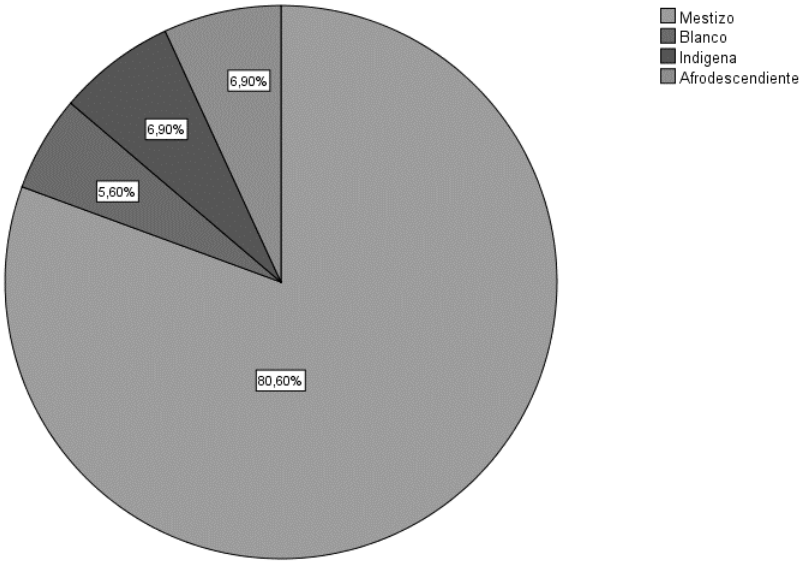
Fuente: Encuestas.

Elaborado por: Los autores.

El centro de salud número 1 es el principal centro de atención médica a nivel primario en la ciudad de Ibarra, porque tiene la mayor proporción de participantes del estudio.

Figura 5

Distribución de los pacientes según la etnia en los participantes.



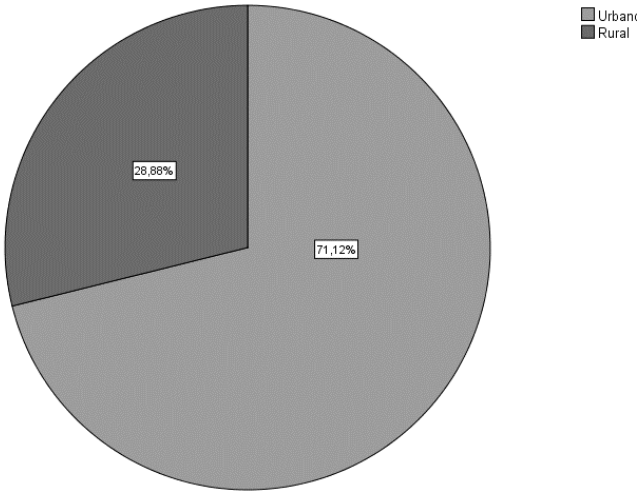
Fuente: Encuestas.

Elaborado por: Los autores.

El 85,3 % de participantes son de etnia mestiza, seguido de los afrodescendientes con un 6,9%.

Figura 6

Distribución de los pacientes participantes según el lugar de residencia.



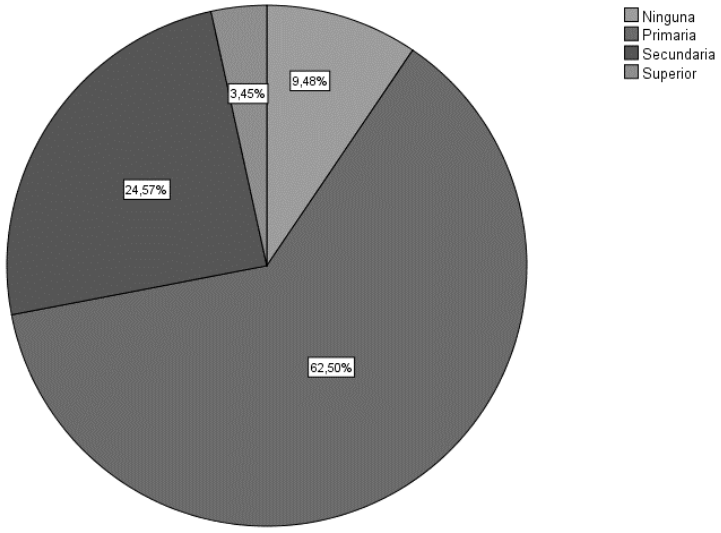
Fuente: Encuestas.

Elaborado por: Los autores.

Nos indica que el mayor porcentaje de pacientes participantes en el estudio relación médico paciente en el cumplimiento de las metas terapéuticas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se trata de población del área urbana con un 71,1% es decir las tres cuartas partes de la población participante y tan solo una cuarta parte que corresponde al 28,9% corresponde al área rural.

Figura 7

Distribución de los pacientes participantes según el nivel de instrucción.



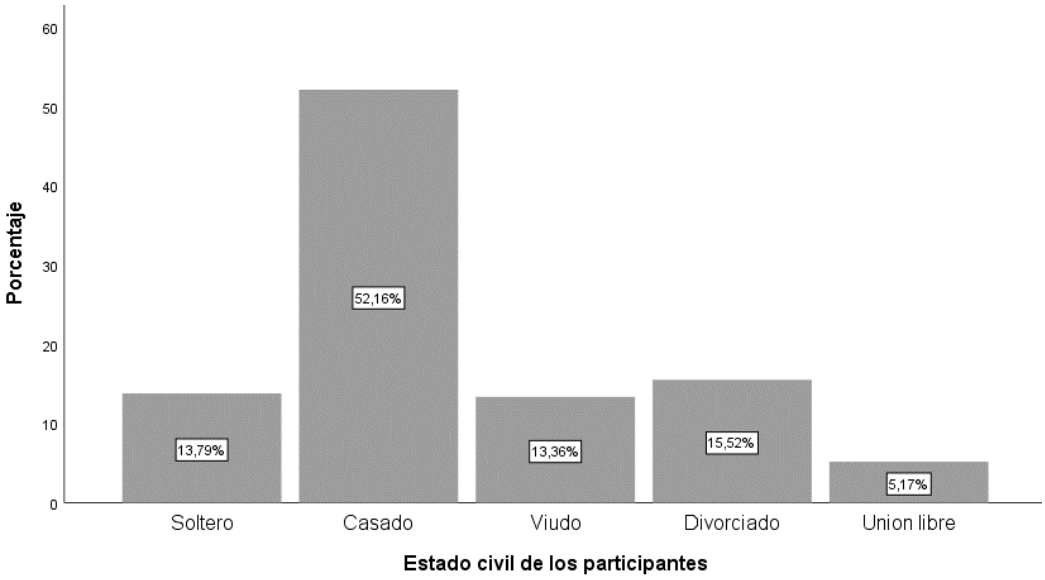
Fuete: Encuestas.

Elaborado por: Los autores.

La mayor proporción corresponde a la población que tiene un nivel de instrucción primaria, que representa 62,50%, seguido de la instrucción secundaria con el 24,57%

Figura 8

Distribución de los pacientes participantes según el estado civil.



Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

Los casados conforman el grupo con mayor número de participantes en el estudio, representa el 52,2%, seguido de los divorciados con el 15.5 %.

Tabla 1

Distribución de los pacientes participantes según el número de años con diabetes.

Número de años con diabetes	
n	232
Media	8,94
Mediana	8
Moda	10
Desv. Desviación	6,47
Mínimo	1
Máximo	30

Fuente: Encuestas.

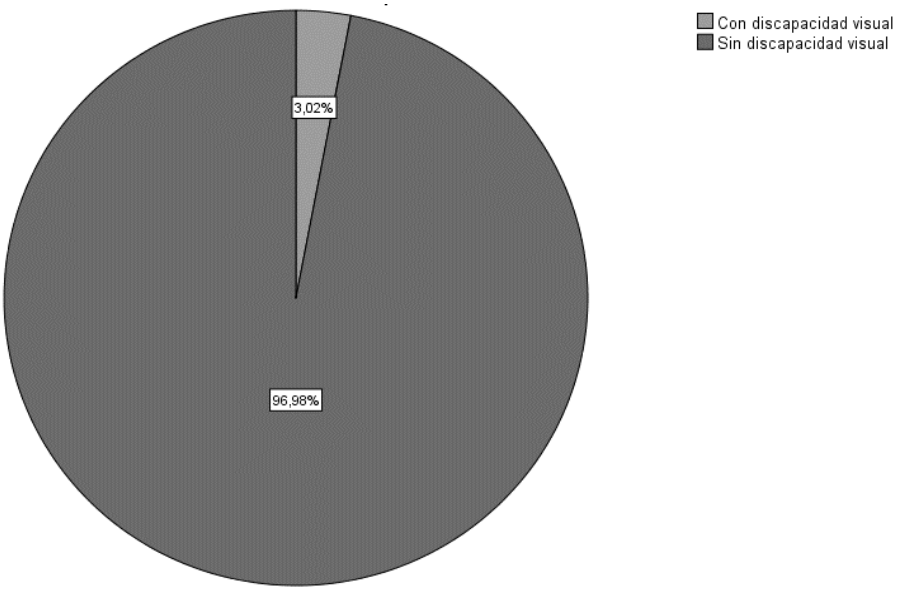
Elaborado por: Los autores.

Los participantes del estudio tienen un promedio de 8,9 años de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Comorbilidades

Figura 9

Porcentaje De Discapacidad Visual En Los Participantes Del Estudio.

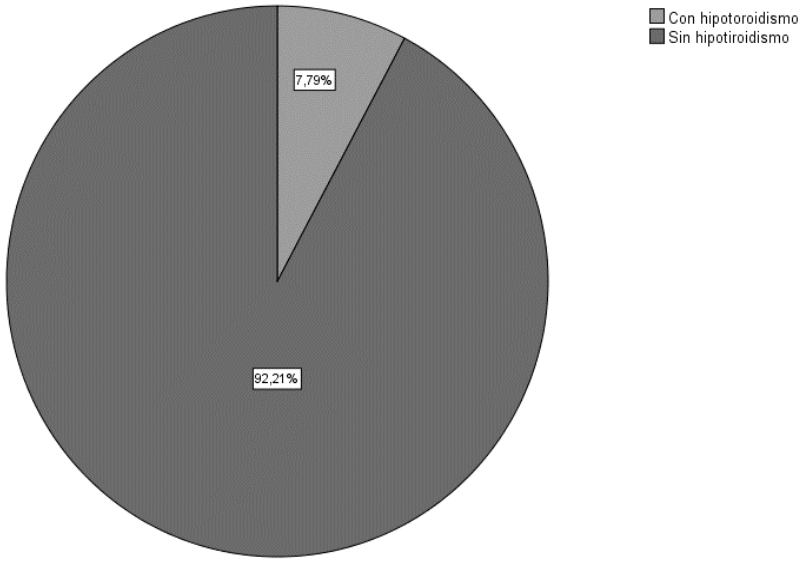


Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

El 3% de pacientes tiene discapacidad visual.

Figura 10

Porcentaje De Pacientes Que Tienen Hipotiroidismo En El Estudio.

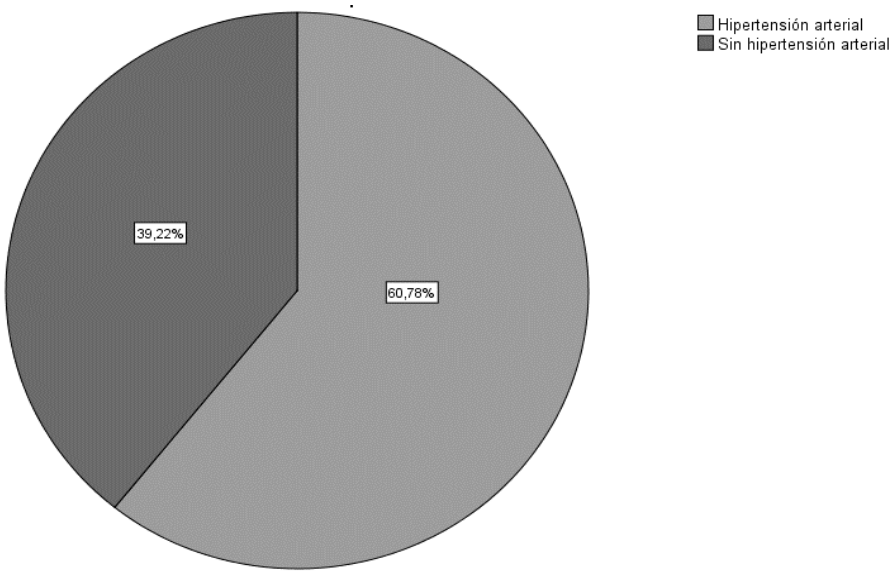


Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

El 7.7% de pacientes tienen hipotiroidismo como comorbilidad.

Figura 11

Porcentaje De Pacientes Que Tienen Hipertensión Arterial En El Estudio.

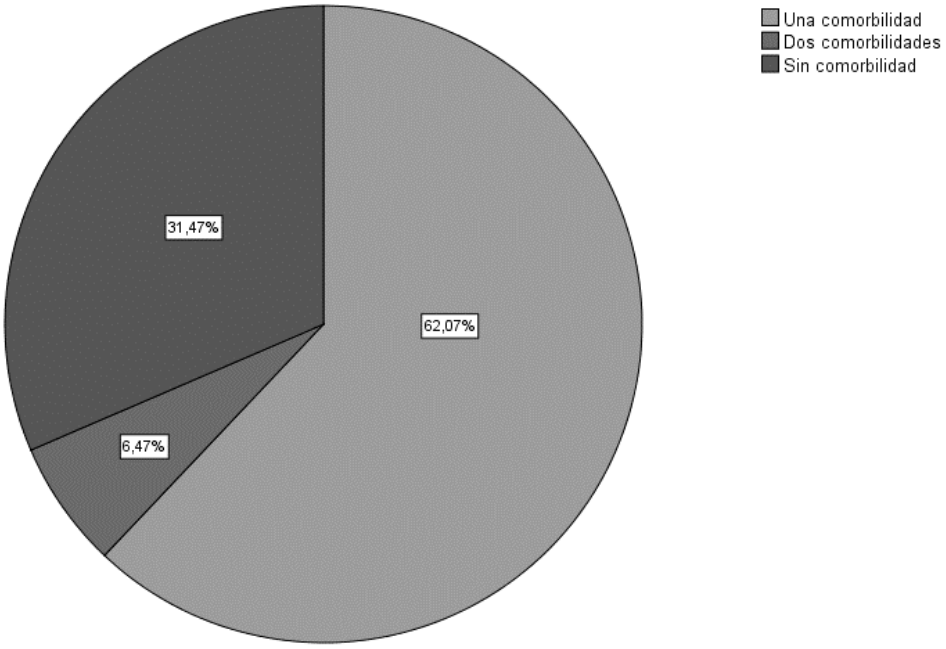


Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

La hipertensión arterial acompaña al 60.78% de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Figura 12

Porcentaje De Pacientes Según El Número De Comorbilidades



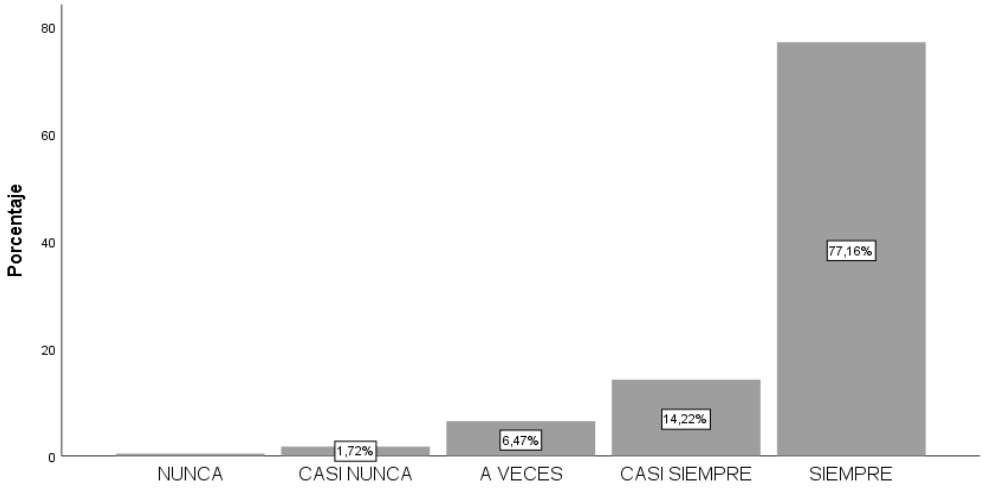
Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

El 62% de los participantes al menos tienen una comorbilidad.

Cuestionario PDQR-9

Figura 13

Respuesta De Los Pacientes Ante La Pregunta Del Cuestionario PDQR-9 ¿Mi Médico Me Ayuda?

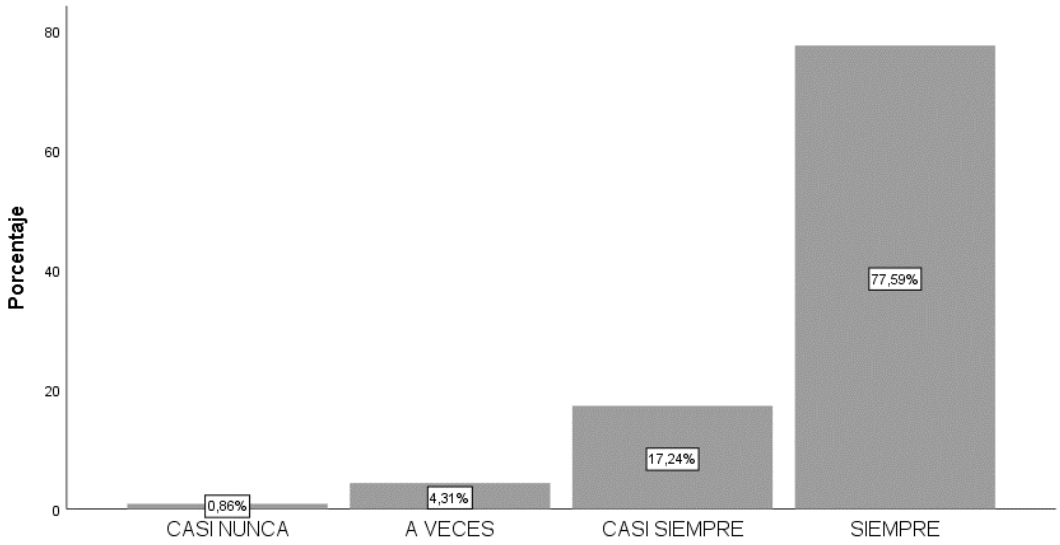


Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

La mayoría de los pacientes respondieron que casi siempre y siempre mi médico me ayuda.

Figura 14

Respuesta De Los Pacientes Ante La Pregunta Del Cuestionario PDQR-9 ¿Mi Médico Tiene Suficiente Tiempo Para Mí?

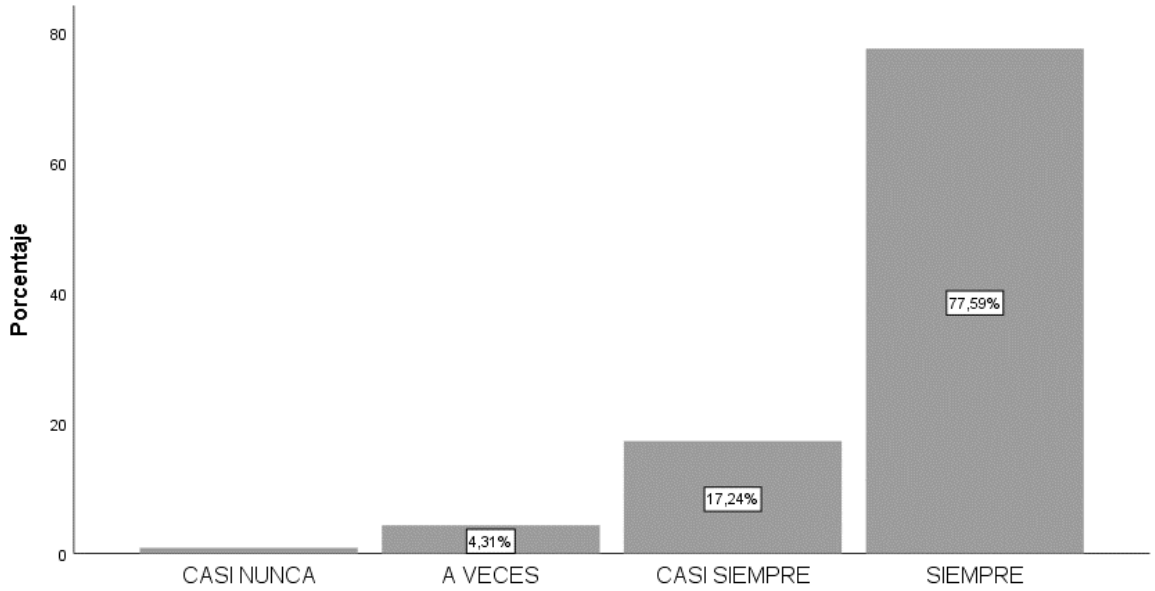


Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

La mayoría de los pacientes respondieron que casi siempre y siempre mi médico tiene suficiente tiempo para mí.

Figura 15

Respuesta De Los Pacientes Ante La Pregunta Del Cuestionario PDQR-9 ¿Creo En Mi Médico?

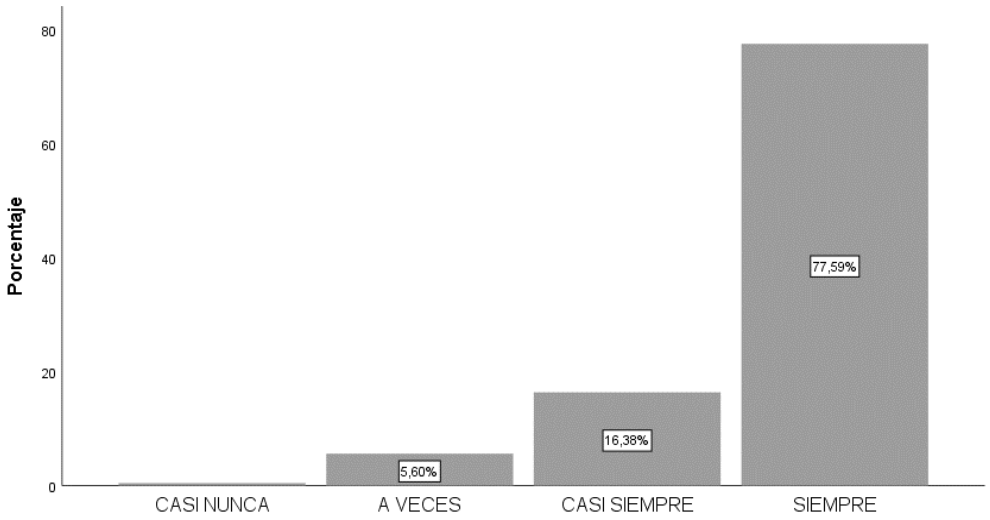


Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

La respuesta a la pregunta ¿creo en mi médico? El 77,59 % respondieron siempre y el 17, 24% casi siempre.

Figura 16

Respuesta De Los Pacientes Ante La Pregunta Del Cuestionario PDQR-9 ¿Mi Médico Me Entiende?

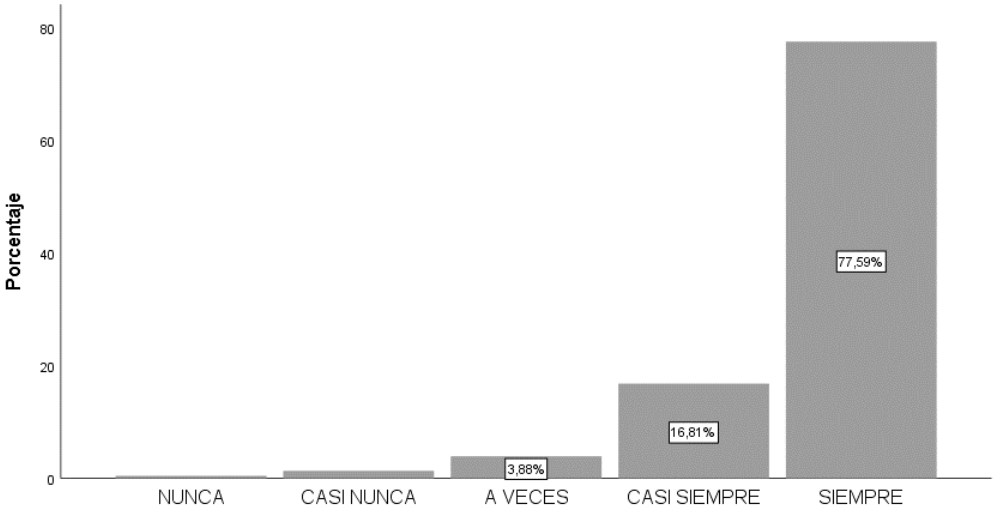


Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

La respuesta a la pregunta ¿mi médico me entiende? El 77,59% respondieron siempre y el 16,38% casi siempre.

Figura 17

Respuesta De Los Pacientes Ante La Pregunta Del Cuestionario PDQR-9 ¿Mi Médico Se Dedica Ayudarme?



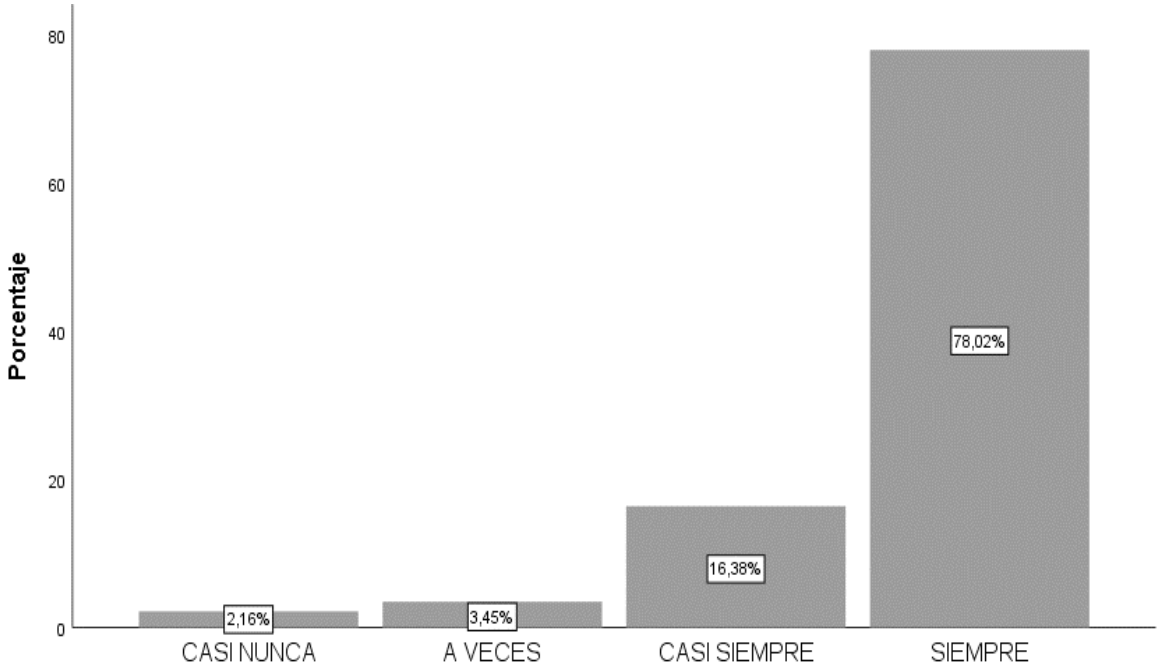
Fuente: Encuestas.

Elaborado por: Los autores.

La respuesta a la pregunta ¿mi médico se dedica a ayudarme? El 77,59% respondieron siempre y el 16,81% casi siempre.

Figura 18

Respuesta De Los Pacientes Ante La Pregunta Del Cuestionario PDQR-9 ¿Mi Médico Y Yo Estamos De Acuerdo A La Naturaleza De Mis Síntomas?



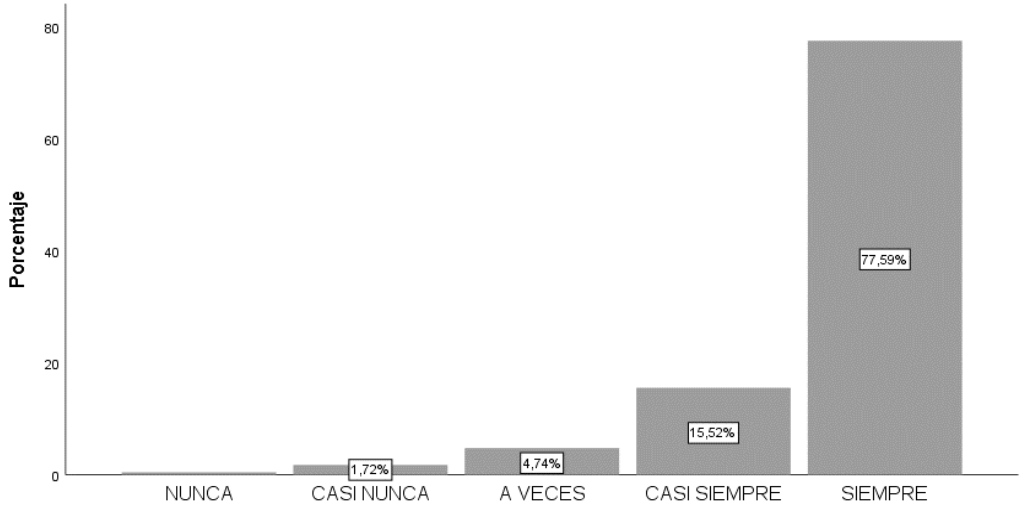
Fuente: Encuestas.

Elaborado por: Los autores.

78% de participantes respondieron siempre a la pregunta ¿mi médico y yo estamos de acuerdo con la naturaleza de mis síntomas?

Figura 19

Respuesta De Los Pacientes Ante La Pregunta Del Cuestionario PDQR-9 ¿Puedo Hablar Con Mi Médico?

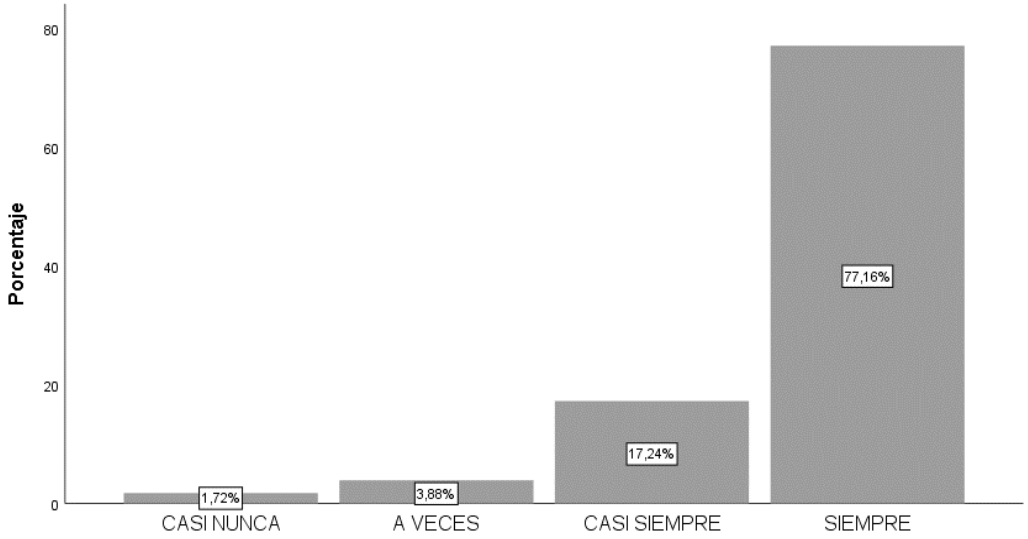


Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

El 77,59% respondieron siempre a la pregunta ¿puedo hablar con mi médico?

Figura 20

Respuesta De Los Pacientes Ante La Pregunta Del Cuestionario PDQR-9 ¿Me Siento Contento Con El Tratamiento De Mi Médico?



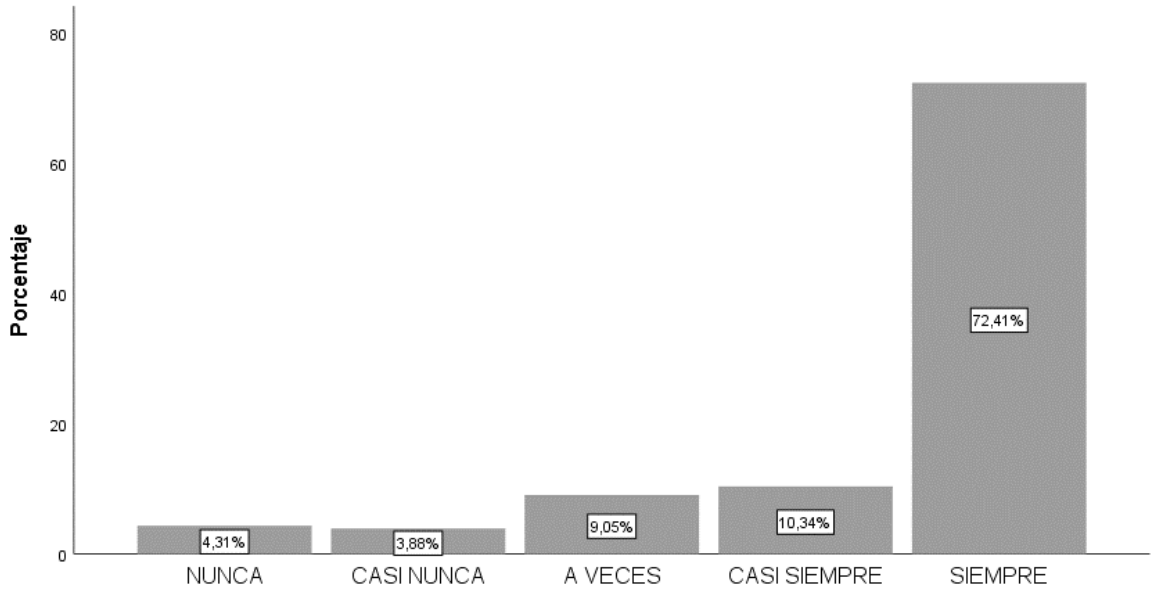
Fuente: Encuestas.

Elaborado por: Los autores.

El 77,16% respondieron siempre a la pregunta ¿me siento contento con el tratamiento de mi médico? y el 17,24% casi siempre.

Figura 21

Respuesta De Los Pacientes Ante La Pregunta Del Cuestionario PDQR-9 ¿Siento A Mi Médico Fácilmente Accesible?



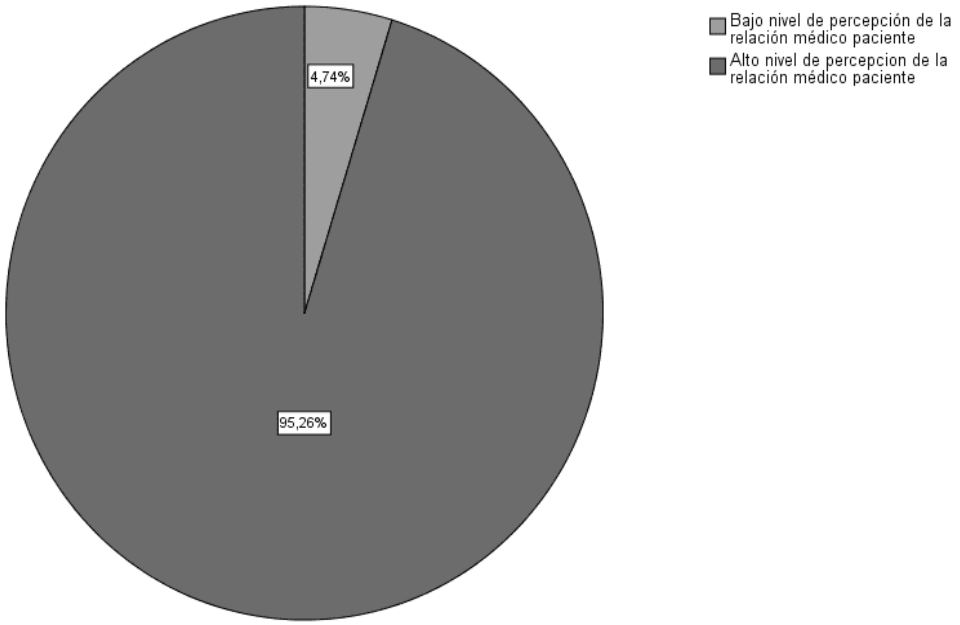
Fuente: Encuestas.

Elaborado por: Los autores.

El 72,41% respondieron siempre a la pregunta ¿siento a mi médico fácilmente accesible? y el 10,34% casi siempre.

Figura 22

Porcentaje De Pacientes Según La Percepción De La Relación Médico Paciente Mediante El Test PDQR-9.



Fuente: Encuestas.

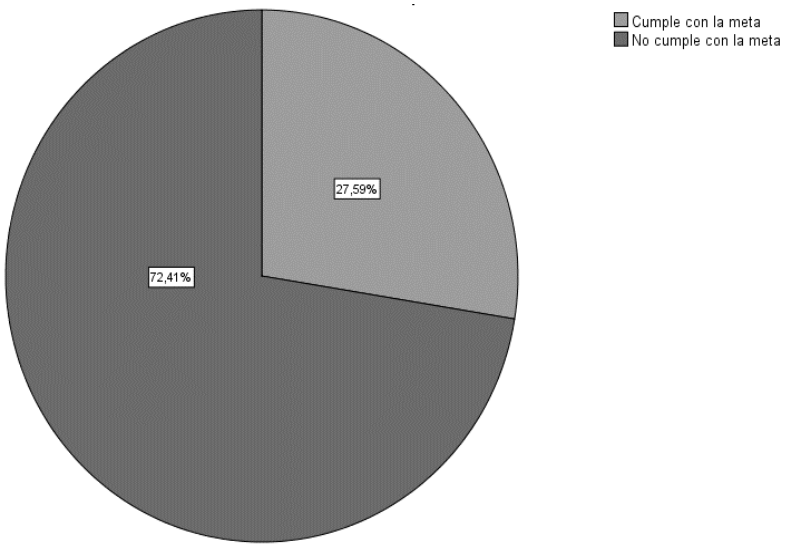
Elaborado por: Los autores.

Se observa que la mayoría de pacientes participantes del estudio tienen un alto nivel de percepción de la relación médico paciente, representa un 95,26%, y tan solo una pequeña proporción tiene un bajo nivel de percepción de la relación médico paciente que representa 4,74%.

Metas terapéuticas

Figura 23

Porcentaje De Pacientes Que Cumplen Las Metas Terapéuticas Del Índice De Masa Corporal En El Año 2021.



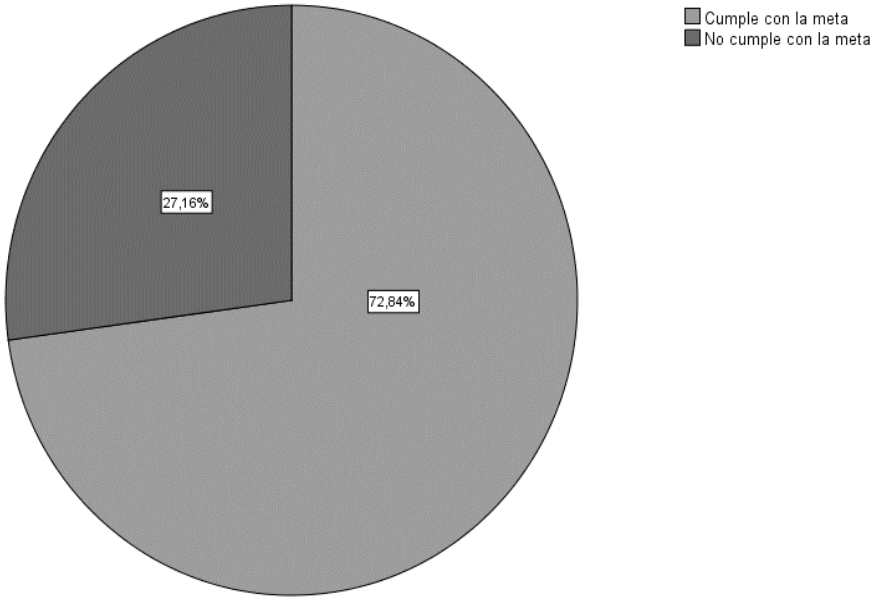
Fuente: Historias clínicas del MSP.

Elaborado por: Los autores.

Se observa que la mayoría de pacientes participantes del estudio, no cumple con la meta terapéutica del índice de masa corporal, representa un 72,41%, y tan solo una pequeña proporción cumple con la meta terapéutica que representa 27,59%

Figura 24

Porcentaje De Pacientes Que Cumplen Las Metas Terapéuticas En Las Cifras De Presión Arterial En El Año 2021.

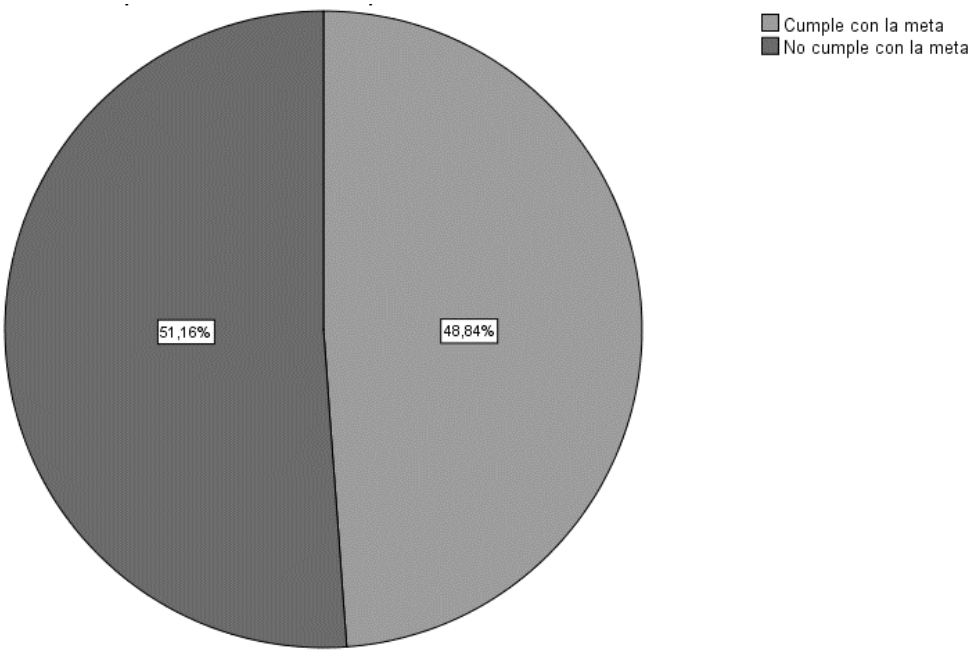


Fuente: Historias clínicas del MSP.
Elaborado por: Los autores.

Se observa que la mayoría de pacientes participantes del estudio, cumple con la meta terapéutica en las cifras de presión arterial, representa un 72,84%, y tan solo una pequeña proporción no cumple con la meta terapéutica en las cifras de presión arterial, que representa 27,16%.

Figura 25

*Porcentaje De Pacientes Que Cumplen Las Metas Terapéuticas En Los Niveles Séricos De Colesterol Total En El Año 2021***.**

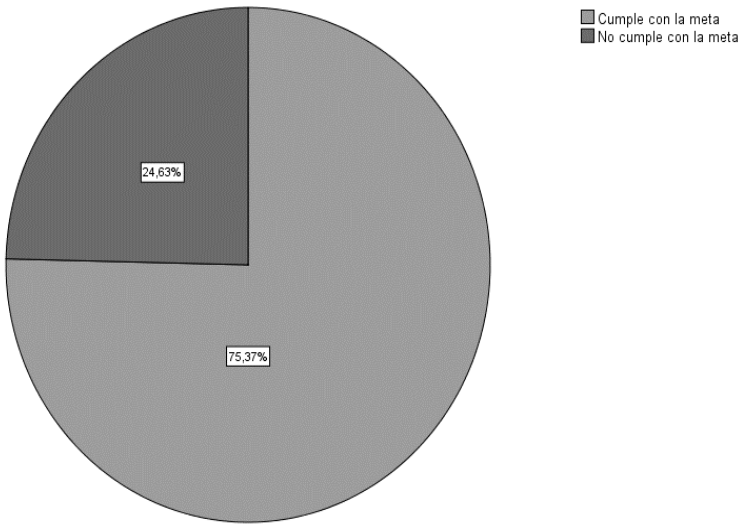


Fuente: Historias clínicas del MSP.
Elaborado por: Los autores.

El 48,84% cumplen con la meta terapéutica en los niveles séricos de colesterol total.

Figura 26

Porcentaje De Pacientes Que Cumplen Las Metas Terapéuticas En Los Niveles Séricos De Colesterol HDL En El Año 2021.



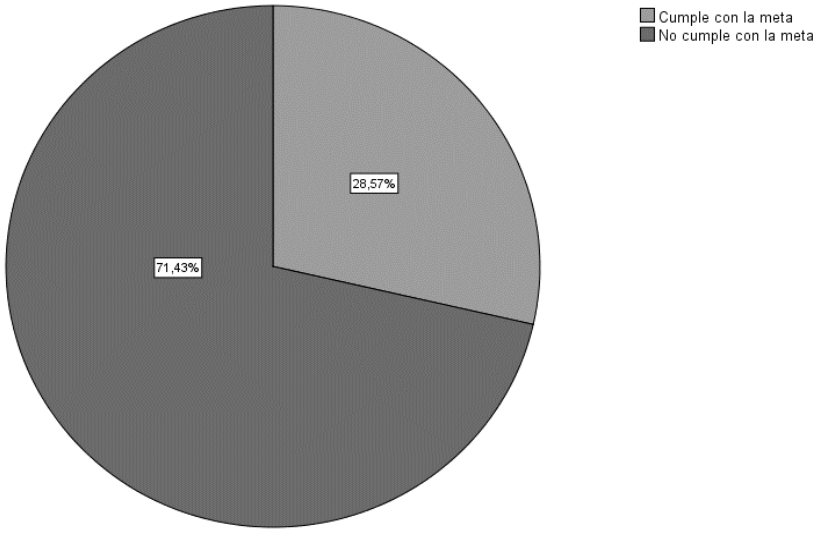
Fuente: Historias clínicas del MSP.

Elaborado por: Los autores.

El 75,37%, cumple con la meta terapéutica en los niveles séricos de colesterol HDL.

Figura 27

Porcentaje De Pacientes Que Cumplen Las Metas Terapéuticas En Los Niveles Séricos De Colesterol LDL En Año El 2021.

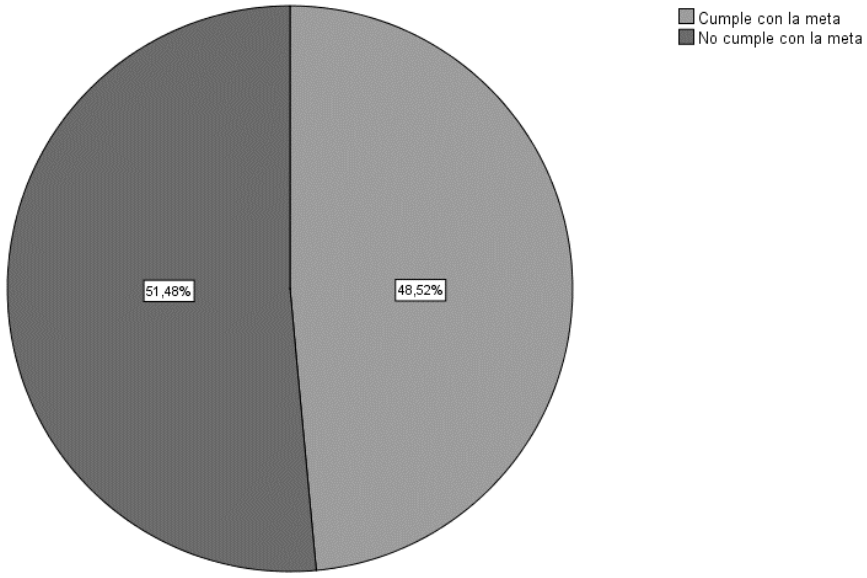


Fuente: Historias clínicas del MSP.
Elaborado por: Los autores.

El 28.5% cumplen con la meta terapéutica en los niveles séricos de colesterol LDL.

Figura 28

Porcentaje De Pacientes Que Cumplen Las Metas Terapéuticas En Los Niveles Séricos De Triglicéridos En Año El 2021.

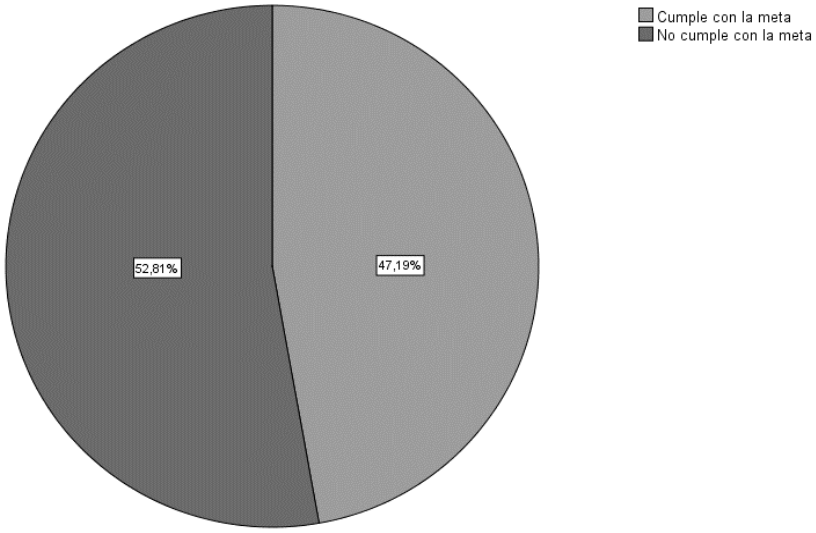


Fuente: Historias clínicas del MSP.
Elaborado por: Los autores.

El 48,52% cumplen con la meta terapéutica en los niveles séricos de triglicéridos.

Figura 29

Porcentaje De Pacientes Que Cumplen Las Metas Terapéuticas En Los Niveles Séricos De Hemoglobina Glicosilada En Año El 2021.

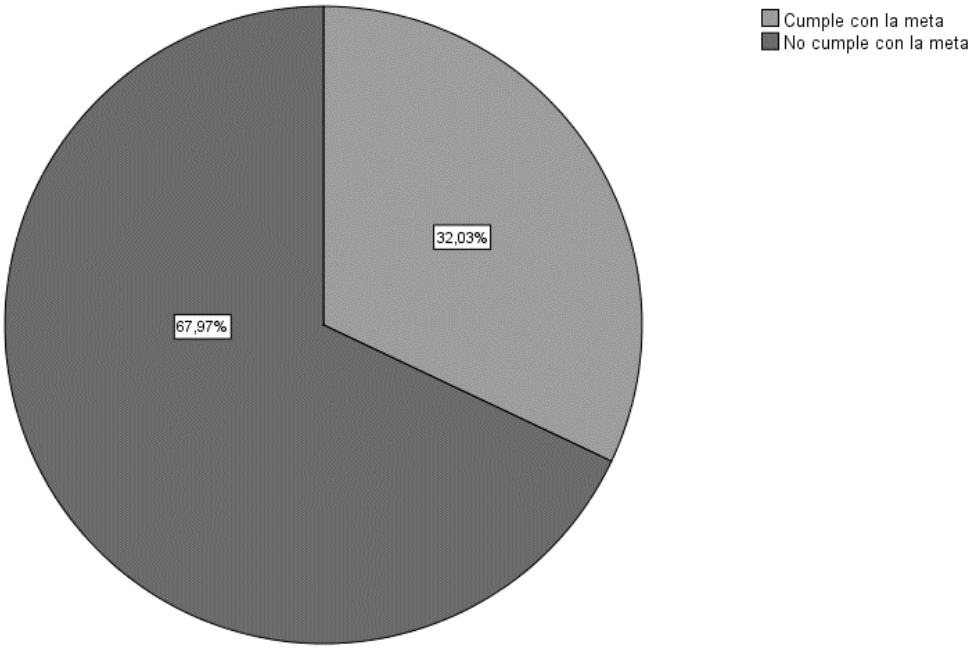


Fuente: Historias clínicas del MSP.
Elaborado por: Los autores.

El 47,19% cumplen con la meta terapéutica en los niveles séricos de hemoglobina glicosilada.

Figura 30

*Porcentaje De Pacientes Que Cumplen Las Metas Terapéuticas En Los Niveles Glucosa Basal En Año El 2021***.**



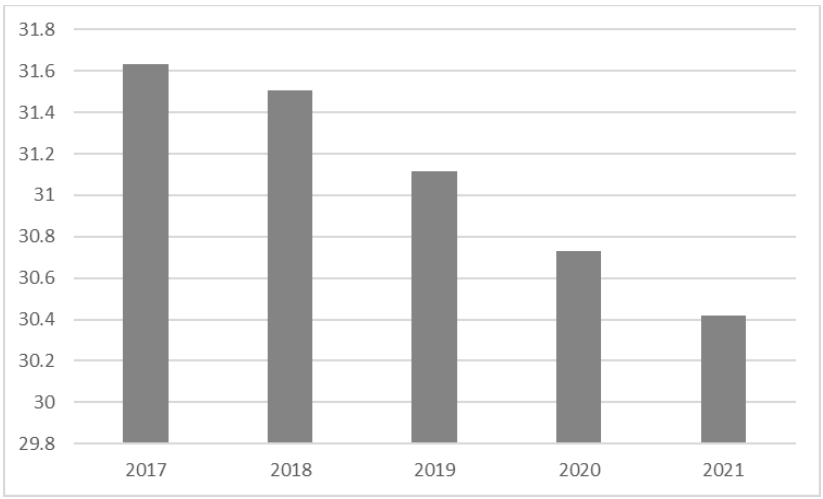
Fuente: Historias clínicas del MSP.
Elaborado por: Los autores.

El 32,03%, cumple con la meta terapéutica en los niveles de glucosa basal.

Metas terapéuticas en los últimos 5 años

Figura 31

Promedio cifras de índice de masa corporal IMC durante el periodo 2017-2021.

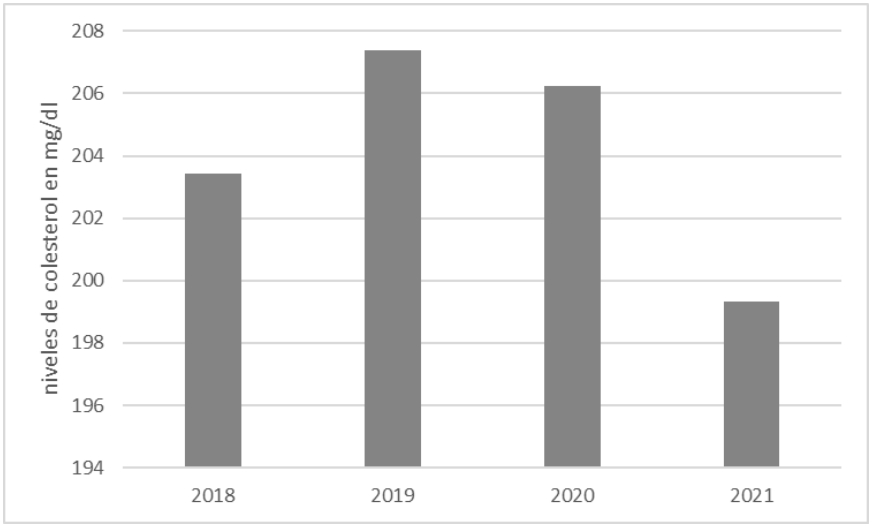


Fuente: Historias clínicas del MSP.
Elaborado por: Los autores.

En el 2021 el promedio de las cifras de IMC es 30.42 es menor a los 4 años anteriores.

Figura 32

Promedio de los niveles de colesterol total en mg/dl en el suero de pacientes durante el periodo 2017-2021.

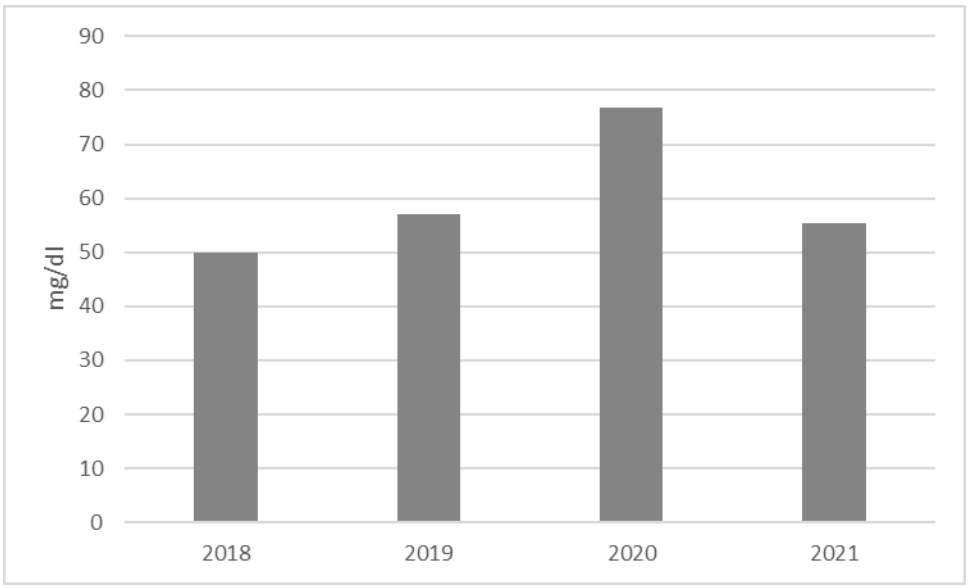


Fuente: Historias clínicas del MSP.
Elaborado por: Los autores.

Desde el 2019 el promedio de los niveles de colesterol total cumple las metas terapéuticas.

Figura 33

Promedio de los niveles de colesterol HDL en mg/dl durante el periodo 2017-2021.



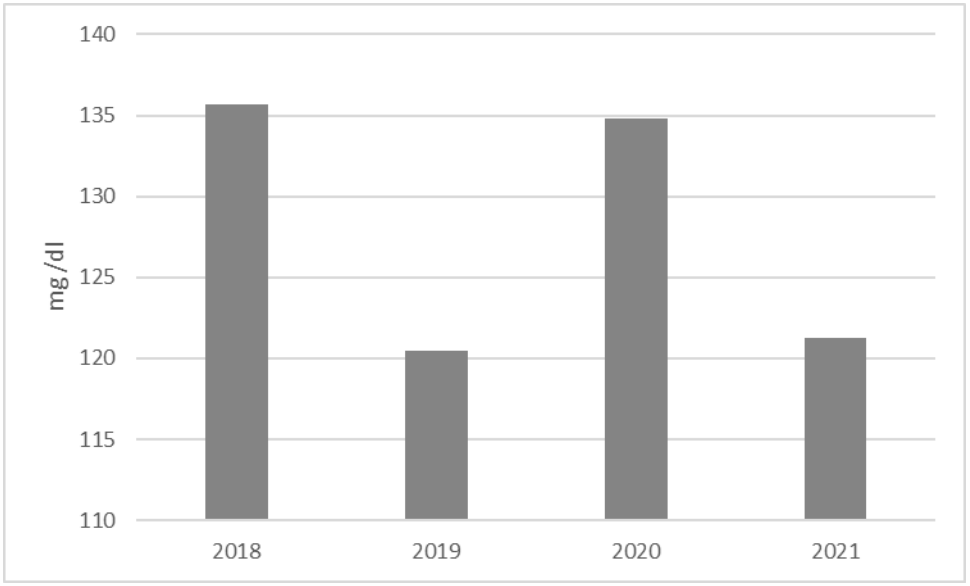
Fuente: Historias clínicas del MSP.

Elaborado por: Los autores.

El promedio de niveles de HDL cumple con las metas terapéuticas en los últimos 5 años.

Figura 34

*Promedio de los niveles de colesterol LDL durante el periodo 2017-2021***.**



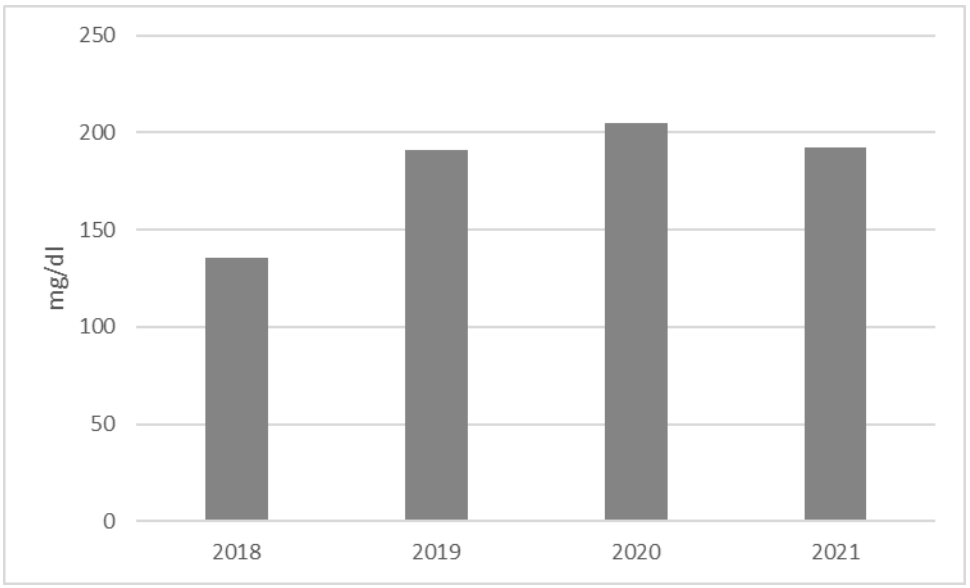
Fuente: Historias clínicas del MSP.

Elaborado por: Los autores.

Los promedios de los niveles de colesterol LDL no cumplen con las metas terapéuticas durante el periodo 2017-2021.

Figura 35

Promedio de los niveles de triglicéridos durante el periodo 2017-2021.



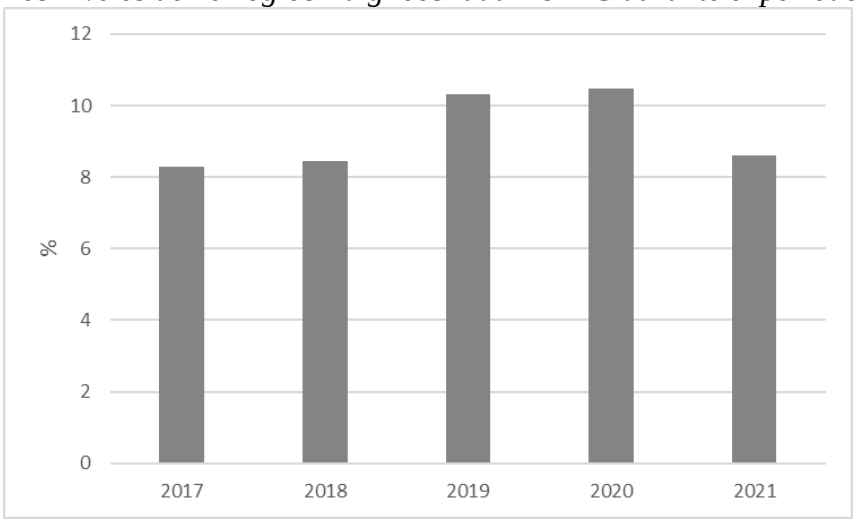
Fuente: Historias clínicas del MSP.

Elaborado por: Los autores.

El promedio de los niveles de triglicéridos en el 2018 y 2019 cumplen con las metas terapéuticas, pero desde 2020 dejan de cumplir con las metas terapéuticas.

Figura 36

Promedio de los niveles de hemoglobina glicosilada HbA1C durante el periodo 2017-2021.



Fuente: Historias clínicas del MSP.

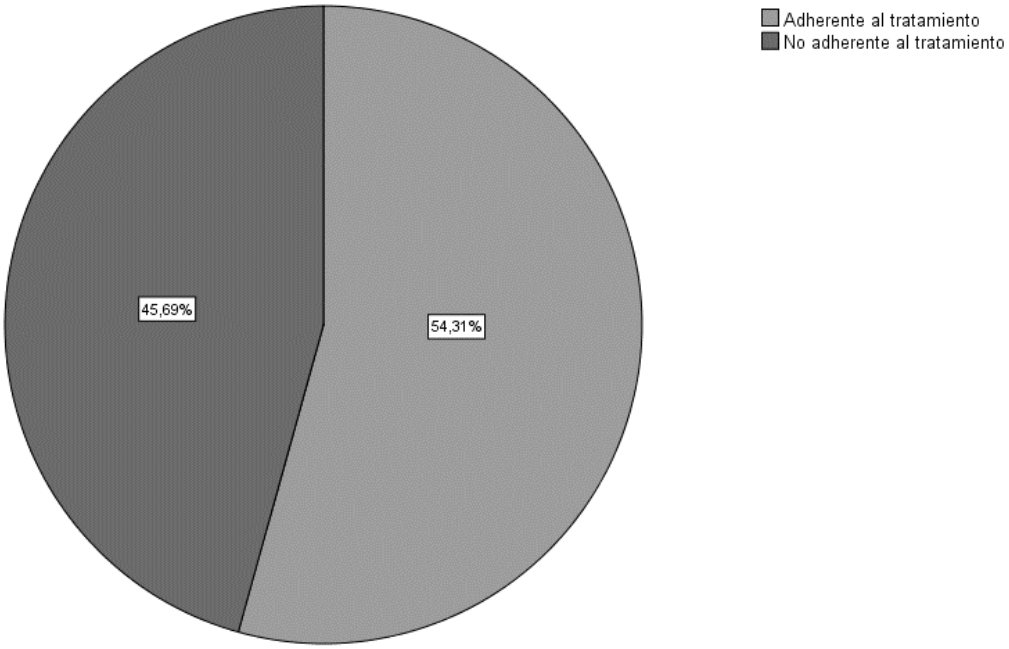
Elaborado por: Los autores.

Los promedios de los niveles de hemoglobina glicosilada no cumplen con las metas terapéuticas.

Adherencia terapéutica

Figura 37

Porcentaje De Pacientes Participantes Del Estudio Que Tienen Buena Adherencia Al Tratamiento Según La Escala De Morisky Green Durante El Año 2021.



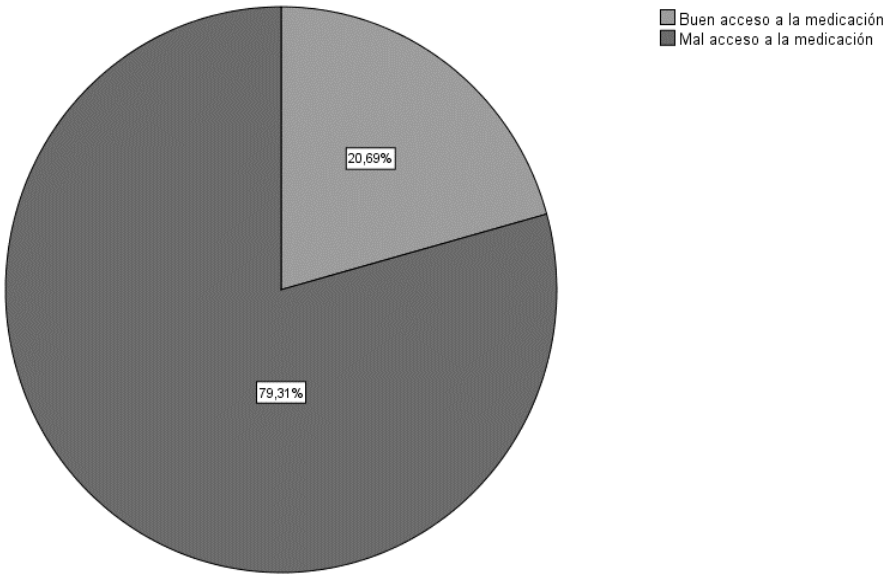
Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

El 54,31% de los participantes del estudio que tienen buena adherencia al tratamiento según la escala de Morisky Green.

Acceso a la medicación

Figura 38

Porcentaje De Pacientes Que Respondieron Tener Buen Acceso A La Medicación Durante El Año 2021.

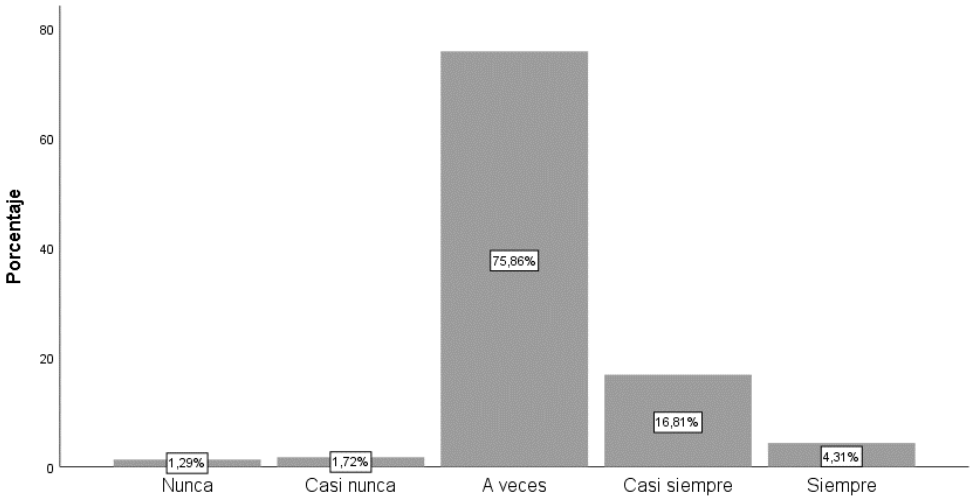


Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

El 79,31% de los pacientes tienen mal acceso a la medicación.

Figura 39

Porcentaje De Respuestas Ante La Pregunta ¿Usted Puede Acceder A La Medicación?



Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

El 75,86 % de los participantes respondieron que a veces pueden acceder a la medicación y tan solo 4% acceden siempre a la medicación, en los centros de salud del MSP de la ciudad de Ibarra.

Análisis bivariado PDQR-9 y variables sociodemográficas

Tabla 2

Cruce de variables mediante chi cuadrado entre el nivel de satisfacción de la relación médico paciente mediante el PDQR-9 y el lugar de residencia de los participantes en el año 2021.

			Lugar de residencia		Total	p
			Urbano	Rural		
PDQR-9	Alto nivel de satisfacción de RPM	Recuento	144	65	209	0,024
		%	87,30%	97,00%	90,10%	
	Bajo nivel de satisfacción de RMP	Recuento	21	2	23	
		%	12,70%	3,00%	9,90%	
Total		Recuento	165	67	232	
		%	100,00%	100,00%	100,00%	

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

Se observa una relación estadísticamente significativa entre el nivel de relación médico paciente PDQR-9 y teniendo mejor puntaje los que viven en la zona rural.

Análisis bivariado PDQR-9 y de metas terapéuticas

Tabla 3

Cruce de variables mediante chi cuadrado entre el nivel de satisfacción de la relación médico paciente mediante el PDQR-9 y el cumplimiento de las metas terapéuticas en los niveles de presión arterial de los participantes en el año 2021.

			Presión arterial 2021		**Total**	
			Cumple con la meta	**No cumple con la meta**		P
PDQR-9	Alto nivel de satisfacción RMP	Recuento	151	58	209	0,538
		%	89,3%	92,1%	90,1%	
	Bajo nivel de satisfacción RMP	Recuento	18	5	23	
		%	10,7%	7,9%	9,9%	
Total		Recuento	169	63	232	
		%	100%	100%	100%	

Fuente: Encuestas, historias clínicas MSP.
Elaborado por: Los autores.

No se observa una relación estadísticamente significativa entre el nivel de relación médico paciente PDQR-9 y el cumplimiento de las metas terapéuticas de los niveles de presión arterial en participantes del estudio durante el año 2021.

Tabla 4

Cruce de variables mediante chi cuadrado entre el nivel de satisfacción de la relación médico paciente mediante el PDQR-9 y el cumplimiento de las metas terapéuticas en los niveles de colesterol total de los participantes en el año 2021.

			Niveles de colesterol total 2021			
			Cumple con la meta	**No cumple con la meta**	**Total**	**p**
PDQR-9	Alto nivel de satisfacción RPM	Recuento	78	78	156	0,341
		%	92,90%	88,60%	90,70%	
	Bajo nivel de satisfacción RPM	Recuento	6	10	16	
		%	7,10%	11,40%	9,30%	
Total		Recuento	84	88	172	
		%	100,00%	100,00%	100,00%	

Fuente: Encuestas, historias clínicas MSP.
Elaborado por: Los autores.

No se observa una relación estadísticamente significativa entre el nivel de relación médico paciente PDQR-9 y el cumplimiento de las metas terapéuticas de los niveles de colesterol total de los participantes del estudio durante el año 2021.

Tabla 5

Cruce de variables mediante chi cuadrado entre el nivel de satisfacción de la relación médico paciente mediante el PDQR-9 y el cumplimiento de las metas terapéuticas en los niveles de colesterol HDL de los participantes en el año 2021.

			Niveles de colesterol HDL 2021			
			Cumple con la meta	**No cumple con la meta**	**Total**	**p**
PDQR-9	**Alto nivel de satisfacción RMP**	Recuento	89	31	120	0,64
		%	88,10%	93,90%	89,60 %	
	Bajo nivel de satisfacción RMP	Recuento	12	2	14	
		%	11,90%	6,10%	10,40 %	
Total		Recuento	101	33	134	
		%	100%	100%	100%	

Fuente: Encuestas, historias clínicas MSP.
Elaborado por: Los autores.

No se observa una relación estadísticamente significativa entre el nivel de relación médico paciente PDQR-9 y el cumplimiento de las metas terapéuticas de los niveles de colesterol HDL en participantes del estudio durante el año 2021.

Tabla 6

Cruce de variables mediante chi cuadrado entre el nivel de satisfacción de la relación médico paciente mediante el PDQR-9 y el cumplimiento de las metas terapéuticas en los niveles de colesterol LDL de los participantes en el año 2021.

			Niveles de colesterol LDL 2021			
			Cumple con la meta	**No cumple con la meta**	**Total**	**p**
PDQR-9	**Alto nivel de satisfacción de relación médico paciente**	Recuento	36	90	126	1
		%	90,00%	90,00%	90,00%	
	Bajo nivel de satisfacción de relación médico paciente	Recuento	4	10	14	
		%	10,00%	10,00%	10,00%	
Total		Recuento	40	100	140	
		%	100,00%	100,00%	100,00%	

Fuente: Encuestas, historias clínicas MSP.
Elaborado por: Los autores.

No se observa una relación estadísticamente significativa entre el nivel de relación médico paciente PDQR-9 y el cumplimiento de las metas terapéuticas de los niveles de colesterol LDL en participantes del estudio durante el año 2021.

Tabla 7

Cruce de variables mediante chi cuadrado entre el nivel de satisfacción de la relación médico paciente mediante el PDQR-9 y el cumplimiento de las metas terapéuticas en los niveles de triglicéridos de los participantes en el año 2021.

Cumplimiento de metas terapéuticas de los niveles de triglicéridos 2021						
			Cumple con la meta	**No cumple con la meta**	**Total**	**p**
PDQR-9	**Alto nivel de satisfacción de relación médico paciente**	Recuento	75	79	154	0,880
		%	91,50%	90,80%	91,10%	
	Bajo nivel de satisfacción de relación médico paciente	Recuento	7	8	15	
		%	8,50%	9,20%	8,90%	
Total		Recuento	82	87	169	
		%	100,00%	100,00%	100,00%	

Fuente: Encuestas, historias clínicas MSP.
Elaborado por: Los autores.

No se observa una relación estadísticamente significativa entre el nivel de relación médico paciente PDQR-9 y el cumplimiento de las metas terapéuticas de los niveles de triglicéridos en participantes del estudio durante el año 2021.

Análisis bivariado entre PDQR-9 y el Control metabólico

Tabla 8

Cruce de variables mediante chi cuadrado entre el nivel de satisfacción de la relación médico paciente mediante el PDQR-9 y el cumplimiento de las metas terapéuticas en el control metabólico de los participantes en el año 2021.

		Control metabólico		Total	p
		cumple	no cumple		
PDQR-9	alto nivel de satisfacción de relación médico paciente	5	112	117	0.447
	bajo nivel de satisfacción de relación médico paciente	0	13	13	
Total		5	125	130	

Fuente: Encuestas, historias clínicas MSP.

Elaborado por: Los autores.

No se observa una relación estadísticamente significativa entre el nivel de relación médico paciente PDQR-9 y el cumplimiento de las metas terapéuticas de los niveles del control metabólico (presión arterial, índice de masa corporal, niveles de colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos) en participantes del estudio durante el año 2021.

Comorbilidades

Tabla 9

Cruce de variables mediante chi cuadrado entre pacientes que presentan hipotiroidismo y el sexo de los participantes durante el año 2021.

			Sexo de los participantes		Total	p
			Masculino	**Femenino**		
Hipotiroidismo	**Con hipotiroidismo**	Recuento	0	18	18	0,002
		%	0,00%	10,90%	7,80%	
	Sin hipotiroidismo	Recuento	66	147	213	
		%	100,00%	89,10%	92,20%	
Total		Recuento	66	165	231	
		%	100%	100%	100%	

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

Se observa una relación estadísticamente significativa entre los pacientes con hipotiroidismo y el sexo de los participantes teniendo predisposición del sexo femenino durante el año 2021.

Tabla 10

Cruce de variables mediante chi cuadrado entre pacientes con discapacidad visual y el lugar de residencia de pacientes participantes durante el 2021.

		Lugar de residencia			p
			Urbano	**Rural**	**Total**
Con discapacidad visual		Recuento	2	5	7	0,023
		%	1,20%	7,50%	3,00%	
Sin discapacidad visual		Recuento	163	62	225	
		%	98,80%	92,50%	97,00%	
Total		Recuento	165	67	232	
		%	100%	100%	100%	

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

Se observa una relación estadísticamente significativa entre pacientes que presentan discapacidad visual y lugar de residencia, siendo predisponente en el sector rural.

Análisis bivariado entre PDQR-9 y adherencia al tratamiento.

Tabla 11

Cruce de variables mediante chi cuadrado entre el nivel de satisfacción de la relación médico paciente mediante el cuestionario PDQR-9 y la adherencia al tratamiento mediante la escala Morisky Green durante el año 2021.

Escala de Adherencia a la medicación de Morisky Green						
			Adherente al tratamiento	**No adherente al tratamiento**	**Total**	**p**
PDQR-9	**Alto nivel de satisfacción de relación médico paciente**	Recuento	114	95	209	0,828
		%	90,5%	89,6%	90,1%	
	Bajo nivel de satisfacción de relación médico paciente	Recuento	12	11	23	
		%	9,5%	10,4%	9,9%	
Total		Recuento	126	106	232	
		%	100%	100%	100%	

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

No se observa una relación estadísticamente significativa entre el nivel de satisfacción de la relación médico paciente PRQR-9 y la adherencia al tratamiento mediante la escala de Morisky Green en los participantes durante el año 2021.

Análisis bivariado entre PDQR-9 y accesibilidad a la medicación.

Tabla 12

Cruce de variables chi cuadrado entre la percepción del acceso a la medicación y la etnia de los participantes durante el año 2021.

		Etnia de los participantes					
		Mestizo	**Blanco**	**Indígena**	**Afrodescendiente**	**Total**	**p**
Buen acceso a la medicación	Recuento	32	3	8	5	48	0,012
	%	17,1%	23,1%	50,0%	31,3%	20,7%	
Mal acceso a la medicación	Recuento	155	10	8	11	184	
	%	82,9%	76,9%	50,0%	68,8%	79,3%	
Total	Recuento	187	13	16	16	232	
	%	100%	100%	100%	100%	100%	

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

Se observa una relación estadísticamente significativa entre una buena percepción del acceso a la medicación en la etnia indígena de los participantes en el año 2021

Tabla 13

Cruce de variables mediante chi cuadrado entre la percepción del acceso a la medicación y cumplimiento de las metas terapéuticas de las cifras de glucosa basal en los participantes durante el año 2021.

Cumplimiento de metas terapéuticas de los niveles de glucosa basal 2021						
			Cumple con la meta	**No cumple con la meta**	**Total**	**p**
Acceso a la medicación	**Buen acceso a la medicación**	Recuento	21	27	48	0.039
		%	28,40%	17,20%	20,80%	
	Mal acceso a la medicación	Recuento	53	130	183	
		%	71,60%	82,80%	79,20%	
Total		Recuento	74	157	231	
		%	100,00%	100,00%	100,00 %	

Fuente: Encuestas, historias clínicas MSP.
Elaborado por: Los autores.

Se observa una relación estadísticamente significativa entre un buen acceso a la medicación y el cumplimiento de metas terapéuticas de los niveles de glucosa basal.

Comparación de las metas terapéuticas antes y durante la pandemia COVID-19

Tabla 14

Comparación mediante t de student de las metas terapéuticas antes y durante la pandemia del COVID-19.

	Estadísticas de muestras emparejadas	t de student para muestras relacionadas			
		Media	**n**	**Desv.**	**p**
Par 1	**Número de atenciones 2019**	5,52	187	3,361	0.001
	Número de atenciones 2021	4,74	187	3,028	
Par 2	**Cifras de IMC 2019**	31,2	192	5,75	0,00
	Cifras de IMC 2021	30,4	192	6,041	
Par 3	**Cifras de presión arterial sistólica 2019**	124,78	191	18,556	0,00
	Cifras de presión arterial sistólica 2021	127,48	191	18,637	
Par 4	**cifras de presión arterial diastólica 2019**	74,15	191	9,275	0,002
	cifras de presión arterial diastólica 2021	75,29	191	9,608	
Par 5	**Niveles de colesterol total 2019**	208,4	48	44,225	0,03
	Niveles de colesterol total 2021	205,56	48	45,57	
Par 6	**Niveles de HDL 2019**	55,15	34	15,277	0,00
	Niveles de HDL 2021	56,47	34	14,648	
Par 7	**Niveles de LDL 2019**	120,24	33	43,445	0,003
	Niveles de LDL 2021	124,21	33	57,679	
Par 8	**Niveles de triglicéridos 2019**	190,8	44	102,897	0,00
	Niveles de triglicéridos 2021	173,23	44	88,801	
Par 9	**Niveles de glucosa basal 2019**	171,32	113	78,355	0,002
	Niveles de glucosa basal 2021	190,66	113	101,052	

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Los autores.

Se observa:

Que el número de atenciones disminuyeron significativamente durante la pandemia del COVID-19.

El índice de masa corporal disminuyó significativamente durante los dos últimos años.

Las cifras de presión arterial sistólica y diastólica aumentaron significativamente en el periodo 2019-2021.

Los niveles de colesterol mejoraron significativamente durante los dos últimos años.

Los niveles de glucosa basal aumentaron significativamente durante el periodo 2019-2021.

Correlación entre el PDQR-9 y el control glucémico mediante HbA1C.

Tabla *15*

Prueba de normalidad de las variables PDQR-9 y HbA1C

Pruebas de normalidad

	Kolmogórov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
PDQR-9	,358	231	,000
HbA1C	,099	231	,000

Fuente: Encuestas, historias clínicas MSP.
Elaborado por: Los autores.

Tanto el nivel de satisfacción de la relación médico paciente como los niveles de hemoglobina glicosilada no tiene una distribución normal.

Tabla 16

Correlación de Sperman entre los niveles de hemoglobina glicosilada y PDQR-9, en el año 2021.

			PDQR-9	Niveles de hemoglobina glicosilada 2021
Rho de Spearman	**PDQR-9**	Coeficiente de correlación	1,000	,130*
		Sig. (bilateral)	.	,024
		N	232	231
	Niveles de hemoglobina glicosilada 2021	Coeficiente de correlación	,130*	1,000
		Sig. (bilateral)	,024	.
		N	231	231

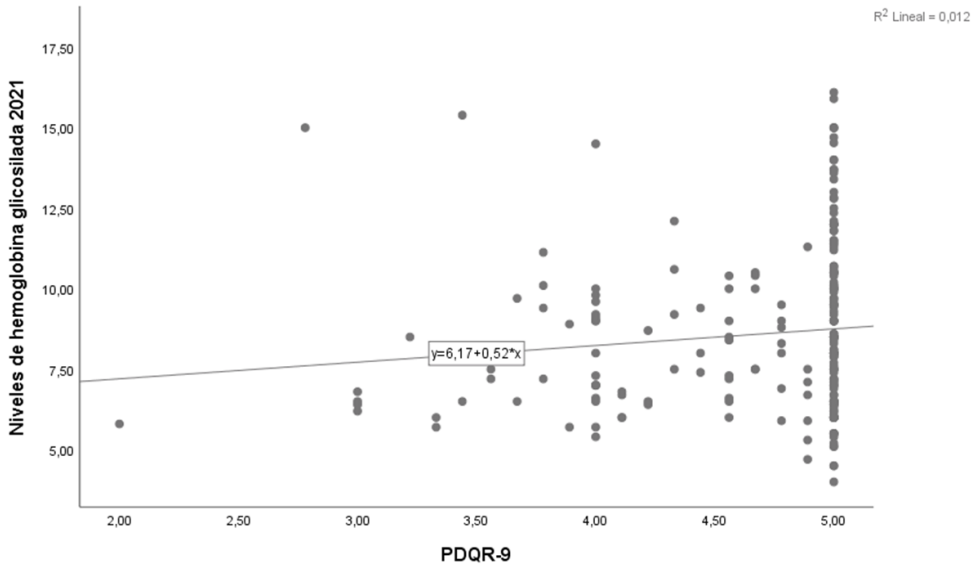
* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Encuestas, historias clínicas MSP.
Elaborado por: Los autores.

Se observa que existe una correlación significativa, aunque de muy bajo grado, entre el nivel de satisfacción de la relación médico paciente los niveles de hemoglobina que representan al control glucémico, lo que indica que habría otros factores que influyen.

Figura 40

Correlación de Spearman entre las variables hemoglobina glicosilada y el nivel de satisfacción de la relación PDQR-9 en el año 2021



Fuente: Encuestas, historias clínicas MSP.
Elaborado por: Los autores.

En el presente grafico se observa que existe una correlación directa entre los niveles de hemoglobina glicosilada y el nivel de satisfacción de la relación médico paciente médico con el PDQR-9.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

El presente estudio evaluó el grado de relación médico paciente en 230 pacientes diabéticos tipo 2, que fueron seleccionados al azar a la salida de la consulta externa de medina familiar de las unidades de salud del ministerio de salud pública, en la ciudad de Ibarra durante el periodo 2017-2021, se utilizó el cuestionario previamente validado PDQR-9, para establecer el grado de satisfacción de la relación médico paciente, desde el punto de vista del usuario. Se correlaciono con el cumplimiento de las metas terapéuticas tanto del control glicémico como el control metabólico, los datos del control metabólico como glucémico fuero obtenidos de las historias clínicas del ministerio de salud pública.

La edad promedio de los participantes se encuentran entre los 60 y 65 años de edad, lo que concuerda con los resultados de un estudio realizado en México con 129 pacientes donde el promedio de edad es 60.5 años (Rios-Álvarez, et al. 2011), además de otro estudio realizado en Colombia con 422 pacientes encontró que el promedio de edad es de 56 años (Quintero, 2016), otro estudio realizado en Quito de 264 pacientes se encontró un promedio de edad de 41 años con un rango entre 18-64 años (Vicuña & Velasco , 2019).

De 230 participantes el 71% son del sexo femenino, concuerda con el estudio colombiano que describe el 63% de los participantes son del sexo femenino (Ariza, Camacho, & Londoño, 2005). En estudio mexicano prevalecio el sexo femenino con un 65,1% (Goana, et al. 2020). En

otro estudio participaron 307 pacientes de los cuales 73% fueron del sexo femenino (Fernandez, et al. 2021).

El nivel de escolaridad mayoritaria es primario en un 62%, en contraste con el estudio mexicano donde se encontró 49.6% más bajo aun incluyendo a los de nivel secundaria (Rios-Álvarez, et al. 2011).

En el presente estudio se encontró que el promedio del número de años con diagnóstico de diabetes es de 8.9 años con una desviación de 6.47 años, contrastando con estudio colombiano que reporta un promedio de 7.8 años, con una desviación de 6.8 años (Ariza, et al. 2005)

El 68% de los pacientes tienen al menos una comorbilidad, su principal comorbilidad es la hipertensión arterial que ocupa el 60.78%, seguido por hipotiroidismo 7.79% que afecta mayoritariamente a las mujeres, concordando una investigación realizada en Colombia, donde encontraron que la hipertensión arterial está presente en el 69.4% de los participantes. (Ariza, et al. 2005).

El 95% de los participantes responden tener una buena relación médico paciente mediante el test de PDQR-9, contrastando con un estudio mexicano, donde se encontró que el 75 % de los participantes tienen una buena relación médico paciente. (Rios-Álvarez, et al. 2011). En un trabajo de tesis de la ciudad de Quito describen que el 86.7% tienen muy buena relación médico paciente. (Vicuña & Velasco , 2019). La percepción de la relación médico paciente en el hospital de Bosa II nivel ESE fue apropiado en el 60% (Quintero, 2016). En otra investigación realizado en Mexico con 451 pacientes hallaron que el 90% de los pacientes tienen un alto nivel de satisfaccion y tan solo 3,5% contestaron de manera negativa. (Fernandez, et al. 2010). Valores similares reporto una

de tesis de México, donde hallaron que el 97.5% de los participantes tiene una buena relación con su médico. (Goana, et al. 2020).

En el control glucemico se encontro que el 47.5% de pacientes cumplen con las metas terapéuticas, medidos con cifras de hemoglobina glicosilada considerada como control, teniendo como media del valor de hemoglobina de glicosilada de 10.3% y un desvió estándar de 2.07%. de manera similar, otro trabajo de tesis mexicana que describe que el 44.6% cumplen con el control glucémico. (Goana, et al. 2020), de igual manera otro reporte realizado en México reporta que el 55% cumplen con las metas terapéuticas.

Control metabólico teniendo en cuenta que el control metabólico consiste el control de (índice de masa corporal, presión arterial, colesterol HDL, LDL, triglicéridos).

El este estudio se encontró que el 27% de pacientes cumplen con las metas terapéuticas de control de control metabólico, el determinante de bajo control metabólico fue el índice de masa corporal, siendo el valor más bajo en cumplir, que es comparable al estudio colombiano donde reportan un control metabólico 24.2% del cumplimiento, aquí también el determinante fue el índice de masa corporal. (Ariza, et al. 2005)

Desglosando al control metabólico tenemos que el 72% de pacientes cumplen las metas terapéuticas en el control de la hipertensión arterial, considerando un valor menor a 140/90 mm Hg, el 48.8% de pacientes cumplen las metas terapéuticas del control de las cifras de colesterol total, el 75,3 % de los pacientes cumplen con las metas terapéuticas de control de cifras de colesterol HDL, el 28.5% de pacientes cumplen las metas terapéuticas de las cifras de colesterol LDL y el 48.5 % de pacientes cumplen con las metas terapéuticas de control de cifras de

triglicéridos. En un estudio realizado en México se encontró que 67.4% cumplen con el control metabólico, pero no desglosan los diferentes parámetros. (Rios-Álvarez, et al. 2011)

El 54% de los participantes respondieron tener una buena adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 mediante la escala Morisky Green. Contrastando con el estudio cubano donde hallo que el 36.6 % de los pacientes con diabetes mellitus tienen buena adherencia al tratamiento (Ramos, et al. 2018). De manera similar un estudio nigeriano de 140 pacientes describió que el 60% de pacientes fueron declarados adherentes a la medicación mediante la escala de Morinsky Green (Rasac, et al. 2011)

Se encontró una relación directa entre el índice de masa corporal IMC y las cifras de Hemoglobina glicosilada con un $p < 0.05$, contrastando con el estudio colombiano que no encontró una relación estadísticamente significativa (Ariza, et al. 2005).

En el control metabólico rechazamos la hipótesis alterna, no se encontró una relación significativa entre el nivel de satisfacción de la relación médico-paciente PDQR-9 con el cumplimiento de las metas terapéuticas de (presión arterial, índice de masa corporal, cifras de colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos).

En cuanto al control glucémico, aceptamos la hipótesis alterna, se encontró una relación lineal entre el nivel de satisfacción de la relación médico paciente y las cifras de hemoglobina glicosilada, con una $p <$ a 0.024, aunque su nivel de correlación es muy bajo 0.13.

Estos resultados concuerdan parcialmente con lo encontrado por Ríos (2011) “En el análisis de correlación entre el control y la relación médico-paciente se obtuvo significancia

estadística prácticamente con todas las dimensiones tanto para el control glucémico como para el metabólico", el estudio mexicano fue realizado con médicos generales a diferencia del presente trabajo que fue realizado con médicos especialista en medicina familiar y comunitaria.

LIMITACIONES:

En el presente estudio no incluyo a la población residente en el Valle del Chota, tampoco la zona de Lita, debido a su distancia que separa de la ciudad de Ibarra.

Se estudio la satisfacción de la relación médico paciente, únicamente desde el punto de vista del usuario.

La correlación entre la satisfacción de la relación médico paciente y el cumplimiento de las metas terapéuticas se realizó exclusivamente en el año 2021.

No se estudiaron las complicaciones agudas de la diabetes mellitus tipo 2.

CONCLUSIONES:

El 95% de los pacientes que acuden al control de diabetes mellitus tipo 2 en los consultorios de medicina familiar, refieren tener una buena relación médico paciente.

Se encontró una correlación lineal entre el nivel de satisfacción de la relación médico paciente medido con el PDQR-9 y las cifras de hemoglobina glicosilada que representa al control glicémico.

No se encontró una relación entre el nivel de satisfacción de la relación médico paciente y las cifras de control metabólico (presión arterial, niveles de colesterol LDL, HDL, triglicéridos) debido a que influyen otros factores como la falta de accesibilidad a la medicación en el 80 % de participantes no permite mantener niveles adecuados del perfil lipídico, niveles y hemoglobina glicosilada.

El principal parámetro para el fallo en el cumplimiento de las metas terapéuticas de control metabólico es el índice de masa corporal, apenas el 27.59% de los participantes cumplen con esta meta, aunque en los últimos 5 años todos los parámetros tienen una tendencia a la mejora, especialmente el índice de masa corporal.

RECOMENDACIONES.

Fortalecer las acciones de seguimiento y control de la enfermedad con la identificación temprana de complicaciones tanto microvasculares como macrovasculares.

Educar a los familiares para que se comprometan en el cuidado del paciente diabético con la finalidad de mejorar la adherencia al tratamiento.

Establecer estrategias de mejoras para los pacientes que no cumplen las metas, ajustando la dotación de fármacos, dieta, programas de ejercicios.

Se sugiere hacer estudios de relación médico paciente en el control de las metas terapéuticas después de la pandemia del COVID-19.

Es importante realizar estudios de valoración de conocimientos que tienen los médicos familiares sobre el diagnóstico y manejo de diabetes, relacionar con las metas terapéuticas.

Mejorar la gestión interna en la provisión de medicamentos para disminuir el desabastecimiento de stock.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2021. Diabetes Care. 2021.

Arellano JS, Farías E. De la herencia de la filosofía aristotélica a la casuística contemporánea 2016. Disponible en:
http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/423/414

Ariza, E., Camacho, N., & Londoño, E. (2005). Factores asociados al control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. Salud Uninorte, 32.

Arrubarrena Aragón V.M. La relación médico-paciente. Cirujano General 2011: Volumen 33, Supl. 2. S122-S125. www.medigraphic.org.mx

Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. Edición 20. Santo Domingo: Organización Panamericana de la Salud; 2019.

Ávila J La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional Iatreia, vol. 30, núm. 2, 2017

Bascuñan M Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos Rev Méd Chile 2005; 133: 11-16.

Boshniakov D. Relaciones entre el médico y el paciente de las condiciones del crecimiento del nivel cultural general e higiénica de la población. En: Ética y deontología. URSS:Uneshalargizdat; 1988.109-22.

Burke G. Ethics and medical decision-making. Prim Care. 1980; 7: 615-24

Cafferata G, Roghmann K. Patient satisfaction and the use of health service: explorations in causality USA: Eastern Sociological Meetings; 1978 De la Uz, Relación médico paciente y su panorama actual. 2010 BIOÉTICA abril 2010 22-23.

Cófreces, P., & Ofman, S. (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Revista de comunicación y salud, 19-34.

Emanuel, E., & Emanuel, L. (s.f.). Cuatro modelos de relación médico paciente. 111.

Fernández, M., González, I., Gómez, T., Fernández, E., & Pajares, G. (2010). Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia. Atención Primaria, 196-202.

Fernández, K., Corral, N., & Valenzuela, E. (2021). Validación y adaptación al español del cuestionario PDQR-9 en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el norte de México. Revista Unison, 1-19

García, M. R. (2012). La Responsabilidad Civil Del Médico En El Ecuador. Retrieved from http://www.bioetica.org.ec/articulos/articulo_responsabilidad_civil.pdf.

Goana, Z., Huerta, E., & Texis, J. (2020). Asociación de la relación médico paciente y el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Benemérita universidad autónoma de Puebla, 34.

Gómez Esteban R. El médico como persona en la relación médico-paciente. España: Editorial Fundamentos; 2002

Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética. España: Ed. Triacastela; 2004. p.105-7.

Hahn, S. R., Thompson, K. S., Wills, T. A., Stern, V., & Budner, N. S. (1994). The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. Journal of clinical epidemiology, 47(6), 647–657. https://doi.org/10.1016/0895-4356(94)90212-7

Hernández, I., Fernández, M., Irigoyen, A., & Hernández , M. (s.f.). Importancia de la comunicación médico-paciente en. ARCHIVOS EN MEDICINA FAMILIAR .2011

Illera, G. C. V. (2010). Capacidad para tomar decisiones frente al Consentimiento Informado de personas que potencialmente participarían en estudios clínicos experimentales para la industria farmacéutica. Barranquilla (Colombia). Mayo - noviembre de 2009. Salud Uninorte, 26(1), 1–11.

INEC, Instituto nacional ecuatoriano de estadísticas y censos 2016

Kottow, M. (2015). Confianza: crisis y decadencia en las. nuevos folios de bioética, 5-22.

Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Ediciones Guadarrama, S.A.; 1969

Mazur D.J., Hickam D.H. Patients Preferences for Risk Disclosure and Role in Decision Making for Invasive Medical Procedures. J Gen Intern Med 1997. 12(2): 114-117

Mejía Estrada, A., & Romero Zepeda, H. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica Doctor-patient relationship: the development of a new medical culture. Revista Médica Electronica, 39, 832–842. Retrieved from http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v39s1/rme160117.pdf

Mendoza, A. (2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas The doctor-patient relationship, bioethical considerations SIMPOSIO: BIOÉTICA Y ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA SYMPOSIUM: BIOETHICS AND CARE IN SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH. Rev Peru Ginecol Obstet, 63(4), 555.

Mingote Adán, J., Moreno Jiménez, B., Rodríguez Carvajal, R., Gálvez Herrer, M., & Ruiz López, P. (2009). Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). Actas Esp. Psiquiatr, 37(2), 94–100.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diabetes mellitus tipo 2. Guía de Práctica Clínica. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización; 2017. (11)

Macías, B., López Gil, M. J., & López de Castro, F. (2009). ¿Qué cualidades valoran más los Pacientes de su Médico de Familia? Revista Clínica de Medicina de Familia, 2(6), 263–268. https://doi.org/10.4321/s1699-695x2009000100003

Mosquera D. Redacción médica de la Federación médica ecuatoriana 11 de mazo 2016

Motilla Fraile, M., Sánchez-Oro Gómez, R., Curiel Sainz, O., Rodríguez

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la SI. ONTSI [consultado 10 Abr 2016]. Disponible en: http://www.red.es

OPS/OMS Ecuador - La diabetes, un problema prioritario de ...

www.paho.org › Inicio › Noticias y Eventos › Eventos

Orestes, A., Baró, A., & González, A. T. (2014). La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable The doctor-patient relationship: complexity of an indispensable link.

Mediciego, 20(1). Retrieved from http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdc141g.pdf

Outomuro D, Actis A, Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica Rev Med Chile 2013; 141: 361-366

Perez, F. Villagrana, D. Bernal, M. (2009). EPIDEMIOLOGY AND PHYSIOPATHOLOGY OF DIABETES MELLITUS TYPE 2. REV. MED. CLIN. CONDES - 2009; 20(5) 565 – 571.

Porcerelli H. J., Murdoch W., Morris P., Fowler Shannon. The Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Primary Care: A Validity Study. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 2014. 21: 291-296.

Quintero, F. (2016). Relación médico paciente en proceso de atención a pacientes con diabetes tipo 2 en adulto de 20 a 60 años. Salud Areandina, 74-83.

Raffino María Estela. De: Argentina. Para: Concepto.de. Disponible en: https://concepto.de/comunicacion-efectiva/. Consultado: 05 de marzo de 2021.Ramalho, R. (2008). La relación médico paciente. Nuevas perspectivas. Anales de La Facultad de Ciencias Médicas (Asunción), 41(1–2), 82–85.

Ramalho, R. (2008). La relación médico paciente. Nuevas perspectivas. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) , 82-83

Ramos, Y., Morejón, R., & Gonzáles, M. (2018). Percepción de los pacientes diabéticos tipo 2 acerca de la calidad y satisfacción con la atención médica en consulta. Revista cubana de medicina general., 1-14.

Rasac, A., Titilayo, F., & Adesoji, F. (2011). Cumplimiento de la medicación entre pacientes ambulatorios con diabetes tipo 2 en un entorno de atención terciaria en el suroeste de Nigeria. Pharmacy practice, 72-81.

Ríos-Álvarez, M., Acevedo, O., & González, A. (2011). Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. Revista de endocrinología y nutrición, 149-153.

Rodolfo, R. (2013). EPIDEMIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 Revista Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células β pancreáticas de Endocrinología y Nutrición Vol. 21, No. 3 • Julio-septiembre 2013 • pp 98-106.

Rodríguez Sánchez, A. (2010). PROTOCOLOS DIABETES MELLITUS TIPO 2. Sociedad Española de Medicina Interna y Elsevier España. Patrocinio y distribución de la primera edición: Lilly S.A.

Santana Mondragón, R. (2017). Reflexión: La empatía en la relación Una ruta esencial obligada. Revista de Sanidad Militar, 71, 503–506. Retrieved fromhttps://www.medigraphic.com/cgi bin/new/contenido.cgi?IDPUBLICACION=7685

Truog R. Patients and Doctors-The evolution of a relationship. N ENGL J MED 2012; 366(7): 581-585.

Saéz M. Modelo clínico centrado en el paciente, Archivos de medicina familiar y general. Buenos Aires. 2008; 5(1): 1-10

UKPDS. (1998). Effect of intensive blood-glucose control. Lancet, 854-865.

Valdéz, E., Rivera, M., & Bencosme, N. (2012). Comportamiento del infarto agudo del miocardio. Revista Cubana de Endocrinología, 128-138.

Van Der Feltz-Cornelis, C. M., Van Oppen, P., Van Marwijk, H. W. J., De Beurs, E., & Van Dyck, R. (2004). A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: Development and psychometric evaluation. General Hospital Psychiatry, 26(2), 115–120. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2003.08.010

Valero,K. Marante, M. Torres, M. Ramirez, G. Cortez,R. & Carlini, R. (2012).COMPLICACIONES MICROVASCULARES DE LA DIABETES. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo - Volumen 10, Supl. 1;2012

Vicuña, M., & Velasco, E. (2019). Percepción de la calidad de la relación médico paciente en personas de 18-64 años. Tesis previa a la obtención del título de médico Familiar., 32.

Wolf MH, Putnam SM, James SA, Stiles WB. The Medical Interview Satisfaction Scale. J Behavior Medicine 1978; 1 (3): 391-40

ANEXOS

ANEXO 1

Encuesta sobre datos sociodemográficos

Tema de investigación:

Relación médico paciente y cumplimiento de las metas terapéuticas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en los centros de salud del MSP de Ibarra.

Datos sociodemográficos

Fecha…….

Cédula de identidad número …….

Por favor lea detenidamente las preguntas detalladas a continuación y responda con la mayor confianza, sus datos son confidenciales.

¿Su edad? -------años.

a.- 18 – 34 años

b.- 35 – 49 años

c.- 50 – 64 años

d.- Más de 65 años

¿Sexo?:

a.- Femenino

b.- Masculino

¿Cómo se identifica?

a.- Mestizo

b.- Blanco

c.- Indígena

d.- Afrodescendiente

¿usted vive en una zona?

a.- Urbana

b.- Rural

¿Su nivel de escolaridad es?:

a.- Ninguna

b.- Primaria

c.- Secundaria

d.- Superior

¿Su estado civil es?

a.- soltero

b.- casado

c.- viudo

d.- divorciado

¿Qué tiempo tiene diagnosticada su diabetes? -------- en años.

a.- 0-4 años

b.- 4-8 años

c.- 8-12 años

d.- Más de 12 años

¿Padece de alguna otra enfermedad?

a.- Enfermedad renal crónica.

b.-Enfermedad hepática.

c.-Enfermedad cerebro vascular.

d.- Fragilidad.

e.- Hipertensión arterial.

f.- Otra enfermedad _____?

ANEXO 2.

TEST DE PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE PDQR-9

Marque con una x en el casillero que usted considere adecuado.

Recuerde que es confidencial y responda con la mayor sinceridad.

VARIABLE	1 nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 casi siempre	5 siempre
¿Mi médico me ayuda?					
¿Mi médico tiene suficiente tiempo para mí?					
¿Creo en mi médico?					
¿Mi médico me entiende?					
¿Mi médico se dedica a ayudarme?					
¿Mi médico y yo estamos de acuerdo con la naturaleza de mis síntomas?					
¿Puedo hablar con mi médico?					
¿Me siento contento con el tratamiento de mi médico?					
¿Siento a mi médico fácilmente accesible?					

Cuestionario PDQR-9 adaptado por Mingote con escalas tipo Likert con 5 categorías: 1 (‘‘nunca”), 2 (‘‘casi nunca’’), 3 (‘‘a veces’’), 4 (‘‘casi siempre’’) y 5(‘‘siempre’’).

ANEXO 3.

1.- Índice de masa corporal _____kg/m^2

a.- cumple

b.- no cumple

2.- Cifras de tensión arterial. _____ mmHg

2.1.- con antecedentes de hipertensión arterial.

a.-cumple

b.- no cumple

2.2.- sin antecedentes de hipertensión arterial. _____mmHg

a.- cumple

b.-no cumple

3.-Niveles de colesterol Plasmático. _____mg/dl

a.-cumple

b.-no cumple

4.- Niveles de colesterol HDL. _____mg/dl

a.-cumple

b.-no cumple

5.- Niveles de colesterol LDL. _____mg/dl

a.-cumple

b.-no cumple

6.- Niveles de triglicéridos. _____mg/dl

a.-cumple

b.-no cumple

7.- Porcentaje de hemoglobina glicosilada. _____%

a.-cumple

b.-no cumple.

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Nombre del investigador principal: Juan Pablo Juma

María Fernanda Pérez

[Relación médico paciente en el cumplimiento de las metas terapéuticas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos por médicos familiares en los centros de salud del ministerio de salud pública de la ciudad de Ibarra, durante el período 2017-2021]

(Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información, proporciona información sobre el estudio.
- Formulario de consentimiento, para firmar si está de acuerdo en participar.

Se le dará una copia del documento completo de Consentimiento Informado)

PARTE I: Información:

Introducción

Somos médicos posgradistas de medicina familiar y comunitaria de la pontificia universidad católica del Ecuador, nos encontramos realizando la tesis de grado, se les invita a participar en la investigación sobre la percepción de la calidad de la relación médico paciente, y el logro de las metas terapéuticas en pacientes diabéticos que acuden al control de diabetes en los centros de salud del MSP de Ibarra, por médicos familiares.

Usted puede hablar con quien se sienta cómodo acerca de la investigación, puede tomarse todo el tiempo para que reflexione si quiere participar o no en la investigación, si no entiende alguna palabra o concepto nos tomaremos todo el tiempo para explicarle y logre entender, además puede hacer preguntas en cualquier momento.

Propósito

Esta investigación pretende demostrar que una buena relación entre el médico y el paciente influye para mejorar el control de la diabetes mellitus tipo 2.

Procedimientos y Protocolo.

Se realizará una encuesta a los pacientes que acuden al control de la diabetes con médico familiares, esta encuesta consta de tres partes:

1.- Le pediremos sus datos personales.

2.- Le haremos una encuesta sobre cómo percibe la calidad de atención dada por el médico.

3.- Se solicitará los resultados de laboratorio sobre cómo está controlada su diabetes.

Selección de participantes

Son pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al control de su diabetes con médicos familiares en los centros de salud del MSP.

Participación Voluntaria

La participación es voluntaria, si decide no participar está en su voluntad puede no hacerlo.

Duración

La investigación durará un año aproximadamente, llenará una sola encuesta.

Riesgos

No existe riesgos

Molestias

La molestia principal será el tiempo que se le solicitará para llenar la encuesta.

Beneficios

Los beneficiados serán toda la población diabética, debido a que se demostrara la relación existente entre la buena calidad de relación entre el médico y el paciente y el buen control de la diabetes tipo 2.

Incentivos

No habrá incentivos.

Confidencialidad.

Se mantendrá absoluta confidencialidad de la información, la identidad será protegida mediante codificación, no se podrá identificar al participante por sus respuestas.

Derecho a negarse o retirarse

Se le reitera que la participación es voluntaria, en cualquier momento puede retirarse cuando considere necesario, Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el proyecto. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a cualquiera de las siguientes personas: JUAN PABLO JUMA Dirección barrio Yahuarcocha, la portada y pasaje F teléfono 0996520844 e-mail juanpablojuma@hotmail.com

PARTE II:

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en la investigación de "la percepción de la relación médico paciente, en lograr cumplimiento de las metas terapéuticas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acude al control con médicos familiares en los centros de salud de Ibarra periodo 2017-2021" Entiendo que (se Aplicarán cuestionarios) He sido informado de los posibles riesgos o molestias. (Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará más allá de los gastos de viaje). Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar

sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mis derechos.

ANEXO 5

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Septiembre 2020	Dic 2020	enero 2021	febrero 2021	Marzo 2021	Abril 2021	mayo 2021	junio 2021	julio 2021	agosto 2021	sep. 2021	Oct 2021	nov 2021
Aprobación tema de investigación													
Elaboración del protocolo de investigación													
Presentación y aprobación por el comité de bioética													
Desarrollo de la investi													

gación													
Elaboración de los resultados													
Elaboración de la discusión Conclusiones y recomendaciones													
Presentación de borradores													
Disertación del trabajo de titulación													

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha_____ Día/mes/año