

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA
Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”



BENEFICIOS Y RIESGOS PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES.
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CREENCIAS Y CARGA RELACIONADA
CON EL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL.

POR

DRA. KARLA ALEJANDRA VIOLANTE CUMPA

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

DICIEMBRE 2025

BENEFICIOS Y RIESGOS PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES.
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CREENCIAS Y CARGA RELACIONADA CON
EL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL.

Aprobación de la tesis:

Dr. med. MSc. René Rodríguez Gutiérrez
Director de tesis

Dra. C. Adriana Sánchez García
Codirector de tesis

Dr. med. Luis Adrián Rendón Pérez
Jefe del Departamento de Medicina Interna

Dra. Mónica Sánchez Cárdenas
Jefe de Enseñanza del Departamento de Medicina Interna

Dr. med. Juan Fernando Góngora Rivera
Coordinador de Investigación del Departamento de Medicina Interna

Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado



UANL

BENEFICIOS Y RIESGOS PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES.
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CREENCIAS Y CARGA RELACIONADA
CON EL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL.

Este trabajo fue realizado en la consulta externa del Servicio de Endocrinología,
en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad
Autónoma de Nuevo León, bajo la dirección del **Dr. med. Msc. René Rodríguez**
Gutiérrez y la codirección de la **Dra C. Adriana Sánchez García**.

Dr. med. MSc. René Rodríguez Gutiérrez
Director de tesis



Dra. C. Adriana Sánchez García
Codirectora de tesis



DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la fortaleza, la claridad y las bendiciones necesarias para continuar y avanzar durante la residencia.

A mis **papás**, por su amor, paciencia y compañía incondicional; por su apoyo constante, por creer en mí y por ser mi mayor motivación. Gracias por nunca limitar mis oportunidades y permitirme seguir creciendo.

A mi **ñeñe** por haber sido mi mayor admiración desde tiempos inmemorables, mi mejor amigo y mi guía, quien me enseñó a “pescar”.

A **Silvita, Charlie y Matthew**, que a pesar de la distancia siempre estuvieron presentes a través de una videollamada. Su acompañamiento en este proceso ha sido invaluable.

A **Tony**, por acompañarme con amor y paciencia desde el primer año de la residencia. Gracias por enseñarme, guiar me y ayudarme a enfrentar con claridad incluso los escenarios más complejos.

A mi director de tesis, **Dr. Med. MSc. René Rodríguez**, y a mi codirectora, **Dra. C. Adriana Sánchez**, por su guía, paciencia, exigencia académica y dedicación para hacer de este trabajo una realidad.

Al Servicio de Endocrinología, por abrirme sus puertas y contribuir de manera invaluable a mi formación.

Al Servicio de Medicina Interna; a mis maestros; a mis compañeros, quienes se convirtieron en mis hermanos; y a mis pacientes, por enseñarme, formarme y acompañarme en cada paso de mi preparación profesional.

Gracias

ÍNDICE

| TABLA DE CONTENIDO | PÁGINA |
|-----------------------------|---------------|
| AGRADECIMIENTOS | iv |
| LISTA DE TABLAS | vii |
| LISTA DE FIGURAS | viii |
| Capítulo I | |
| 1. RESUMEN | 1 |
| Capítulo II | |
| 2. INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| Capítulo III | |
| 3. JUSTIFICACION..... | 4 |
| Capítulo IV | |
| 4. HIPOTESIS..... | 5 |
| Capítulo V | |
| 5. OBJETIVOS..... | 6 |
| Capítulo VI | |
| 6. MATERIAL Y MÉTODOS | 8 |

Capítulo VII

| | |
|---------------------|----|
| 7. RESULTADOS | 12 |
|---------------------|----|

Capítulo VIII

| | |
|-------------------|----|
| 8. DISCUSIÓN..... | 19 |
|-------------------|----|

Capítulo IX

| | |
|---------------------|----|
| 9. CONCLUSIÓN | 23 |
|---------------------|----|

Capítulo X

| | |
|------------------------|----|
| 10. BIBLIOGRAFÍA | 24 |
|------------------------|----|

Capítulo XI

| | |
|---------------------------------|----|
| 11. RESUMEN AUTOBIOGRAFICO..... | 27 |
|---------------------------------|----|

LISTA DE TABLAS

| TABLAS | PÁGINA |
|------------------|---------------|
| 1. TABLA 1 | 12 |
| 2. TABLA 2 | 15 |

LISTA DE FIGURAS

FIGURAS **PÁGINA**

| | |
|------------------|---|
| 1. FIGURA 1..... | 1 |
|------------------|---|

CAPÍTULO I – RESUMEN

Antecedentes: Evaluar el conocimiento general sobre la enfermedad y la carga del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus gestacional (DMG).

Métodos: Se encuestó a mujeres embarazadas con DMG (≥ 24 semanas de gestación) en un centro médico de tercer nivel respecto a) conocimiento general de la enfermedad y sus riesgos asociados, b) conocimiento sobre los efectos del control de la glucosa durante el embarazo, c) creencias y actitudes hacia los medicamentos para disminuir la glucosa, y d) carga del tratamiento.

Resultados: Ochenta y ocho participantes completaron la encuesta. Una de cada tres expresó no estar al tanto de las implicaciones de la DMG durante el embarazo. La mayoría estuvo de acuerdo en la necesidad del medicamento prescrito tanto para su salud (96.6%) como para la salud de su bebé (95.4%). Más de la mitad manifestó preocupación por los efectos secundarios del medicamento (56.8%). La mitad no estaba segura sobre los efectos del medicamento en la lactancia. Más de la mitad estuvo de acuerdo en que seguir las recomendaciones dietéticas y realizar el monitoreo de glucosa en sangre era significativamente difícil para ellas (52% y 59%). Casi el 80% de las participantes expresó preocupación por los costos del tratamiento.

Conclusiones: Una proporción significativa de pacientes con DMG experimenta carga asociada con su enfermedad y su manejo. Estos hallazgos resaltan el valor de la comunicación entre pacientes y clínicos mediante estrategias centradas en la persona. Este enfoque debe considerar todos los factores para un plan de tratamiento personalizado.

ABSTRACT

Background: To address general knowledge of the disease and treatment burden in patients with gestational diabetes mellitus (GDM).

Methods: We surveyed pregnant women with GDM (≥ 24 weeks gestation) in a tertiary medical center regarding: i) general knowledge of the disease and its associated risks, ii) awareness of glucose control effects in pregnancy, iii) beliefs and attitudes towards glucose-lowering medication, and iv) treatment burden.

Results: Eighty-eight participants completed the survey. One in three expressed that they were unaware of GDM implications during pregnancy. Most agreed on the necessity of prescribed medication for both their health (96.6%) and their offspring's health (95.4%). Over half expressed concerns about medication side effects (56.8%). Half were unsure about medication effects on breastfeeding. Over half agreed that following the dietary recommendations and blood glucose monitoring was significantly difficult for them (52% and 59%). Nearly 80% of the participants were concerned about treatment costs.

Conclusions: A significant proportion of patients with GDM experience burden associated with their disease and its management. These findings underscore the value of communication between patients and clinicians, using patient-centered strategies. Such approach should consider all factors for a personalized treatment plan.

CAPÍTULO II - INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus gestacional (DMG) es la causa más frecuente de morbilidad durante el embarazo a nivel mundial.^[1] Este padecimiento incrementa el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el feto.^[2] Además, las mujeres con DMG y sus hijos presentan un mayor riesgo a largo plazo de desarrollar diabetes, obesidad, síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular.^[3] Con el objetivo primordial de prevenir complicaciones inmediatas y futuras, es fundamental mantener metas glucémicas adecuadas durante el manejo de la DMG.^[4]

Para el control de la hiperglucemia materna se requieren medidas dietéticas y modificaciones en el estilo de vida, y en algunos casos tratamiento farmacológico, incluyendo insulina y/o hipoglucemiantes orales.^[5] Como parte del tratamiento, se recomienda a las pacientes la monitorización diaria de sus niveles de glucosa, y cuando no se alcanzan los objetivos, se debe ajustar oportunamente el manejo, pasando de cambios en el estilo de vida a medicamentos orales y/o insulina.^[4]

No obstante, este proceso conlleva diversas implicaciones en el ámbito personal y socioemocional de la paciente, entre ellas el conocimiento general y la percepción de la enfermedad y sus consecuencias a corto y largo plazo, el impacto emocional y sociocultural, las implicaciones económicas del tratamiento y la monitorización, así como la carga terapéutica, entre otros. Estas circunstancias pueden influir positiva o negativamente en la adherencia al tratamiento y al seguimiento médico.^[6]

Contar con más evidencia sobre las percepciones, conocimientos, actitudes y creencias de las pacientes respecto a la DMG, además de evaluar la carga asociada a su manejo, podría ayudar a comprender los factores que afectan la adherencia terapéutica y el control óptimo de la DMG. Por ello, el objetivo de este estudio fue evaluar las percepciones y la carga percibida por las pacientes sobre las intervenciones tanto de estilo de vida como farmacológicas para la DMG, así como sobre la monitorización de la glucosa.

CAPÍTULO III - JUSTIFICACIÓN

El conocimiento de lo anteriormente mencionado resulta imprescindible para establecer pautas de tratamiento personalizadas al paciente, dirigiéndose hacia una práctica médica en donde el médico y el paciente tomen decisiones en conjunto con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente y de esta manera optimizar las pautas de tratamiento para obtener mejores resultados en el control de la enfermedad y el apego al tratamiento a largo plazo, disminuyendo así la posibilidad de complicaciones de la enfermedad.

CAPÍTULO IV – HIPÓTESIS

Hipótesis Alterna: Existe una falsa creencia y una distorsión en el conocimiento sobre el tratamiento y cambios en el estilo de vida en la Diabetes Mellitus Gestacional.

Hipótesis Nula: No hay una falsa percepción en el conocimiento sobre el tratamiento y cambios en el estilo de vida en la Diabetes Mellitus Gestacional.

CAPÍTULO V - OBJETIVOS

OBJETIVO PRIMARIO

Explorar los riesgos y beneficios percibidos por las pacientes, el conocimiento, las creencias, las actitudes y la carga relacionada con el tratamiento de la diabetes mellitus gestacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar los riesgos y beneficios percibidos por los pacientes del tratamiento con cambios en el estilo de vida para la diabetes gestacional
- Evaluar el conocimiento de los pacientes sobre el tratamiento con cambios en el estilo de vida para la diabetes gestacional.
- Evaluar las creencias de los pacientes con respecto al tratamiento con cambios en el estilo de vida para la diabetes gestacional.
- Evaluar las actitudes de los pacientes hacia el tratamiento con cambios de estilo de vida para la diabetes gestacional.
- Evaluar la carga del tratamiento con cambios en el estilo de vida para la diabetes gestacional.
- Evaluar los riesgos y beneficios percibidos por los pacientes del tratamiento con terapia farmacológica para la diabetes gestacional.
- Evaluar el conocimiento de los pacientes sobre el tratamiento con terapia farmacológica para la diabetes gestacional.
- Evaluar las creencias de los pacientes con respecto al tratamiento con terapia farmacológica para la diabetes gestacional.

- Evaluar las actitudes de los pacientes hacia el tratamiento con terapia farmacológica para la diabetes gestacional.
- Evaluar la carga del tratamiento con terapia farmacológica para la diabetes gestacional.
- Evaluar los beneficios y riesgos percibidos por los pacientes del tratamiento con cambios en el estilo de vida y terapia farmacológica para la diabetes gestacional.
- Evaluar el conocimiento de los pacientes sobre el tratamiento con cambios de estilo de vida y terapia farmacológica para la diabetes gestacional.
- Evaluar las creencias de los pacientes con respecto al tratamiento con cambios en el estilo de vida y terapia farmacológica para la diabetes gestacional.
- Evaluar las actitudes de los pacientes hacia el tratamiento con cambios de estilo de vida y terapia farmacológica para la diabetes gestacional.
- Evaluar la carga del tratamiento con cambios en el estilo de vida y terapia farmacológica para la diabetes gestacional.

CAPÍTULO VI - MATERIAL Y MÉTODOS

Población

Mujeres embarazadas de al menos 18 años de edad y un diagnóstico certificado de Diabetes Mellitus Gestacional, independiente del tiempo de evolución de la enfermedad

Criterios de Elegibilidad

Criterios de inclusión: Mujeres embarazadas de cualquier edad que tengan un diagnóstico certificado por un médico de diabetes gestacional y estén en tratamiento para la enfermedad.

Criterios de exclusión: Incapacidad para comprender o decisión de no participar en el estudio. En caso de incapacidad para leer, los documentos serán leídos al participante por alguien más, de manera que no se considerará un criterio de exclusión.

Criterios de eliminación: Cuestionario respondido de manera insuficiente.

Muestreo

Los pacientes que asistan a la Clínica de Endocrinología y/o Medicina Interna ubicada en el Hospital Universitario de Monterrey, México y cumplan con los criterios de elegibilidad, serán invitados a participar en el estudio en forma de muestreo consecutivo.

Tamaño de muestra

De acuerdo con un consenso entre expertos, se ha considerado que el conocimiento, percepciones y actitudes adecuadas con respecto al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos será de un 35%. Considerando este valor y utilizando una formula para calcular una proporción en una población infinita, con un intervalo de confianza del 10%, confianza del 95% (valor alfa 0.5) y poder

del 80% (valor beta 20%), se calcula que se necesitan aproximadamente 87 sujetos de estudio para demostrar dicha hipótesis.

| ESTIMACIÓN DE UNA PROPORCIÓN EN UNA POBLACIÓN INFINITA | | | | | |
|--|------|-------------|--|----|---------|
| $N = \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$ | | | | | |
| | | al cuadrado | | | |
| valor Z | 1.96 | 3.8416 | | | |
| valor p | 0.35 | | | n= | 87.3964 |
| valor q | 0.65 | | | | |
| valor δ | 0.10 | 0.01 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

N= Tamaño de la muestra que se requiere.

p= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q= 1-p (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio)

δ= Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

Zα= distancia de la media del valor de significación

Lugar del estudio y participantes

Se llevó a cabo un estudio transversal mediante encuestas en línea en los departamentos de Endocrinología y de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. José E. González” (Monterrey, México). El estudio fue aprobado por el comité local de ética y de investigación (EN21-00012). Se incluyeron mujeres embarazadas, sin restricción de edad, con diagnóstico de DMG en el embarazo actual y bajo tratamiento, ya fuera únicamente con medidas de estilo de vida o con terapia farmacológica. Se excluyeron aquellas con menos de 24 semanas de gestación. Las posibles participantes fueron abordadas antes o después de su consulta de control y se les preguntó si contaban con diagnóstico confirmado por un médico de DMG durante el embarazo en curso. En caso afirmativo, se les explicó el estudio y se les invitó a participar. Este estudio contó con la aprobación del comité local de ética y de investigación.

Diseño y aplicación de la encuesta

El diseño de la encuesta se basó en literatura relevante, cuestionarios previamente validados y en la discusión con un panel de expertos. La versión inicial fue revisada por los coinvestigadores y, tras un proceso iterativo de

retroalimentación, se aprobó una versión final por todos los autores y posteriormente por el comité local de ética y de investigación. Se realizó una prueba piloto con cinco pacientes que cumplían los criterios de inclusión para evaluar la claridad y comprensión de la encuesta, y se realizaron los ajustes necesarios antes de obtener la versión definitiva.

La encuesta se diseñó para evaluar la percepción de los pacientes sobre los beneficios y riesgos de la terapia farmacológica para la DMG, así como sus conocimientos, actitudes, creencias y la carga relacionada con la enfermedad, su tratamiento y la monitorización. Contó con 37 preguntas divididas en tres secciones. En la primera se recopilaron datos clínicos y demográficos (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, edad gestacional, número de embarazos previos y antecedentes de DMG en embarazos anteriores). La segunda sección incluyó 14 preguntas referentes al conocimiento general de la enfermedad, tratamiento recibido, percepciones sobre beneficios y efectos negativos de su terapia y otras posibles alternativas. La última sección incluyó preguntas sobre creencias (3 preguntas), actitudes (3 preguntas) y carga asociada al padecimiento, su tratamiento y la monitorización (9 preguntas). Estas se contestaron mediante una escala Likert de nivel de acuerdo (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutral, de acuerdo, totalmente de acuerdo).

Cálculo del tamaño de muestra y análisis estadístico

El tamaño de muestra requerido fue de 88 participantes, calculado con base en proporciones para una población infinita, con un intervalo de confianza del 10%, nivel de confianza del 95% y poder del 80%.

Se utilizará una estadística descriptiva en donde se reportarán variables cuantitativas como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartil de acuerdo a un análisis previo de normalidad con la prueba Kolmogorov Smirnov. Las variables cualitativas serán reportadas en frecuencias y porcentajes. Se utilizará la prueba de Correlación de Pearson o Spearman en el caso de correlacionar ítems del cuestionario con alguna variable clínica de interés. Para

establecer la fiabilidad del cuestionario a aplicar, se calculará un estadístico de alfa de Cronbach. Se considerará como significativo un valor de p menor a .05. Se utilizará el paquete estadístico SPSS Statistics versión 24 Armonk; NY.

CAPÍTULO VII - RESULTADOS

Características generales

Se encuestó a un total de 88 participantes durante el periodo del estudio; todas fueron incluidas en el análisis. La edad media fue de 27.7 ± 6.2 años, y la edad gestacional promedio fue de 33 ± 4.8 semanas. Aproximadamente el 34% cursaba su primer embarazo. Entre quienes habían tenido embarazos previos, el 14% refirió antecedente de DMG en alguno de ellos. Casi el 60% tenía un nivel educativo por debajo del bachillerato y el 34.1% contaba con empleo formal. La mayoría vivía en unión libre (58%) y el 16% eran solteras. Todas las pacientes recibieron recomendaciones dietéticas y modificaciones en el estilo de vida como tratamiento inicial de la DMG. Más de la mitad (59%) estaba tomando hipoglucemiantes orales al momento de la encuesta, y el 9% estaba en tratamiento con insulina. (Tabla 1).

Tabla 1. Características generales de la población

| Características | N = 88 ¹ |
|----------------------|---------------------|
| Edad (años) | 27.7 ± 6.2 |
| Semanas de gestación | 33.0 ± 4.8 |
| Número de embarazos | |
| 1 | 30 (34%) |
| 2 | 19 (22%) |
| 3 | 24 (27%) |
| 4 | 10 (11%) |
| 5 | 3 (3.4%) |
| 6 | 1 (1.1%) |
| 7 | 1 (1.1%) |
| Tipo de gestación | |
| Multigesta | 58 (66%) |

| | |
|--------------------------------------|------------|
| Primigesta | 30 (34%) |
| Estado civil | |
| Casada | 22 (25%) |
| Separada | 1 (1.1%) |
| Soltera | 14 (16%) |
| Unión libre | 51 (58%) |
| Escolaridad | |
| Carrera técnica | 6 (6.8%) |
| Licenciatura | 3 (3.4%) |
| Preparatoria | 27 (31%) |
| Secundaria | 45 (51%) |
| Primaria | 7 (8.0%) |
| Estado laboral previo | |
| Desempleada | 3 (3.4%) |
| Estudiante | 5 (5.7%) |
| Estudiante-Trabajo | 1 (1.1%) |
| Labor de la casa | 50 (57%) |
| Trabajo | 29 (33%) |
| Diabetes previa | |
| No | 88 (100%) |
| DMG previa | |
| No | 76 (86.3%) |
| Sí | 12 (14%) |
| Tratamiento actual | |
| Dieta | 28 (32%) |
| Dieta, Insulina | 4 (4.5%) |
| Dieta, Medicamentos orales | 37 (42%) |
| Dieta, Medicamentos orales, Insulina | 6 (6.8%) |

| | |
|-------------------------------|----------|
| Insulina | 4 (4.5%) |
| Medicamentos orales | 5 (5.7%) |
| Medicamentos orales, Insulina | 4 (4.5%) |

¹Mean ± SD; n (%)

Conocimiento sobre la enfermedad y los tratamientos

La mayoría de las participantes señaló haber recibido una explicación detallada por parte de su médico sobre su enfermedad (86.4%). Asimismo, el 85.2% indicó que se les explicaron los principales riesgos asociados con la DMG. Sin embargo, al preguntar sobre implicaciones específicas de la DMG, más de la mitad (60.2%) no pudo identificar algún riesgo para su propia salud, y una de cada tres (32.9%) no logró mencionar un riesgo para la salud de su hijo(a). La mitad expresó no estar segura de si la DMG afectaría la posibilidad de amamantar (50%), mientras que el 26.1% consideró que sí interferiría con la lactancia.

Percepción de beneficios y riesgos del tratamiento farmacológico

La mayoría estuvo de acuerdo en que tomar los medicamentos prescritos es esencial para prevenir complicaciones tanto para ellas (96.6%) como para sus hijos(as) (95.4%). Además, reconocieron que el control de la diabetes es importante para sentirse mejor (98.8%). Solo el 2.2% consideró que el tratamiento farmacológico podría causarles algún daño a ellas o a sus hijos(as).

Creencias comunes sobre el tratamiento farmacológico

Entre las pacientes que utilizaban insulina, la gran mayoría (82.9%) manifestó estar de acuerdo o no estar segura de si el tratamiento con insulina podría provocar un aumento importante de peso, y un tercio (34.1%) coincidió en que la insulina causaría episodios frecuentes de hipoglucemia. Además, casi el 60% no sabía si tendría que continuar con su tratamiento después del parto.

Actitudes hacia el tratamiento farmacológico

La mayoría refirió sentir preocupación o temor ante la necesidad de usar tratamiento farmacológico para la DMG (79.5%), y más de la mitad indicó estar constantemente preocupada por los posibles efectos adversos de los medicamentos prescritos (56.8%). No obstante, el 92% estuvo de acuerdo en que los medicamentos indicados eran la mejor intervención para preservar su salud.

Carga del tratamiento farmacológico

Más de la mitad estuvo totalmente de acuerdo en que seguir las recomendaciones dietéticas e implementar cambios en el estilo de vida les resultaba muy difícil (52.2%). Más de la mitad consideró que la monitorización de glucosa y el tratamiento actual representaban una carga importante en ese momento (59% y 42%, respectivamente). Además, casi la mitad (44.1%) expresó preocupación por el costo de los medicamentos, y la mayoría (77%) ya estaba preocupada por el impacto económico de su tratamiento para la diabetes. (Tabla 2).

TABLA 2. Cuestionario y resultados sobre la percepción de los beneficios y riesgos, conocimiento, creencias, actitudes y carga del tratamiento farmacológico para diabetes mellitus gestacional.

| | En desacuerdo | No segura | De acuerdo |
|--|---------------|-----------|------------|
| Preguntas generales acerca de la enfermedad (n, %) | | | |
| El médico explicó adecuadamente la enfermedad | 6 (6.82) | 6 (6.82) | 76 (86.37) |
| Mi enfermedad está controlada | 5 (5.68) | 3 (3.41) | 80 (90.91) |
| Percepción de beneficios y riesgos del tratamiento (n, %) | | | |
| El tratamiento es completamente seguro para mí y para mi bebé. | 2 (2.27) | 6 (6.82) | 80 (90.91) |
| Manejar mi diabetes durante el embarazo es importante para sentirme mejor. | 0 | 1 (1.14) | 87 (98.86) |

| | | | |
|---|------------|------------|------------|
| Controlar mi diabetes durante el embarazo es importante para evitar problemas en mí salud. | 1 (1.14) | 2 (2.27) | 85 (96.59) |
| Controlar mi diabetes durante mi embarazo importante para evitar problemas en mi bebé. | 1 (1.14) | 3 (3.41) | 84 (95.45) |
| Conocimientos de la enfermedad y el tratamiento (n, %) | | | |
| La DMG puede afectar la posibilidad de lactancia | 21 (23.86) | 44 (50) | 23 (26.14) |
| El doctor me explicó de forma correcta los riesgos para mí y para mi bebé si mi diabetes no está controlada. | 9 (10.23) | 4 (4.55) | 75 (85.23) |
| Creencias acerca el tratamiento en diabetes mellitus gestacional (n, %) | | | |
| Si necesito insulina como parte de mi tratamiento de diabetes gestacional, necesitaré insulina después del embarazo | 12 (13.64) | 48 (54.55) | 28 (31.82) |
| La insulina puede causarme aumento de peso | 15 (17.04) | 49 (55.68) | 24 (27.27) |
| Ponerme insulina puede causar disminución de la glucosa (hipoglucemia) | 17 (19.32) | 41 (46.59) | 30 (34.09) |
| Actitudes hacia el uso de fármacos para el tratamiento de la diabetes mellitus gestacional (n, %) | | | |
| Tener que tomar medicamento para diabetes me preocupa | 12 (13.64) | 6 (6.82) | 70 (79.55) |
| Mientras estoy embarazada, mi salud depende del tratamiento para la diabetes | 3 (3.41) | 4 (4.55) | 81 (92.05) |
| Los efectos adversos del tratamiento o de la dieta me causan preocupación | 27 (30.68) | 11 (12.5) | 50 (56.82) |
| Carga que representa el tratamiento farmacológico y monitoreo para diabetes mellitus gestacional (n, %) | | | |
| Es complicado seguir dieta tan estricta | 34 (38.64) | 8 (9.09) | 46 (52.27) |
| Ocupada para seguir tratamiento | 51 (57.95) | 19 (21.59) | 18 (20.45) |
| No acostumbrada al ritmo de tratamiento | 23 (26.14) | 19 (21.59) | 46 (52.27) |
| Muy difícil seguir tratamiento | 36 (40.91) | 15 (17.05) | 37 (42.05) |
| Monitorear glucosa es complicado | 34 (38.64) | 12 (13.64) | 52 (59.09) |

| | | | |
|---|------------|------------|------------|
| Problemas económicos causados por la enfermedad y su tratamiento | 15 (17.05) | 5 (5.68) | 68 (77.27) |
| Sección sólo para quienes se encuentran bajo tratamiento farmacológico para diabetes mellitus gestacional (n, %) | | | |
| Diffícil establecer horarios de aplicación de los medicamentos | 27 (35.06) | 15 (19.48) | 35 (45.45) |
| Los medicamentos para DMG son muy caros. | 32 (41.56) | 11 (14.29) | 34 (44.16) |

Se realizó un análisis multivariado, donde se evaluaron los factores asociados a presentar una alta carga percibida del tratamiento. Se incluyeron en el modelo variables demográficas, obstétricas y de percepción educativa. La regresión logística no mostró asociaciones significativas para edad, primigesta o tipo de tratamiento ($p > 0.05$). De igual manera, el puntaje de educación no se asoció con mayor probabilidad de carga elevada.

Sin embargo, las creencias negativas sobre el uso de insulina mostraron una asociación significativa e independiente con la presencia de alta carga del tratamiento (OR 3.04; IC 95%: 1.43–7.24; $p = 0.007$). Este hallazgo indica que por cada punto adicional en el puntaje de creencias negativas, las pacientes tuvieron aproximadamente tres veces mayor probabilidad de percibir el tratamiento como más demandante o difícil.

En conjunto, el modelo sugiere que, más allá de características sociodemográficas o del tipo de tratamiento recibido, las percepciones y creencias relacionadas con la insulina representan un componente clave en la experiencia de carga del tratamiento durante la Diabetes Mellitus Gestacional. (Figura 1)

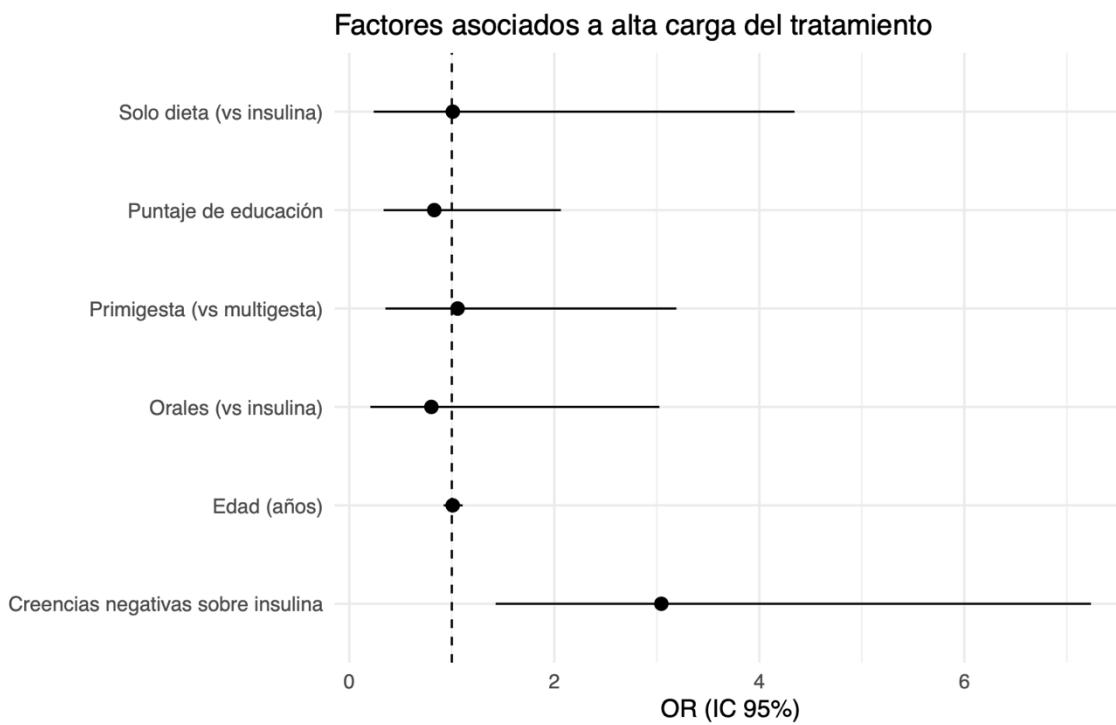


Figura 1. Forrest Plot de factores asociados a alta carga del tratamiento.

CAPÍTULO VIII - DISCUSIÓN

Este estudio aportó información sobre el nivel de conocimiento general, la percepción de beneficios y riesgos, creencias comunes, actitudes y la carga del tratamiento entre pacientes con DMG de nivel socioeconómico bajo a medio y escolaridad limitada, una población poco representada en la mayoría de los estudios sobre el abordaje y monitorización de esta condición. Se observó que, aunque la mayoría de las pacientes experimentaron miedo o tristeza tras recibir el diagnóstico, la mayor parte consideró que apegarse al tratamiento beneficiaba su salud y la de sus hijos(as). No obstante, muchas esperaban que los medicamentos ocasionaran efectos adversos durante el embarazo y el posparto. En particular, el uso de insulina generó más dudas, pues se consideró que podría ocasionar aumento excesivo de peso y que los episodios de hipoglucemia eran inevitables. Asimismo, la mayoría refirió una preocupación constante por el uso de medicamentos durante el embarazo.

En un estudio previo^[6], realizamos una encuesta en adultos con diabetes tipo 2. La mayoría tenía claro que los medicamentos eran necesarios para su tratamiento; sin embargo, al igual que en el presente estudio, manifestaron temor a efectos adversos, especialmente relacionados con la insulina: más de la mitad creía que podía causar daño renal, ceguera e hipoglucemia. Nuestros hallazgos refuerzan la existencia de preocupación constante en torno a la información de los tratamientos. Esto subraya la necesidad de brindar información que sea clara y adecuada al nivel sociocultural y a las creencias de los pacientes.

A pesar de que una proporción importante afirmó haber recibido información sobre el diagnóstico y los medicamentos, la mayoría no pudo identificar los principales riesgos de la DMG para su salud y la de sus hijos(as), ni tenía claridad sobre las implicaciones de los tratamientos durante la atención prenatal o la lactancia. Esto evidencia que aún no se está transmitiendo información clave de forma comprensible y aplicable a la vida cotidiana.

Estudios cualitativos previos han demostrado que los pacientes con diabetes suelen vivir con una carga emocional que frecuentemente pasa desapercibida durante el manejo de la enfermedad^[7], lo cual coincide con nuestros hallazgos en esta población con DMG. Esta carga tiene efectos variables en la actitud hacia el tratamiento y la monitorización^[8], ya que los pacientes deben cumplir con regímenes terapéuticos demandantes, realizar controles constantes y asumir gastos significativos^[9].

Por otra parte, la carga del tratamiento ha sido ampliamente abordada en estudios de atención centrada en el paciente con diabetes. Es un concepto complejo y dinámico, influido por el contexto social y psicológico^[9]. Las inquietudes expresadas fueron frecuentes entre las participantes y coinciden con los hallazgos de nuestro estudio previo en pacientes con diabetes tipo 2^[6], donde la carga económica destacó como una de las principales preocupaciones. Esto resulta especialmente relevante en nuestra población, donde la mayoría tiene ingresos bajos a medios, lo cual agrava el impacto del costo de los medicamentos. Casi 8 de cada 10 participantes reportaron preocupación constante por los gastos médicos y por la continuidad de su tratamiento. Se ha demostrado que los costos influyen de manera significativa en la adherencia terapéutica y el apego al tratamiento^[10].

Las respuestas reflejaron que, aunque los médicos proporcionan cierta información durante las consultas, muchas pacientes mantienen lagunas importantes de conocimiento, lo que da lugar a creencias erróneas. Esto es crucial debido a la clara relación entre conocimiento de la enfermedad y control glucémico. Se ha establecido que la desinformación influye en la adherencia, la satisfacción y la calidad de vida^[11]. Diversos estudios, particularmente en pacientes con ingresos bajos y menor escolaridad, han mostrado una correlación entre conocimiento de la enfermedad, niveles de hemoglobina glucosilada y participación en autocuidado^[12]. Velázquez-López et al. también demostraron que un bajo nivel de conocimiento sobre diabetes se asocia con mal control glucémico^[13]. Además, se ha visto que los pacientes con baja adherencia suelen

manifestar mayor temor a los efectos adversos y presentan más ideas erróneas sobre la enfermedad o los tratamientos [8]. Por el contrario, la educación del paciente se asocia con mayor satisfacción y mejor adherencia terapéutica [14]. Cuando el paciente tiene acceso a información adecuada, se facilita la continuidad del tratamiento. Una variable clave para determinar qué “funciona” para los pacientes es la disponibilidad de fuentes de información y el abordaje de sus necesidades [15]. Todo esto enfatiza la importancia de ofrecer información clara, implementar educación personalizada y reforzar la toma de decisiones compartida en la práctica clínica.

Conocer las variables exploradas en este estudio es útil para identificar los factores que influyen en la adherencia o el abandono terapéutico. Es necesario reforzar la educación al momento del diagnóstico y durante el seguimiento de la DMG, ya que la desinformación puede derivar en prácticas de riesgo que afecten la evolución del embarazo o la salud materna a largo plazo. Los conceptos evaluados en esta encuesta pueden ayudar a los clínicos a mejorar el proceso de toma de decisiones compartida, lo cual implica informar sobre las opciones, aclarar beneficios y riesgos, y escuchar activamente a las pacientes para comprender su contexto, opiniones, prioridades y metas, llegando así a un plan que se adapte a sus valores y circunstancias [16].

Cabe destacar que la mayoría de los estudios sobre este tema se han realizado en pacientes con diabetes tipo 1 o tipo 2, y aún existe poca evidencia sobre pacientes con DMG. Una revisión sistemática previa sobre la experiencia de las pacientes al momento del diagnóstico mostró que suelen experimentar vulnerabilidad significativa, especialmente alrededor del diagnóstico, además de presión adicional debido al impacto de su salud en la salud del bebé. También se ha descrito mayor carga emocional y física conforme avanza el embarazo, que se intensifica con el diagnóstico de DMG, así como el incremento de la carga económica, con repercusiones a largo plazo en la planificación familiar [17-18]. Esto demuestra que las mujeres con DMG presentan factores adicionales que incrementan el malestar físico y psicosocial. Por ello, futuras investigaciones

deben enfocarse en evaluar e implementar herramientas educativas y estrategias de decisión compartida en este grupo específico.

CAPÍTULO IX – CONCLUSIÓN

Las pacientes con DMG experimentan una carga significativa asociada con la enfermedad y su manejo. La información proporcionada durante las consultas debe ser suficiente y explicada de forma que sea comprensible y aplicable a la vida diaria. Es fundamental que los profesionales de la salud fortalezcan el proceso de toma de decisiones compartida, considerando las necesidades, preocupaciones y preferencias individuales, con el fin de ofrecer un plan de tratamiento coherente desde el punto de vista clínico, económico y práctico.

CAPÍTULO X – BIBLIOGRAFÍA

- [1] A.A. Choudhury, V. Devi Rajeswari, Gestational diabetes mellitus - A metabolic and reproductive disorder, *Biomedicine & pharmacotherapy = Biomedicine & pharmacotherapie*, v143, (2021).
<https://doi.org/10.1016/j.biopha.2021.112183>
- [2] HAPO Study Cooperative Research Group, B.E. Metzger, L.P. Lowe, et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*, v358, (2008), 1991-2002. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0707943>
- [3] N.A. ElSayed, G. Aleppo, V.R. Aroda, et al. 15. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Care in Diabetes-2023, *Diabetes Care*. v46(Suppl 1), 2023, S254-S266. <https://doi.org/10.2337/dc23-S015>
- [4] H.D. McIntyre, P. Catalano, C. Zhang, et al. Gestational diabetes mellitus, *Nat Rev Dis Primers*, v5, (2019), 47. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0098-8>
- [5] E. Sheiner, Gestational Diabetes Mellitus: Long-Term Consequences for the Mother and Child Grand Challenge: How to Move on Towards Secondary Prevention?, *Front Clin Diabetes Healthc.* v1, (2020).
<https://doi.org/10.3389/fcdhc.2020.546256>
- [6] G. González-Saldivar, J.M. Millan-Alanis, J.G. González-González, et al. Treatment burden and perceptions of glucose-lowering therapy among people living with diabetes. *Prim Care Diabetes*, v16, (2022), 568-573.
<https://doi.org/10.1016/j.pcd.2022.04.002>
- [7] J.S. Gonzalez, L. Fisher, W.H. Polonsky, Depression in diabetes: have we been missing something important?, *Diabetes Care*, v34, (2011), 236-239. <https://doi.org/10.2337/dc10-1970>
- [8] R. Abolghasemi, M. Sedaghat, The Patient's Attitude Toward Type 2 Diabetes Mellitus, a Qualitative Study, *J Relig Health*, v54, (2015), 1191-1205. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9848-9>

- [9] V. Serrano, G. Spencer-Bonilla, K. Boehmer, et al. Minimally Disruptive Medicine for Patients with Diabetes, *Curr Diab Rep*, v17 (2017), 105. <https://doi.org/10.1007/s11892-017-0935-7>
- [10] I. Krass, P. Schieback, T. Dhippayom, Adherence to diabetes medication: a systematic review, *Diabet Med*, v32 (2015) 725–737. <https://doi.org/10.1111/dme.12651>
- [11] S. Ghannadi, A. Amouzegar, P. Amiri, et al. Evaluating the effect of knowledge, attitude, and practice on Self-Management in Type 2 diabetic Patients on dialysis, *J Diabetes Res*, (2016). <https://doi.org/10.1155/2016/3730875>
- [12] A. Bukhsh, T.M. Khan, M. Sarfraz Nawaz, et al. Association of diabetes knowledge with glycemic control and self-care practices among Pakistani people with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Metab Syndr Obes*, v12, (2019), 1409-1417. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S209711>
- [13] L. Velázquez López, A.V. Muñoz Torres, P.G. Medina Bravo, J. Escobedo de la Peña, Inadequate diabetes knowledge is associated with poor glycemia control in patients with type 2 diabetes, *Aten Primaria*, v55, (2023). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102604>
- [14] D.V. Gómez-Velasco, P. Almeda-Valdes, A.J. Martagón, et al. Empowerment of patients with type 2 diabetes: current perspectives, *Diabetes Metab Syndr Obes*. v12, (2019), 1311-1321. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S174910>
- [15] K.M. Nair, M.A. Levine, L.H. Lohfeld, H.C. Gerstein, “I take what I think works for me”: a qualitative study to explore patient perception of diabetes treatment benefits and risks, *Can J Clin Pharmacol*, v14, (2007), 251-259.
- [16] R. Rodriguez-Gutierrez, M.R. Gionfriddo, N.S. Ospina, et al., Shared decision making in endocrinology: present and future directions, *Lancet Diabetes Endocrinol*, v4, (2016), 706–716, [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)00468-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00468-4)

- [17] L. Craig, R. Sims, P. Glasziou, R. Thomas, Women's Experiences of a diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus: A Systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, v20, (2020),76. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2745-1>.
- [18] L.S. Muhwava, K. Murphy, C. Zarowsky, N. Levitt, Perspectives on the psychological and emotional burden of having gestational diabetes amongst low-income women in Cape Town, South Africa, *BMC Womens Health*, v20, (2020),231. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01093-4>.

CAPÍTULO XI- RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Karla Alejandra Violante Cumpa

Candidata para el Grado de

Especialista en Medicina Interna

Tesis: BENEFICIOS Y RIESGOS PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CREENCIAS Y CARGA RELACIONADA CON EL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL.

Campo de estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Datos personales: Nacida en la ciudad de Tampico, Tamaulipas, el 20 de marzo de 1996, hija de Rafael Margarito Violante Ortíz y Silvia del Rosario Cumpa Tay, hermana de Silvia Patricia Violante Cumpa y Jorge Rafael Violante Cumpa.

Educación: En agosto 2014 inició la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero en la Facultad de Medicina de la universidad Autónoma de Nuevo León finalizando en Julio 2020

De Agosto 2020 a Julio 2021 realizó su servicio social en investigación en el Servicio de Endocrinología.

En marzo del 2022 inició sus estudios de posgrado en el programa de residencias médicas de especialización en Medicina Interna en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”